

UNIVERSITE D'ANGERS
FACULTE DE MEDECINE

Année 2007

N°

THESE
pour le
DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE
Qualification en : Psychiatrie

Sophie GRIMAULT

Née le 24 Octobre 1976 à Tours

Présentée et soutenue publiquement le 4 Mai 2007

LA SCHIZOPHRENIE AU FEMININ
APPROCHE HISTORIQUE, CONCEPTUELLE ET PRATIQUE

Président : Monsieur le Professeur Jean-Bernard GARRE

Directeur : Monsieur le Docteur Emmanuel RICALENS

Par délibération en date du 28 janvier 1966, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

FACULTE DE MEDECINE D'ANGERS

Doyen Pr SAINT-ANDRE
Vice doyen recherche Pr CALES
Vice doyen pédagogie Pr RICHARD

Doyens Honoraires : Pr BIGORGNE, Pr EMILE, Pr REBEL, Pr RENIER

Professeurs Emérites : Pr PIDHORZ, Pr RONCERAY

Professeurs Honoraires : Pr ACHARD, Pr ALLAIN, Pr ALQUIER, Pr BIGORGNE, Pr BREGEON, Pr CARBONNELLE, Mme Pr CAVELLAT, Pr CHAUVET, Pr COULLAUD, Pr DENIS, Pr DESNOS, Pr EMILE, Pr FRANCOIS, Pr FRESNEAU, Pr GROSIEUX, Pr GUNTZ, Pr HUREZ, Pr JOUBAUD, Pr LARGET-PIET, Pr LARRA, Pr LIMAL, Pr MARCAIS, Pr PIDHORZ, Pr REBEL, Pr RENIER, Pr RONCERAY, Pr ROGNON, Pr SIMARD ; Pr TADEI, Pr TRUELLE, Pr TUCHAIS, Pr WARTEL

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

MM	ARNAUD	Chirurgie générale
	ASFAR	Réanimation médicale
	AUBE	Radiologie et imagerie médicale
	AUDRAN	Rhumatologie
Mme	BARTHELAIX	Biologie cellulaire
MM	BASLE	Cytologie et histologie
	BAUFRETON	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	BERRUT	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement
	BEYDON	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
	BONNEAU	Génétique
	BOYER	Gastroentérologie ; hépatologie
	de BRUX	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
	CALES	Gastroentérologie ; hépatologie
Mme	CARON-POITREAU	Radiologie et imagerie médicale
MM	CHABASSE	Parasitologie et mycologie
	CHAPPARD	Cytologie et histologie
Mme	COCHEREAU	Ophthalmologie
MM	COUPRIS	Chirurgie infantile
	COUTANT	Pédiatrie
	COUTURIER	Biophysique et Médecine nucléaire
	DARSONVAL	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
	DAUVER	Radiologie et imagerie médicale
	DELHUMEAU	Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale
	DESCAMPS	Gynécologie – obstétrique ; gynécologie médicale
	DIQUET	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique
	DUBAS	Neurologie
	DUBIN	Oto-rhino-laryngologie
	DUVERGER	Pédopsychiatrie
MM	ENON	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
	FANELLO	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
	FOURNIE	Gynécologie – obstétrique ; gynécologie médicale

	FOURNIER	Anatomie
	FRESSINAUD-MASDEFEIX	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement
	FURBER	Cardiologie
	GAMELIN	Cancérologie ; radiothérapie
	GARNIER	Médecine générale (professeur associé)
	GARRE	Psychiatrie d'adultes
	GESLIN	Cardiologie
	GINIES	Pédiatrie
	GRANRY	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
	GUY	CPPRB
	HAMY	Chirurgie générale
	HUEZ	Médecine générale (professeur associé)
Mme	HUNAUT-BERGER	Hématologie ; transfusion
MM	IFRAH	Hématologie ; transfusion
	JALLET	Biophysique et médecine nucléaire
Mmes	JEANNIN	Immunologie
	JOLY-GUILLOU	Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière
MM	LAUMONIER	Chirurgie infantile
	LEFTHERIOTIS	Physiologie
	LEGRAND	Rhumatologie
	LE JEUNE	Biophysique et médecine nucléaire
Mmes	LUNEL-FABIANI	Bactériologie, virologie ; hygiène hospitalière
MM	MALTHIERY	Biochimie et biologie moléculaire
	MASSIN	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	MENEI	Neurochirurgie
	MERCAT	Réanimation médicale
	MERCIER	Anatomie
	PARE	Médecine générale (professeur associé)
Mme	PENNEAU-FONTBONNE	Médecine et santé au travail
MM	PENNEAU	Médecine légale et droit de la santé
	PICHARD	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
	POUPLARD	Pédiatrie
	RACINEUX	Pneumologie
	REYNIER	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	RICHARD-CREMIEUX	Médecine physique et de réadaptation
MM	RITZ	Nutrition
	RODIEN	Médecine C
	ROHMER	Endocrinologie et maladies métaboliques
	ROQUELAURE	Médecine et santé au travail
Mme	ROUSSELET-CHAPEAU	Anatomie et cytologie pathologiques
MM	SAINT-ANDRE	Anatomie et cytologie pathologiques
	SAUMET	Physiologie
	SORET	Urologie
	SUBRA	Néphrologie
	URBAN	Pneumologie
	VERRET	Dermatologie - vénéréologie
	ZANDECKI	Hématologie ; transfusion

MAITRES DE CONFERENCES

MM	ANNAIX	Biophysique et médecine nucléaire
	AZZOUZI	Urologie
Mme	BARON	Médecine générale (maître de conférence associé)
Mlle	BLANCHET	Hématologie ; transfusion
MM	BOUCHARA	Parasitologie et mycologie
	BOUYE	Physiologie
	CHEVAILLER	Immunologie
Mme	CHEVALIER	Biologie cellulaire
MM	CRONIER	Anatomie
	CUSTAUD	Physiologie
Mme	DUCANCELLE	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MM	DUCLUZEAU	Nutrition
	EVEILLARD	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
	FORTRAT	Physiologie
	GALLOIS	Biochimie et biologie moléculaire
	HINDRE	Biophysique et médecine nucléaire
	JEANGUILLAUME	Biophysique et médecine nucléaire
Mmes	LE BOUIL-PREMEL CABIC	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique
	LOISEAU-MAINGOT	Biochimie et biologie moléculaire
	MAY-PANLOUP	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
Milles	MESLIER	Physiologie
	MOREAU	Cytologie et histologie
MM	NICOLAS	Neurologie
	O'TOOLE	Gastroentérologie ; hépatologie
	PAPON	Anatomie
Mmes	PASCO-PAPON	Radiologie et Imagerie médicale
	PELLIER	Pédiatrie
M	PUISSANT	Génétique
Mmes	ROUGE-MAILLART	Médecine légale et droit de la santé
	SAVAGNER	Biochimie et biologie moléculaire
MM	SIMARD	Biochimie et biologie moléculaire
	SIX	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
	TURCANT	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique

COMPOSITION DU JURY

Président de Jury: Monsieur le Professeur Jean-Bernard GARRÉ

Directeur de thèse: Monsieur le Docteur Emmanuel RICALENS

Membres du Jury: Monsieur le Professeur Philippe DUVERGER

Monsieur le Professeur Serge FANELLO

Madame le Docteur Anne-Sophie CHOCARD

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Jean-Bernard GARRÉ, qui me fait l'honneur de présider ce jury de thèse. Pour cet enseignement riche et éclectique que vous nous dispensez lors de notre formation d'interne ainsi que pour la liberté que vous m'avez accordée dans la réalisation de ce travail. Veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements.

A Monsieur le Docteur Emmanuel RICALENS qui m'a fait l'honneur de diriger ce travail. Je t'en suis infiniment reconnaissante. Je te remercie pour ton soutien et ta disponibilité, tes encouragements et tes critiques constructives ; pour la rigueur que tu as su me donner dans la réalisation de ce travail. Je te remercie également pour tout ce que tu m'as enseigné, durant l'élaboration de cette thèse et en tant que clinicien, avec tant de sympathie et d'humilité.

A Monsieur le Professeur Philippe DUVERGER, qui me fait l'honneur de juger ce travail. Vous m'avez chaleureusement accueillie dans votre service et su transmettre votre intérêt pour la pédopsychiatrie au travers de votre enseignement et de votre pratique institutionnelle. Veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Serge FANELLO, qui me fait l'honneur de juger ce travail. Vous m'avez accueillie dans votre service afin découvrir et de pratiquer la médecine polyvalente. Vous m'avez ainsi permis d'avoir une vision globale de la médecine, sans rester enclavé dans une spécialité. Veuillez trouver ici l'expression de toute ma gratitude.

A Madame le Docteur Anne-Sophie CHOCARD, tu me fais l'honneur de juger ce travail. Je te remercie de l'intérêt que tu as porté à ce travail depuis les prémises de son élaboration, pour cette fibre universitaire dont tu nous fais profiter, enfin pour ta bienveillance et ton encadrement tout au long de ces années d'internat. Trouve ici l'expression de ma sincère reconnaissance.

Aux différents médecins tourangeaux, angevins, ou calédoniens rencontrés au cours de mes études, et qui m'ont donné goût à la médecine et à la psychiatrie.

Aux équipes des différents services qui m'ont accueillie tout au long mon internat. Aux différentes secrétaires, à Jacqueline tout particulièrement, pour leurs bons soins maternants.

A tous ceux qui ont participé de près ou de loin à l'élaboration de cette thèse.

A mes amis,

Aux différents acteurs du monde équestre que j'ai rencontrés, sans qui je ne serais pas la même aujourd'hui ; des plus anciens aux plus récents, à Kaffir.

A Delphine, pour cette amitié qui m'est chère, pour ta présence et pour ces longues conversations (constructives ou non...), notamment durant ces derniers mois!

Aux tourangeaux : à Fabienne, en souvenir des années lycée et de ce concept si tourangeau qu'est "la place plum" ; à Théophile, qui nous rappelle que le lycée est bien loin ; à Fred et tous les autres.

A Clémentine, pour ton sens de l'humour et de la dérision à ce jour inégalés, pour ta disponibilité ; à Benoit, pour ton dynamisme et ton enthousiasme légendaires ; vous êtes les témoins de ces années d'externat et de tant de souvenirs. Je vous remercie de votre présence et de votre soutien, votre amitié m'est très chère.

A la Love Génération angevine,

A Alice, à cette amitié plus récente mais tout aussi importante ; c'est maintenant ton tour de découvrir les joies de l'expatriation, c'est promis on viendra te voir!

A Anne-Claire, pour tous ces instants de vie importants partagés à Angers ou ailleurs ; car ta perception de la vie avec optimisme et gaîté est toujours aussi agréable et réconfortante.

A Juliette, la plus angevine, pour ta présence constante et authentique au quotidien ; pour ton soutien lors de l'élaboration de ce travail.

A Nathalie, pour cette amitié précieuse et ces années d'internat que nous avons partagées sur les bords de Loire... Car tu as su être présente avec discrétion, efficacité, et disponibilité durant l'élaboration de ce travail, et surtout dans le quotidien, je t'en remercie sincèrement.

A Tanguy, pour ta présence bienveillante et ta bonne humeur.

A Vincent, pour la confiance que tu m'accordes et pour ta vision des choses si pragmatique!

Pour tous vos témoignages d'amitié qui me touchent particulièrement.

A Hélène et tous les autres.

A la Calédonie... tout simplement pour être réelle, quelque part dans le pacifique sud ; pour m'avoir permis de vivre et de profiter de cette expérience inoubliable.

A l'équipe de pédopsychiatrie du CHS Albert Bousquet, pour avoir guidé mes premiers pas dans la discipline ; pour m'avoir si chaleureusement accueillie en Calédonie et parmi vous ; sans vous cette année n'aurait pas pu se réaliser ainsi.

A Elisa et Thierry, à Marc pour cette amitié précieuse qui s'est consolidée au gré des voyages et des plongées ; pour toutes ces tranches de vie que nous avons partagées à Nouville et aux alentours. A Elisa tout particulièrement pour l'aide que tu m'as apportée dans la réalisation de ce travail, tant au niveau syntaxique que psychologique ; ta présence a été très importante pour moi.

A Rozita, Aude, Yann vat, Clako pour tous ces moments partagés. En souvenir de tous ces week-end magiques, de Koumac à Ouvéa et tant d'autres encore...

Enfin, à toutes les personnes rencontrées à cette occasion, qui ont contribué à faire de cette aventure formidable, une réalité au cœur du lagon.

A ma famille, à Thalie :

A Uva, clé de voûte de l'édifice familial, que ton esprit continue à nous protéger ; à Phoebe.

A ma sœur Béatrice, la seule, à son grand désespoir ; pour tous ces moments partagés dans cette famille de fous, comme tu le dis si bien ; pour ta vision des choses parfois déconcertante mais si réaliste. Merci pour le pied-à-terre londonien!

A mes parents, malgré des moments difficiles ; car vous m'avez transmis ce grain de folie qui me protège. Votre soutien et votre persévérance m'ont permis de me construire, sans vous je ne serais (peut-être) pas là aujourd'hui.

A mes grands parents ; à Blondpapy et Mamychette, car vous tenez une place particulièrement importante pour moi. Je vous remercie d'avoir ainsi nourrit mes rêves de princesse depuis ma plus tendre enfance, à Versailles, à Sanary et dans votre cœur. Vous avez toujours cru en moi et vos encouragements dans la réalisation de ce travail m'ont été précieux. Ce travail vous est dédié.

PLAN

INTRODUCTION

1. NAISSANCE ET EVOLUTION DU CONCEPT DE SCHIZOPHRENIE

2 A PROPOS DE LA FEMME

3. SPECIFICITES DE LA SCHIZOPHRENIE CHEZ LES FEMMES

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION

La schizophrénie est une entité nosographique définie par nos aînés qui a connu de nombreuses définitions. Notre exercice clinique en psychiatrie nous permet de rencontrer ces patients schizophrènes, hommes et femmes, et nous avons pu constater, au fil de notre pratique encore débutante, des différences dans la présentation de la maladie.

Notre travail ne se veut pas être une revue exhaustive de la littérature, il a plutôt pour objet de croiser et de rassembler des connaissances généralement cantonnées à des domaines très spécifiques. L'objet de ce travail est ainsi, tout en prenant compte des spécificités liées à la femme, de s'intéresser aux différences liées au genre dans le cadre de la schizophrénie ; de les préciser et de les aborder sous différents points de vue : historique, étiopathogénique ou encore social, afin d'en dégager des perspectives pratiques et pragmatiques et de sensibiliser ainsi le praticien à une lecture de *la schizophrénie au féminin*.

Notre propos s'organise alors autour de trois grands axes. Le premier est centré sur la naissance et l'évolution du concept de schizophrénie. Nous proposerons de resituer la folie à l'âge classique, définie essentiellement par des normes sociales, et la place qu'elle a occupée au sein de la société. Au décours de cette description, nous tenterons de percevoir la place de la femme, la "folle" dans la maladie mentale. Au fil du temps, nous verrons ainsi comment est né le concept de schizophrénie et ce qu'il a apporté. Nous nous intéresserons alors à cette entité nosographique : nous proposerons une approche de cette maladie assez éclectique, en envisageant différents processus étiopathogéniques, de la psychanalyse aux neurosciences, en passant par une approche critériologique. Nous nous emploierons à mettre en évidence, au sein de ces approches variées, des spécificités liées au genre féminin. Nous verrons ainsi que ces différents points de vue, à priori différents, se complètent sinon se rejoignent afin d'envisager une approche sexuée de la schizophrénie.

Notre deuxième partie s'intéressera donc, logiquement, à la spécificité féminine. Nous proposerons de mettre en lien les regards médicaux et psychologiques avec un regard plus social et culturel, afin de percevoir la spécificité féminine dans sa globalité. Nous aborderons ainsi les différentes étapes de la vie d'une femme en proposant de dégager les éléments qui peuvent intervenir, ou non, dans la genèse des processus psychotiques.

Enfin nous souhaitons, dans la troisième et dernière partie de notre travail, proposer au clinicien une synthèse plus pragmatique de ces différences liées à la spécificité féminine dans

le cadre de la schizophrénie. Nous envisagerons alors une perspective clinique de la maladie, avec des aspects épidémiologiques et symptomatiques à priori théorisés par la neurobiologie, avant de proposer les aspects plus spécifiques de la vie d'une femme atteinte de schizophrénie. Nous aborderons alors la question de la grossesse et de la maternité, spécificité au sein de la spécificité féminine, ainsi que les notions éthiques qu'elle soulève. Enfin nous proposerons une synthèse des modulations envisageables dans le cadre des chimiothérapies que nous prescrivons à ces patientes.

1. NAISSANCE ET EVOLUTION DU CONCEPT DE SCHIZOPHRENIE

La schizophrénie est définie par le dictionnaire Larousse comme "une psychose caractérisée par la rupture de contact avec le monde extérieur". Si l'origine étymologique du mot schizophrénie est grecque, de *skhizein*, fendre et de *phrên, phrênos*, la pensée : "esprit scindé"; il s'agit en fait d'un emprunt à l'allemand *schizophrenie*, néologisme créé par E. Bleuler en 1911.

Le diagnostic clinique de la schizophrénie s'organise classiquement autour de trois entités cliniques:

- *Un syndrome dissociatif* : qui traduit la perte de la cohésion et de l'unité des processus unissant le psychisme de l'individu qui s'exprime : sur le plan intellectuel, par une perte des liens logiques ou syntaxiques ; sur le plan affectif, par la juxtaposition de sentiments contraires désignée par l'ambivalence ; et sur le plan psychomoteur par la catatonie ou la discordance.
- *Un syndrome délirant* plus ou moins riche
- *Un syndrome autistique*

Telle est la schizophrénie, entité psychiatrique reconnue et définie par les cliniciens. Dans le cadre de notre pratique spécialisée en psychiatrie, cette définition mérite d'être approfondie et détaillée ; de plus, il nous paraît important de resituer cette entité clinique autour de différents points de vue afin de répondre à la question qui nous importe dans le cadre de notre travail : est-il pertinent d'envisager des particularités cliniques de la schizophrénie chez les femmes?

Nous proposons donc, dans une première partie, de préciser la naissance et les modalités évolutives du concept de schizophrénie. En premier lieu, il s'agit de resituer la schizophrénie dans un contexte historique et de préciser comment ce concept est né dans l'histoire de la psychiatrie ; ce qu'il a apporté dans les modalités de prise en charge et la place de la maladie dans la société. Nous nous attacherons ensuite à exposer différentes approches psychopathologiques de la maladie : le regard du psychanalyste sur la genèse des processus psychotiques, ensuite nous envisagerons brièvement l'abord du phénoménologue et celui du

cognitivocomportementaliste. Enfin, nous compléterons notre approche de la schizophrénie avec des descriptions nosographiques internationales utilisées dans notre pratique courante et nous préciserons l'apport que représentent les neurosciences dans le cadre de cette pathologie. Nous nous efforcerons, au long de cette approche de la maladie que nous avons souhaitée éclectique, à mettre en évidence les modulations qui peuvent, ou qui ont pu exister entre hommes et femmes au sein de cette entité clinique que représente la schizophrénie.

1.1 De la folie à la schizophrénie

Le mot *schizophrénie*, nom féminin utilisé dans la langue française, est un emprunt à l'allemand *schizophrenie*. Il apparaît pour la première fois sous la plume de E. Bleuler, en 1911, au pluriel, sous la forme de "groupe des schizophrénies". Le dictionnaire historique de la langue française¹ précise que le terme schizophrénie est "peu usité dans la langue psychiatrique courante en 1917", le mot s'impose cependant dans le langage médical comme dans le langage courant.

La schizophrénie est donc une notion récente dans l'histoire de la psychiatrie. Comment est-elle née? A quoi fait-elle écho? Ainsi, nous allons voir comment ce terme fait son apparition au cours de l'histoire, et nous nous attacherons, au cours de nos diverses lectures, à rechercher une description faisant état d'une différence liée au sexe.

1.1.1 Naissance de la folie

Dans l'Antiquité², la santé est fonction de l'équilibre des humeurs et la pathologie, notamment psychique, est fonction des variations du milieu intérieur. La théorie humorale est établie par le Grec Hippocrate, environ 4 siècles avant notre ère ; dans ce système, il n'y a pas de différence de nature entre les maladies du corps et les maladies de l'esprit, la maladie est liée à un déséquilibre des humeurs ou dyscrasie (accumulation dans un organe, ascension au cerveau). Les Grecs distinguent alors trois grands types de maladies de l'esprit : *phrénitis* (délire aigu fébrile), *manie* (agitation sans fièvre) et *mélancolie* (trouble chronique sans agitation et sans fièvre). L'hystérie en est exclue puisque, selon Hippocrate, elle résulte de la migration de l'utérus desséché par la chasteté, vers l'humide. Ainsi, si les Grecs ne distinguent pas les maladies du corps des maladies de l'esprit, ils donnent cependant une place particulière à l'hystérie, maladie du corps selon eux mais surtout maladie de la femme.

¹ Dictionnaire historique de la langue française, sous la direction d'A. Rey. Paris : Dictionnaire Le Robert ; 1995 : 1894.

² <http://www.psychiatrie.histoire.free.fr/index.html>.

Le terme de *fou*³ (*fol*) apparaît en 1080 ; il désigne "une personne dont le comportement est jugé extravagant, parfois sans idée de péjoration, et l'adjectif désigne ce qui est estimé contraire à la raison, à la sagesse (1080)". Pour l'ensemble des emplois du nom ou de l'adjectif, c'est l'idée de *hors des normes*, par l'opposition *raison/folie* qui domine. Cette idée est très anciennement exprimée par l'adjectif *fou* pour "extrême" ("peur folle" au début du XII^{ème} siècle) ; "comme un fou" s'emploie pour "exagérément, extrêmement", de même que l'on retient l'idée d'excès dans "fou de" "plein de" (XVII^{ème} siècle : fou de joie, de colère, fou d'amour) ou "qui a une passion pour" (il est fou de musique). Dès lors, la folie intéresse à tout ce qui est en marge de la société, la définition est essentiellement à caractère social. Le dictionnaire historique de la langue française précise que *folie* est employé au sens de "trouble mental" jusqu'au XX^{ème} siècle et qu'il désigne, par extension, toute action ou idée estimée extravagante "dire des folies", "faire des folies" ; *folie* se dit (1690) de ce qui échappe ou semble échapper au contrôle de la raison.

Selon Fineltain⁴, la psychiatrie naît entre 1486 et 1567, à la faveur des procès de sorcellerie et de possessions diaboliques. Durant la Renaissance, le christianisme s'impose en France et la sorcière devient l'emblème de tous les malheurs. Le sorcier, ou plus souvent la sorcière, est l'être humain (ou inhumain) qui pactise avec le diable en vue d'obtenir un avantage, ou tout simplement de nuire à l'homme, c'est-à-dire essentiellement de le détourner de son salut. Le portrait des sorcières repris par Fineltain⁵ regroupe différents critères :

- Elle est de fort méchant caractère et elle a des raisons pour cela car elle est vieille, laide, difforme, stupide, pauvre, ruinée, dépouillée, cocue, envieuse et enfin ambitieuse,
- Elle est sale,
- Elle pue,
- Il ou elle présente des perversions sexuelles comme la nymphomanie, l'impuissance, la pédérastie, la bestialité, ou bien des anomalies de morphologie sexuelle,

³ Dictionnaire historique de la langue française, sous la direction d'A. Rey. Paris : Dictionnaire Le Robert ; 1995 : 818.

⁴ Fineltain L. Naissance de la Psychiatrie à la faveur des procès de sorcellerie et de possession diabolique Bulletin de psychiatrie 1999 ; 7.1 : 1-20.

⁵ Ibid

- Elle a des marques (défects ou cicatrices),
- Elle possède beaucoup d'animaux et chats noirs, mais aussi des belettes, hérissons, serpents et crapauds.

Ces éléments caractéristiques permettent à chacun de reconnaître les sorcières et pour certains de les juger, l'issue du procès étant le bûcher pour la plupart. Le guide des inquisiteurs, le *Malleus Maleficarum* (1486), affirme l'identité commune de la sorcellerie, de l'hérésie et de la folie. Jean Wier⁶ (1515-1588) est l'un des premiers défenseurs des soi-disant sorciers ; cependant, beaucoup de malades mentaux, personnes en marge de la société, ont probablement été victimes de ces procès de sorcellerie.

Ainsi, bien avant l'heure de la schizophrénie, on peut s'interroger sur la place de la folie au sein de la société : en effet, sa définition nous apparaît à caractère social essentiellement, et traduit un aspect dérangeant pour autrui et pour la société. C'est à cette même période que s'organise l'incapacité civile du "fou" ; si la famille le peut, elle se doit d'en assurer la garde, mais il peut également être enfermé dans les donjons, le fou étranger est expulsé. Le fou se rencontre également, comme les pauvres et les autres malades, dans les Hôtels Dieu, qui commencent à réserver des salles spéciales pour les accueillir.

Afin de poursuivre l'historique du concept de schizophrénie, il faut envisager l'histoire du délire de manière globale ; et, bien que le délire ne représente qu'une partie de l'entité clinique qu'est la schizophrénie, il nous permet d'approcher la naissance du concept de schizophrénie.

Le mot *délire*⁷ apparaît en 1537. Il est dérivé de *delirare*, pris avec le sens figuré de "perdre la raison, extravaguer". *Delirare* est issu de *de-* "en dehors de" et de *lirare* "labourer en sillons parallèles" et signifiant ainsi sortir du sillon, divaguer, dérailler.

Le dictionnaire Le Petit Robert⁸, dans son édition de 1990, en propose la définition suivante :

⁶ Wier J. De prestigiis daemonum et incantationibus ac beneficiis 1560, 1564 et 1567.

⁷ Dictionnaire historique de la langue française, sous la direction d'A. Rey. Paris : Dictionnaire Le Robert ; 1995 : 573.

⁸ Dictionnaire Le Petit Robert, Paris : Dictionnaire Le Robert ; 1990 : 483.

1° Etat d'un malade qui émet des idées fausses, en totale opposition avec la réalité ou l'évidence, généralement centrées sur un thème personnel (confusion, divagation, égarement, hallucination). En vocabulaire courant, *c'est du délire, c'est de la folie*.

2° Agitation, exaltation causée par les émotions, les passions, les sensations violentes (frénésie, exultation). *Le délire est une imagination échauffée* (Rousseau) ; *cet amour paternel allait jusqu'au délire* (Balzac). Enthousiasme exubérant qui passe la mesure.

De nombreux auteurs ont proposé de différencier plusieurs périodes dans l'histoire de la psychiatrie ; nous retiendrons la proposition de Lantéri-Laura⁹ qui s'intéresse particulièrement à l'évolution du délire. Selon lui, on peut distinguer trois grandes périodes historiques, depuis le délire jusqu'à la schizophrénie :

- La première période dite de *l'aliénation mentale*, de 1793 à 1854 ;
- La seconde période dite *des maladies mentales*, de 1854 à 1924 ;
- La troisième période dite *des grandes structures* (névroses/psychoses), de 1924 à 1977.

Nous allons aborder successivement ces différentes périodes afin de percevoir les éléments importants dans la genèse de la schizophrénie.

1.1.2 La période de l'aliénation mentale, de 1793 à 1854.

1.1.2.1 Les aliénistes et l'aliénation mentale

La notion de *délire*, sans qualificatif temporel (aigu ou chronique), est abordée dans un premier temps, par Pinel (1745-1826) et Esquirol (1772-1840). Pinel¹⁰ utilise le terme de *délire* pour désigner "un désordre dans les rapports des représentations mentales les unes à l'égard des autres". Il oppose ainsi la manie à la mélancolie (dans leurs formes délirantes), la manie évoquant un délire général et la mélancolie, un délire particulier.

⁹ Lantéri-Laura G. *Historique des délires chroniques et de la schizophrénie* Encyclopédie Médico Chirurgicale 1996 ; 37-281-C10: 1-19.

¹⁰ Pinel Ph. *Traité médico philosophique sur l'aliénation*. 2^{ème} édition. Paris : JA Brosson ; 1809.

Esquirol¹¹, élève de Pinel, propose cette définition de l'état de délire dans son Dictionnaire des Sciences Médicales : "Un homme est en délire lorsque ses sensations ne sont point en rapport avec les objets extérieurs, lorsque ses idées ne sont point en rapport avec ses sensations, lorsque ses jugements et ses déterminations ne sont point en rapport avec ses idées, lorsque ses idées, ses jugements, ses déterminations sont indépendants de sa volonté".

Il développe également dans ses travaux ce qu'il nomme les "monomanies" qui sont des délires gais partiels, par opposition aux délires partiels tristes (qu'il nomme lypémanies). Esquirol décrit différents types de monomanies : entre autres, la monomanie intellectuelle, la monomanie affective, la monomanie raisonnante. La notion de monomanie est importante dans l'histoire du délire puisque, si le terme de monomanie a disparu du vocabulaire courant, il revient déguisé, sous la forme de délire de jalousie, délire mystique, ou encore délire de persécution.

Moreau de Tours¹² (1804-1884), élève d'Esquirol, prêche la conservation de l'unité que représente l'aliénation mentale, s'opposant ainsi à ses contemporains et à l'évolution des courants de pensée. Dans son traité "Du haschich et de l'aliénation mentale" de 1845, il expose sa théorie selon laquelle les délires peuvent sembler tout à fait différents les uns des autres, mais que cette hétérogénéité n'est qu'apparente ; elle ne doit pas masquer une origine unique et commune à tous les délires à partir d'un fait primordial, primitif et générateur, qui est commun à tous les aspects de la folie.

Nous sommes donc encore dans le cadre de la folie, telle que nous l'avons décrite précédemment. Citons deux exemples de la représentation du "fou" lors de cette période : au jeu d'échecs, la dénomination du fou (1613) provient de la position de la pièce, auprès du roi et de la reine, et de son type de déplacement "irrégulier", en diagonale. Par ailleurs "fou" désigne en 1725 un oiseau palmipède (aussi appelé fou de Bassan), par référence au fait qu'il se laisse approcher imprudemment par l'homme, et par son comportement imprévisible ou incompréhensible, seul ou en groupe.

¹¹Esquirol E. Dictionnaire des sciences médicales (Tome VIII). 1^{ère} édition. Paris : CLF Panckoucke ; 1814.

¹²Moreau de Tours *Du haschich et de l'aliénation mentale*. Paris : Fortin –Masson ; 1845.

1.1.2.2 La prise en charge des aliénés

De nombreuses modifications quant à la prise en charge des aliénés s'opèrent durant cette première partie du XIX^{ème} siècle¹³. Pour percevoir ces changements, il faut en retracer brièvement l'histoire et la croiser avec les événements contemporains de cette période :

Le premier établissement d'hébergement pour malades mentaux est ouvert à Marseille au XVI^{ème} siècle, et est tenu par des congrégations religieuses. Sous l'impulsion de Saint Vincent de Paul au XVII^{ème} siècle, le pouvoir public commence à s'inquiéter du sort des aliénés et c'est sous le règne de Louis XIV que sont créés les premiers pavillons d'aliénés.

À Paris, ces "maisons de fous" s'organisent dès 1660 selon un arrêté parlementaire. Celui-ci ordonne que les "fous" soient reçus à l'Hôtel Dieu, centre de soins et d'orientation. Les fous incurables sont dirigés vers des sections spéciales : à Bicêtre pour les hommes (section créée en 1633 par les frères de Saint Jean de Dieu) ; et les femmes à Charenton (section créée en 1641) puis à La Pitié Salpêtrière dès 1684. Les fous curables restent à l'Hôtel Dieu, où les hommes sont pris en charge dans la salle Saint Louis et les femmes dans les salles Sainte Martine ou Sainte Geneviève. La distinction est donc double ; d'une part sociale, distinguant hommes et femmes de par leur statut ; mais d'autre part, on commence à envisager différents degrés de folie en séparant les curables des incurables.

Quatre ans après la Révolution Française et la Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen, le 11 Fructidor an II (25 août 1793), Pinel est nommé médecin chef de Bicêtre. Il est assisté du surveillant chef, le citoyen Pussin, lorsqu'il y propose son *traitement moral* dont en résultent, de manière très schématique, l'abolition des chaînes et la séparation des calmes et des agités. Sans rentrer dans le débat républicain: Pinel avait-il un rôle strictement médical ou bien était-ce une action contraire aux souhaits de la convention? ; il reconnaît une certaine logique au comportement délirant ainsi qu'une accessibilité du malade au raisonnement. Pinel propose ainsi une approche plus compréhensive que normative et on peut voir, au sein du traitement moral, les prémisses d'une approche psychothérapique.

Le 24 Floréal an III (13 mai 1795), Pinel est nommé à la Salpêtrière (asile des femmes) où il applique les mêmes réformes qu'à Bicêtre (asile des hommes), réformes qui seront poursuivies par son successeur et élève Esquirol.

¹³ Foucault M. *Naissance de l'asile* in: Histoire de la folie à l'âge classique. Paris: Gallimard ; 1972 : 576-632.

Dans le cadre des délires chroniques ; les différentes descriptions cliniques des aliénistes, et reprises par les historiens, ne font pas état d'une clinique, ni d'une prise en charge qui diffère pour les hommes ou pour les femmes, sinon le lieu d'accueil géographique. Il s'agit plutôt de descriptions cliniques d'aliénés en tant que patients, quel que soit leur sexe. Nous avons pu constater que, si les vignettes cliniques présentées par Pinel¹⁴ dépendent du lieu d'exercice du médecin (Bicêtre pour les hommes ou La Salpêtrière pour les femmes), la discussion fait rarement état de cette différence de sexe.

Dans son traité médico-philosophique¹⁵, l'auteur cite l'exemple d'une jeune femme de vingt cinq ans qui présente "des crises d'hystérie fort violentes ; elle imaginait être possédée par le démon qui, suivant elle, prenait des formes variées et faisait entendre tantôt des chants d'oiseaux, tantôt des sons lugubres, quelque fois des cris perçants", et Pinel écrit : "Elle fut conduite à la Salpêtrière pour recevoir *les mêmes principes moraux* et la maladie fut de courte durée". On peut entendre par ces termes *mêmes principes moraux que les hommes* mais Pinel, dans son analyse, n'évoque pas le fait qu'il s'agisse d'une femme. Selon lui, est-ce une manifestation particulièrement fréquente chez les femmes? Un homme peut-il présenter une symptomatologie identique?

De la même manière, on peut souligner le fait que le Dictionnaire des Sciences Médicales d'Esquirol, daté entre 1821 et 1826, c'est-à-dire pendant sa période d'exercice à la Salpêtrière, débute la définition du délire ainsi : "Un homme en délire...".

La seule constatation faite par Pinel sur la différence homme/femme si l'on parcourt l'ensemble de son traité médico-philosophique¹⁶ est à propos du statut marital :

Selon lui, le statut marital des femmes a un effet protecteur sur la maladie mentale : "Le nombre de filles tombées dans l'idiotisme est sept fois plus grand que le nombre de femmes mariées pour l'an XI (1802-1803) et l'an XIII (1804-1805) ; pour la démence, la proportion est de deux à quatre fois ; on peut donc présumer que le mariage pour les femmes est une sorte de préservatif contre les deux espèces d'aliénation les plus invétérées et le plus souvent incurables; la débauche, l'inconduite et l'extrême perversité des mœurs". Nous verrons dans la troisième partie de notre travail que les études actuelles¹⁷ sur les facteurs d'adaptation prémorbides de la schizophrénie évoquent le statut marital des femmes schizophrènes, non

¹⁴ Pinel P. Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale et la manie. Paris: Richard Caille et Ravier; An IX (1801).

¹⁵ Ibid

¹⁶ Ibid

¹⁷ Hafner H. *Gender differences in schizophrenia* Psychoneuroendocrinology 2003 ; 28 : 17-54.

pas comme facteur protecteur, mais comme le reflet d'une adaptation pré morbide de meilleure qualité.

Notons que, en 1842, c'est-à-dire quatre années après l'édition de cette loi dite des aliénés, le terme de *psychiatrie* est enregistré à l'Académie¹⁸. Il semble issu des termes allemands *psychiaterie* (Reil et Hoffbaner 1810) et *psychiatrie* (Heinroth 1818), il est d'abord un terme théorique et rare, mais prend progressivement de l'ampleur. Parallèlement, le terme *psychiatre*, pourtant attesté depuis 1802, se substitue à celui d'*aliéniste*. Le mot *Psychiatrie* est mentionné dans les dictionnaires français après 1840, mais sans y être développé ; la première encyclopédie à le détailler est celle de Berthelot en 1900.

Ainsi, les modifications concernant la prise en charge des aliénés par les aliénistes font écho et amènent le gouvernement de Louis-Philippe à proposer une véritable charte des malades mentaux : c'est la loi du 30 juin 1838¹⁹, dite *loi des aliénés*. Cette loi permet une nouvelle considération des malades mentaux. Entre autres elle stipule, en son article premier, que "chaque département est tenu d'avoir un établissement public spécialisé destiné à recevoir et soigner les aliénés". Les aliénés accèdent ainsi au statut de malade et peuvent être reconnus et traités en tant que tels.

Les différents départements répondent de manière plus ou moins rapide à cette directive royale.

Dans le département de la Seine et à Paris, la décision de regroupement des hommes et des femmes dans un seul et unique asile parisien appartient à Napoléon III, dans un décret impérial de 1863. Il est désigné sous le nom d'"asile clinique" car il est destiné à être un lieu de traitement, de recherche et d'enseignement des maladies mentales. L'emplacement retenu est celui de l'ancien hôpital Sainte Anne. Les travaux de transformation sont dirigés par Haussman et le premier patient est admis le 1er mai 1867.

¹⁸ Dictionnaire historique de la langue française ibid p 1664.

¹⁹ Loi sur les aliénés n° 7443 du 30 juin 1838.

Dans le Maine et Loire²⁰, le regroupement des aliénés était déjà envisagé depuis 1833, ce qui permet une élaboration plus rapide du projet. Le recensement de 1838 compte 842 aliénés ; plus de la moitié errent dans les villages ou sont gardés par les familles tandis que les autres sont répartis dans les différents hospices de la région (l'hospice Saint Jacques à Nantes, l'hospice de Saumur, les hospices d'Angers et l'hospice de Baugé).

L'asile d'aliénés départemental du Maine et Loire s'installe au château de Sainte Gemmes sur Loire et est inauguré le 17 Janvier 1844. Il accueille 29 hospitalisés, 21 hommes et 8 femmes. La première personne inscrite sur le registre des admissions est une femme.

Le quartier des hommes est situé à l'ouest du château et le quartier des femmes à l'est. Au sein de chaque quartier, on distingue les malades selon leur niveau socio-économique : d'une part les indigents, sans ressource ; et d'autre part, les pensionnaires, dont les frais d'hospitalisation sont supportés par les familles.

Des soeurs de la communauté de Sainte Marie d'Angers sont chargées du bon ordre et du bon fonctionnement du quartier des femmes. La convention de 1843²¹ passée entre le citoyen médecin directeur, le Docteur Levincent, et la Supérieure Générale de la congrégation de la charité de Sainte Marie d'Angers, précise que les sœurs sont "chargées du service intérieur de l'Asile Public d'Aliénés de Sainte Gemmes sur Loire" ... "La sœur supérieure aura, sous l'autorité du directeur, la surveillance de tout ce qui se fera, pour le bon ordre, dans les quartiers de l'asile affectés aux femmes, dans le service de la buanderie et dans celui des cuisines". La communauté religieuse reste en place jusqu'en septembre 1969.

Le quartier des hommes est sous la responsabilité de civils hommes, contrairement à la plupart des autres établissements où les hommes sont pris en charge par les frères de la communauté de Saint Jean de Dieu .

Nous pouvons ainsi saisir ces différents éléments comme des réponses directes à la loi du 30 juin 1838 ; c'est-à-dire que les aliénés sont *reçus* et *soignés* dans des établissements spécialisés. Ils accèdent ainsi progressivement à une médicalisation de leur prise en charge qui était jusqu'à présent essentiellement d'ordre social.

²⁰ Centre Psychothérapique de Sainte Gemmes sur Loire 1843-1973 De la commission de surveillance au conseil d'administration, De l'asile d'aliénés au centre Psychothérapique... 130 années d'assistance psychiatrique en Maine et Loire 1973.

²¹ Ibid

Le traitement moral de Pinel, que nous avons évoqué précédemment, fait donc son apparition dans les modalités de prise en charge des aliénés, tant chez les femmes que chez les hommes. Le traitement par le travail reste quant à lui teinté d'une différence liée au sexe²² :

Les hommes s'occupent des tâches suivantes : agriculture, horticulture, terrassement, menuiserie, charonnage, serrurerie, tissanderie, maçonnerie, vannerie, travaux de propreté et d'intérieur. Aux femmes, il incombe : le blanchissage, le filage, le tricotage, les ouvrages divers à l'aiguille, l'aide à la ferme, à la cuisine, à la basse-cour, à la laiterie, et aux travaux de propreté et d'intérieur.

S'il paraît manifeste que le traitement moral est identique dans les pavillons des femmes que dans les pavillons des hommes, la différence du traitement par le travail selon le sexe semble plus prononcée. Cependant, n'oublions pas de resituer le contexte culturel ; nous sommes au début du XIX^{ème} siècle et la femme a un devoir et un rôle d'épouse et de bonne mère au sein du foyer. Ainsi, ces différences de traitement au sein de l'asile sont davantage d'ordre culturel et le reflet des valeurs morales de l'époque. On peut alors envisager que, par rapport aux normes sociales en vigueur, le fait d'être une bonne ménagère est un signe de bonne santé mentale.

Le milieu du XIX^{ème} siècle voit donc la transition entre cette première période, dite de *l'aliénation mentale* ; et la seconde, dite *des maladies mentales*, qui s'ébauche avec les travaux de Falret qui s'oppose à Moreau de Tours. En effet, Falret²³ publie "De la non existence de la monomanie" en 1864 et récuse ainsi la notion d'aliénation mentale unique. Selon lui la psychiatrie, comme le reste de la médecine, doit s'efforcer de décrire des entités morbides distinctes avec une sémiologie active de symptômes qui, s'associant, formeront un syndrome. Cette position va s'étendre et devenir de plus en plus générale, avec une médicalisation croissante et un affranchissement par rapport à la norme sociale.

²² Barrouin F *Un asile d'aliénés au XIX^{ème} siècle Architecture et Histoire Sainte Gemmes sur Loire* Mémoire pour le certificat d'études spéciales de psychiatrie. Angers ; 1986 : 179.

²³ Falret J.P. *Des maladies mentales et des asiles d'aliénés*. Paris : J.P. Baillière ; 1864 : Sciences en situation, 1994.

1.1.3 La période des maladies mentales, de 1854 à 1924.

Suivant cette position de Falret, la pathologie mentale n'est plus une unité, mais elle est composée de plusieurs entités distinctes : "les maladies mentales". L'opposition entre l'aigu et le chronique prend une place importante, à la fois sur le plan pathogénique et sur le plan de la classification. De nombreux travaux vont émerger en France et en Allemagne avec, pour chacun des auteurs, la volonté d'ordonner et de proposer une classification des différents types de délire.

1.1.3.1 En France

Les psychiatres français proposent dans un premier temps une distinction des maladies par type évolutif, puis envisagent les maladies mentales d'un point de vue psychopathologique. Citons pour mémoire quelques grandes descriptions cliniques de cette période : *le délire chronique à évolution progressive en quatre phases* décrit par Lasègue en 1852 ; *le délire de négation* de Cotard décrit en 1890 ; ou encore *le délire chronique à évolution systématique* décrit par Magnan et Sérieux en 1892.

S'intéressant aux mécanismes psychopathologiques des délires chroniques, Sérieux et Capgras identifient le *délire d'interprétation* en 1909. Leur description est semblable à celle du *délire paranoïaque*, décrit par Kraepelin à la même époque en Allemagne. Il s'agit de sujets qui donnent des significations erronées à des perceptions effectives ; ces interprétations se développent en réseau et deviennent envahissantes pour le sujet. A la différence des formes décrites antérieurement, l'évolution n'est pas déficitaire. Ces descriptions demeurent encore loin de la schizophrénie telle que nous la connaissons, elles sont asexuées et s'inscrivent dans cette volonté de médicalisation déjà évoquée précédemment.

En 1911, Ballet décrit la *psychose hallucinatoire chronique*²⁴, délire chronique marqué par la prévalence des hallucinations auditives et génitales, puis polysensorielles, avec une thématique délirante où les idées de persécution sont prévalentes. Il en décrit initialement une évolution déficitaire, puis revient ultérieurement sur cette position qu'il trouve réductrice. La

²⁴ Ballet G. La psychose hallucinatoire chronique et la désagrégation de la personnalité L'Encéphale 1911 ; 8 n° 6 : 501-8.

description de Ballet insiste sur la désagrégation de la personnalité et sur la présence d'hallucinations. Si les patients présentés dans les leçons de Ballet sont des femmes, il ne fait cependant pas état d'une prévalence de la maladie supérieure chez la femme, et s'abstient de tout commentaire sur le sexe des patientes présentées. Or dans notre pratique psychiatrique actuelle, on reconnaît un sexe ratio nettement en faveur des femmes dans le cadre de la psychose hallucinatoire chronique.

Citons, également pour mémoire, De Clérambault qui décrit le grand automatisme mental, succédant chronologiquement au petit automatisme mental dans la description qu'il propose de la notion de psychose à base d'automatisme. Ainsi, en France, les délires chroniques s'organisent globalement autour de deux pôles distincts : d'une part la psychose hallucinatoire chronique et d'autre part, le délire d'interprétation. Le terme de *délire* poursuit donc son évolution et permet de mettre l'accent sur les représentations délirantes tandis que le terme de *psychose* privilégie le mécanisme.

En 1912, Chaslin²⁵ introduit la notion de *discordance* dans le vocabulaire de la psychiatrie et bouleverse ainsi les classifications antérieures. Il décrit la discordance ainsi: "Ici, il y a cette invention de langage grotesque et changeant avec incohérence, ce délire vague et non moins incohérent paraissant surtout verbal, contrastant avec une conservation encore très grande de l'intelligence et de la mémoire, une indifférence vis-à-vis de son délire et de sa situation à l'asile ; bref, une discordance entre tous les éléments sans qu'il n'y ait vraiment de démence." Chaslin décrit dès le début du XX^{ème} siècle un des éléments du diagnostic actuel de la schizophrénie, il accentue ainsi la tendance à la médicalisation et à la description de symptômes qui pourront s'associer et former un syndrome.

1.1.3.2 En Allemagne

La psychiatrie allemande, dans le cadre des délires chroniques, est dominée par l'œuvre de Kraepelin²⁶. Celui-ci distingue, dans la première édition de son traité, deux groupes au sein des délires chroniques :

²⁵ Chaslin P. *Eléments de sémiologie et clinique mentales*. 1^{ère} édition. Paris: Asselin et Houzeau ; 1912.

²⁶ Kraepelin E. Introduction à la psychiatrie clinique Traduction de la seconde édition allemande par Devaux et Merklen. Paris ; 1907.

Le premier, qui comprend les délires chroniques systématisés sans hallucination et sans évolution déficitaire, c'est-à-dire la paranoïa et les aspects possiblement délirants de la quérulence (incluant le délire de revendication ou de préjudice).

Le second groupe, qui inclut les psychoses paranoïdes, les catatonies (décrites par Kahlbaum) et les hébéphrénies (décrites par Hecker). Ces trois entités ont pour points communs une atteinte de la vie affective de l'ordre d'un déficit et une évolution plus ou moins rapide vers un processus démentiel qu'il nomme *démence précoce*, qu'il distingue de la démence sénile. Kraepelin lui-même reviendra sur cette évolution démentielle dans les éditions de 1915 et 1927 de son traité.

Citons deux contemporains allemands qui ont contribué à l'histoire des délires : Kretschmer, qui décrit dès 1918 *le délire de relation des sensitifs* tel que nous le connaissons ; et Freud, qui publie les mémoires du Président Schreber²⁷, tableau clinique d'un délire paranoïaque au travers duquel l'auteur esquisse une interprétation métapsychologique de la nosographie des délires chroniques.

1.1.3.3 A Sainte Gemmes sur Loire

Les constructions et les travaux de rénovation se poursuivent afin d'accueillir un nombre de malades croissant. Les différents médecins qui se succèdent accordent une part de plus en plus importante au traitement moral, sans négliger pour autant le traitement physique "Il s'agit, selon le Docteur Combes, d'occuper soit le corps soit l'esprit des malades"²⁸. Les moyens de contentions physiques sont de plus en plus restreints, et l'hydrothérapie reste une thérapeutique classique et efficace.

Signalons, pour mémoire, la réfection en 1919 de la corniche du fronton de l'entrée ; à cette occasion, l'inscription "Asile d'Aliénés" est remplacée par "Maison de Santé", toujours présente actuellement. La tendance à la médicalisation s'inscrit dans le temps et dans la durée, les aliénés exclus laissent place à des malades reconnus comme tels.

²⁷ Freud S. Remarques psychanalytiques sur l'autobiographie d'un cas de paranoïa : Le Président Schreber in Cinq psychanalyses. Paris ; 1954 : 263-324.

²⁸ Barrouin F *Un asile d'aliénés au XIX^{ème} siècle Architecture et Histoire Sainte Gemmes sur Loire* Mémoire pour le certificat d'études spéciales de psychiatrie. Angers ; 1986 : 179.

Ainsi, durant la seconde moitié du XIX^{ème} siècle et le début du XX^{ème} siècle, les traditions psychiatriques françaises et allemandes élaborent différentes conceptions relatives aux délires chroniques. Elles s'accordent pour distinguer d'une part un pôle interprétatif sans affaiblissement intellectuel ; et d'autre part, un pôle hallucinatoire. Cependant, ni les psychiatres allemands, ni les psychiatres français n'ont réellement réussi à rendre compte de l'ensemble de la réalité clinique avec un modèle strictement dichotomique. On peut également constater que l'on passe d'un point de vue social à un point de vue de plus en plus médical, fait de symptômes, qui laisse une place quasi inexistante aux différences liées au sexe.

1.1.4 La période des grandes structures, de 1924 à 1977

Le paradigme des grandes structures oppose les structures névrotiques aux structures psychotiques et s'inscrit ainsi dans les prémisses de la psychanalyse. Les délires chroniques et la schizophrénie entrent bien sûr dans la catégorie des psychoses. Les travaux de Chaslin et de Bleuler qui s'inspirent des travaux psychanalytiques sont datés de 1911, mais ne se répercutent qu'après guerre. Nous évoquerons ultérieurement dans notre travail, les différentes approches psychopathologiques d'inspiration analytique des psychoses et de la schizophrénie puisqu'elles gardent un intérêt clinique dans notre pratique quotidienne.

1.1.4.1 En Allemagne

Pour Bleuler²⁹, le domaine des délires chroniques comporte deux groupes : le groupe des paranoïas, suivant les descriptions antérieures ; et le groupe des *schizophrénies*, beaucoup plus fréquemment représenté dans la pratique clinique.

Bleuler utilise de manière volontaire le pluriel pour souligner l'hétérogénéité du groupe des schizophrénies. Le trouble fondamental est selon lui la *dissociation psychique* (*spaltung* en allemand) qui est le reflet d'une désorganisation des processus associatifs entre l'expérience vécue et les réalités du monde.

²⁹ Bleuler E. *Dementia praecox oder die gruppe der schizophrenien*. Vienne : Deuticke ; 1911. Traduction *Dementia praecox ou Groupe des schizophrénies*. Paris : Epel ; 1993.

Bleuler distingue dans un premier temps les signes primaires des signes secondaires de la schizophrénie. Les signes primaires, spécifiques de la schizophrénie, sont une traduction clinique de cette dissociation intrapsychique des altérations associatives (troubles du cours de la pensée, barrages, fading). Les signes secondaires sont aspécifiques de la maladie bien que manifestes (excitation, dépression, hallucination, délire). Cette distinction est d'ordre psychopathologique ; ainsi Bleuler, dans un souci de classification diagnostique, remanie ses catégories et distingue ensuite les signes fondamentaux des signes accessoires.

Les signes fondamentaux, qui englobent les signes primaires et quelques signes secondaires, sont toujours présents dans la schizophrénie ; les autres, ainsi que leur nom l'indique, ne sont qu'accessoires au diagnostic.

Schneider³⁰ élargit la notion des troubles fondamentaux. Il parle de symptômes de premier rang, qu'il tient pour *pathognomoniques* (c'est-à-dire que seule la présence d'un de ces symptômes permet de porter le diagnostic). Il s'agit : des troubles perceptifs (écho de la pensée, commentaires des actes, hallucinations auditives ou cénesthésiques), des troubles de la pensée (vols de la pensée), des délires (perceptions délirantes, intuitions, interprétations), de perturbations (sentiments, impulsions, volontés imposées par des tiers).

La schizophrénie est née! Elle envahit alors le champ des délires chroniques, sa description est riche en symptômes cliniques, eux-mêmes riches en descriptions ; cependant, ces descriptions ne comportent aucun caractère lié au sexe. La schizophrénie est donc asexuée.

1.1.4.2 En France

En France, les avancées cliniques et théoriques sont évidemment teintées par les travaux de Bleuler. L'œuvre de Henri Ey paraît incontournable à cette synthèse historique puisqu'il décrit une clinique des délires chroniques très détaillée ; maintenant ainsi un espace entre les paranoïas et les schizophrénies, pour les délires sans discordance mais avec hallucinations verbales et génitales. Selon lui, les délires chroniques et schizophrénies correspondent à des

³⁰ Schneider K. Klinische psychopathologie. 10^{ème} édition. Stuttgart : Thieme Verlag ; 1973. Traduction *Psychopathologie clinique*. Louvain : Nauwelaets ; 1976.

dissolutions globales de la personnalité, alors que les délires aigus correspondent à des dissolutions globales de la conscience.

Dans son manuel de psychiatrie, H.Ey³¹ distingue deux périodes de la vie plus propices à l'apparition des troubles : l'adolescence et l'adulte jeune, et plus rarement après 45-50 ans. Il n'établit pas de différence particulière entre les hommes et les femmes ni en terme de ratio épidémiologique ni en terme clinique.

Il utilise "le schizophrène" pour désigner "le patient", homme ou femme. Cependant, il présente une synthèse sur l'évolution des psychoses délirantes et hallucinatoires chroniques dans un service de femmes. L'analyse critique des données du tableau ne fait pas état d'un paramètre sexué.

La fin de cette période est marquée dans l'histoire de la psychiatrie par la mise en place de la sectorisation géographique. Le principe, que nous connaissons, est de confier à un même psychiatre, chef du secteur, un rôle de prévention, de soins et de post cure, avec activités hospitalières et extra hospitalières, dans la zone géographique qui lui est confiée. Chaque secteur est doté d'un service d'hospitalisation mixte, regroupant les hommes et les femmes. Les patients ne sont plus des hommes et des femmes enclavés dans des rôles sociaux mais des malades qui partagent les mêmes symptômes. D'ailleurs, le décret du 5 avril 1937, à l'initiative du ministre Henri Sellier, crée "les Hôpitaux Psychiatriques pour l'assistance aux malades mentaux", faisant ainsi disparaître le terme d'*aliénés*.

1.1.4.3 A Sainte Gemmes sur Loire

La sectorisation psychiatrique se met en place en 1971 ; répondant ainsi à la circulaire ministérielle du 17 juillet 1963. Sept secteurs pour adultes se mettent alors en place ainsi qu'un secteur de pédopsychiatrie. La mixité au sein des secteurs voit le jour en 1972.

Le bilan de cette approche historique nous permet d'apercevoir les modalités de naissance de la schizophrénie en Europe et en France. Nous avons pu évoquer dans un premier temps la

³¹ Ey H., Bernard P., Brisset C. *Les psychoses schizophréniques* in Manuel de psychiatrie. 6^{ème} édition, Paris: Masson ; 1989 : 473-556.

folie, souvent sexuée, et représentant une situation de déviance sociale, d'exclusion par rapport à la norme, avec un traitement essentiellement social. Puis, avec les aliénistes, on assiste à une médicalisation des troubles, qui deviennent des maladies et dont les descriptions s'affinent avec une diminution de la définition sociale du comportement. Progressivement, les frontières liées au sexe sont abolies car l'identité médicale des troubles est supérieure à la différence sociale des sexes.

Les différents auteurs que nous avons cités ont proposé des classifications et descriptions de la schizophrénie selon leur point de vue psychopathologique, sans véritable consensus diagnostique. Nous allons maintenant envisager les différentes approches psychopathologiques de la schizophrénie avant de nous intéresser aux critères actuels du diagnostic et aux différents apports théoriques récents.

1.2 Approche psychopathologique de la schizophrénie

Comme nous l'avons évoqué précédemment, l'articulation entre psychopathologie et psychiatrie a longtemps alimenté une réflexion théorique et ce, parallèlement à la construction d'une nosographie cohérente (nous aborderons la nosographie actuelle dans une partie ultérieure de notre travail). Aujourd'hui encore, cette réflexion permet toujours d'enrichir les élaborations théoriques et thérapeutiques dont la volonté commune est de répondre aux questions posées par l'étiogénèse, la structure du processus psychotique et celle du sujet souffrant. Plus pragmatiquement, c'est toujours la question de la thérapeutique qui est envisagée et c'est à cette question que chacun, avec son point de vue, essaie d'apporter une aide au patient.

Nous allons donc nous intéresser à différentes approches psychopathologiques de la schizophrénie. Après avoir exposé les grands processus psychanalytiques mis en œuvre dans la psychose, nous évoquerons les approches phénoménologiques et cognitivo-comportementales. Notre travail s'efforcera, d'une part à approcher la compréhension du phénomène psychotique, et d'autre part, à tenter de mettre en évidence la pertinence d'une clinique sexuée de la schizophrénie.

1.2.1 Approche psychanalytique de la schizophrénie

La fin du XIX^{ème} siècle (1893) voit naître les prémisses de la psychanalyse avec les apports de Freud et de Breuer qui s'intéressent à des patientes hystériques et dont ils décrivent l'origine sexuelle des troubles³². La psychanalyse offre alors une approche plus compréhensive de la pensée et des émotions, et permet une réflexion théorique riche sur la genèse des troubles. Les travaux de Bleuler³³, que nous avons déjà cité précédemment, sont également teintés par l'inspiration psychanalytique de l'auteur. En effet, il cherche à expliquer le contenu psychologique des symptômes plutôt que seulement leur structure ; le schizophrène est selon lui un être humain qui lutte contre des pressions psychiques et qui tente de composer avec un désordre qui perturbe sa relation au monde.

³² Freud S., Breuer J. *Etudes sur l'hystérie* 1895. Paris : Presses Universitaires de France ; 1978.

³³ Bleuler E. *Op. cit.*

La schizophrénie s'inscrit alors dans l'explication générale élaborée par Freud sur les psychoses. C'est à partir de l'étude du cas du Président Schreber³⁴ que Freud formule une théorie définissant la psychose comme un trouble entre le moi et le monde extérieur. Les références explicatives sur cette pathologie du point de vue freudien sont peu nombreuses, la schizophrénie étant essentiellement discutée à travers la problématique narcissique, et plus particulièrement le narcissisme primaire.

Selon les psychanalystes, la structure psychotique serait en lien avec l'échec de l'accès à une organisation oedipienne, c'est-à-dire un défaut de différenciation entre le sujet et autrui, altérant son rapport avec les objets et la réalité. La fixation à une étape préoedipienne s'exprime alors par des troubles de la structuration de la personnalité, de l'individuation ou de la différenciation ; des troubles de la pensée, de la vie sexuelle et affective, et des relations avec autrui.

Nous développerons l'organisation des différents stades libidinaux dans la seconde partie de notre travail ; cependant, il semble judicieux de préciser que le complexe d'Oedipe décrit par Freud³⁵ en ces termes en 1910, prend place aux alentours de la cinquième année de vie. Les psychanalystes en font l'axe majeur de la psychopathologie puisque qu'il joue un rôle fondamental dans la structuration de la personnalité et dans l'orientation du désir humain. Est-ce dire alors que, si les mécanismes psychopathologiques impliqués dans les processus psychotiques sont déterminés avant le stade oedipien, ils sont identiques pour les garçons comme pour les filles?

Nous allons ainsi tenter de définir les différents éléments fondateurs du processus psychotique afin d'exposer les points de vue de différents auteurs. Nous aborderons successivement les processus suivants : le stade du miroir, la forclusion du nom du père, l'indifférenciation de soi et de l'objet, l'inanité, et enfin les mécanismes de déni, clivage et projection.

³⁴ Freud S. *Remarques psychanalytiques sur l'autobiographie d'un cas de paranoïa: le Président Schreber* in Cinq Psychanalyses. Paris: Presses Universitaires de France ; 1954 : 263-324.

³⁵ Freud S. *Fragment d'une analyse d'hystérie (Dora)* in Cinq Psychanalyses. Paris: Presses Universitaires de France ; 1954 : 1-91.

1.2.1.1 Le stade du miroir

Le stade du miroir est décrit par Lacan en 1949³⁶ lors du XVI^{ème} congrès de psychanalyse de Zurich. Il s'ordonne essentiellement sur une expérience d'identification fondamentale au cours de laquelle l'enfant, âgé de 6 à 18 mois, effectue la conquête de l'image de son propre corps; cette étape doit permettre au bébé d'identifier ce corps qui est à lui et qui est différent de l'Autre. Avant le stade du miroir, l'enfant considère son corps comme quelque chose de dispersé et non totalement unifié³⁷.

Initialement, l'enfant perçoit l'image de son corps comme celle d'un être réel, qu'il s'efforce d'approcher ou d'appréhender, témoin d'une confusion entre soi et l'autre ; il attend une réaction de cet Autre qui est devant lui. Mais l'enfant est encore assujéti au registre de l'imaginaire. Il découvre ensuite que l'Autre du miroir n'est pas un être réel mais une image ; et, outre le fait qu'il ne cherche plus à s'en saisir, l'ensemble de son comportement indique qu'il sait distinguer l'image de l'Autre de la réalité de l'Autre. Enfin, dans un troisième temps, l'enfant s'assure que le reflet du miroir est une image et surtout acquiert la conviction qu'il n'est qu'une image qui est la sienne. Cette étape a une grande valeur symbolique dans l'évolution psychique de l'enfant ; elle lui donne les "contours" de son corps et le conduit à prendre conscience qu'il est différent de sa mère, de l'Autre. En se reconnaissant à travers cette image, l'enfant récupère la dispersion de son corps morcelé en une totalité unifiée qui est la représentation du corps propre, le schéma corporel peut alors se construire. L'image du corps est donc structurante pour l'identité du sujet qui y réalise son identification primordiale et permet la structuration du "Je" comme mettant un terme à ce vécu psychique singulier que Lacan désigne comme fantasme du corps morcelé.

Ce stade est fondamental dans le développement de la personnalité car, si cette acquisition du "Je" échoue, le sujet ne peut pas être maître de son discours. L'enfant ne peut prendre conscience de la distinction physique entre lui et sa mère ; son schéma corporel ne peut se construire et il reste morcelé. Enfin, il ne peut accéder à l'imaginaire et à la symbolisation. C'est ce que l'on constate chez les patients psychotiques ; l'accès à la symbolisation est impossible, l'identité du sujet n'est pas structurée et la distinction avec l'Autre ne se produit pas. On retrouve d'ailleurs cette expérience fantasmatique du corps morcelé dans les processus de destruction psychotique.

³⁶ Lacan J. Le stade du miroir comme formateur de la fonction du Je telle qu'elle nous est révélée dans l'expérience psychanalytique in *Ecrits*. Paris : Seuil ; 1966 : 99-213.

³⁷ Dor J. *Le stade du miroir et l'Oedipe* in Introduction à la lecture de Lacan. Paris : Denoël ; 2002 : 97-113.

Les travaux de Lacan sur le stade du miroir s'intéressent à la petite enfance, entre 6 et 18 mois, c'est-à-dire avant l'avènement du complexe d'Œdipe, et ne font pas état d'une différence entre les petites filles et les petits garçons. Il n'envisage pas d'évolution différente dans la mise en place des processus psychotiques selon le sexe.

1.2.1.2 La forclusion du nom du père

Lacan s'est efforcé de circonscrire cet espace d'intelligibilité de l'Œdipe autour du processus de la métaphore du "Nom-du-Père" qui articule principalement la fonction phallique à son occurrence corrélative : le complexe de castration. L'opérateur qui va négocier cette articulation ne sera autre que le signifiant *Nom-du-Père* qui va baliser et structurer toute la trajectoire œdipienne. De manière plus générale, selon Lacan, la fonction fondamentale de l'Œdipe est coextensive à la fonction paternelle, dans sa dimension symbolique³⁸. L'auteur localise l'amorce du complexe d'œdipe au niveau d'un seuil spécifique du processus de maturation de l'enfant témoignant d'un moment particulier de son vécu psychique. Ce moment est contemporain du stade du miroir où s'ébauche, pour l'enfant, un certain type d'identification sur le fond d'une relation d'aliénation spécifique à la mère.

La métaphore paternelle a donc une fonction structurante et est fondatrice du sujet psychique en tant que tel ; en cas d'échec au refoulement originaire, comme c'est le cas dans la psychose, la métaphore paternelle n'advient pas, et Lacan introduit alors le concept de *forclusion du nom du père*³⁹. Selon lui la notion de forclusion permet de comprendre d'une part pourquoi certains mécanismes caractéristiques de la névrose (le refoulement en particulier) ne permettent pas d'expliquer l'avènement du processus psychotique ; et d'autre part, en quoi le mécanisme de la forclusion est apte à spécifier le processus psychotique lorsqu'il porte sur ce signifiant particulier : le *Nom du Père*. C'est d'ailleurs sur ce dernier point que réside l'apport explicite de Lacan par rapport à Freud. Si le *Nom-du-Père* est "forclos" à la place de l'Autre, alors la métaphore paternelle est mise en échec, de telle sorte que, pour Lacan, c'est ce qui constitue "le défaut qui donne à la psychose sa condition essentielle avec la structure qui la sépare des

³⁸ Dor J. *La forclusion du Nom-du-Père Approche des processus psychotiques* in Introduction à la lecture de Lacan. Paris : Denoël ; 2002 : 123-6.

³⁹ Lacan J. Les psychoses séminaire livre III. Paris, Seuil ; 1981.

névroses"⁴⁰. En d'autres termes, la forclusion du Nom-du-Père qui neutralise l'avènement du refoulement originaire, met du même coup en échec la métaphore paternelle, et compromet gravement, pour l'enfant, l'accès au symbolique, voire en barre la possibilité. L'avènement d'une promotion structurale dans le registre du désir s'en trouve d'autant suspendue à s'enliser dans une organisation archaïque où l'enfant reste captif de la relation duelle imaginaire à la mère.

De la même manière, la métaphore du "Nom-du-Père", et donc sa forclusion dans les processus psychotiques, sont décrites pour les garçons comme pour les filles, sans distinction particulière. Pourtant, la métaphore du "Nom-du-Père" s'articule avec l'Œdipe, impliqué dans les processus d'identité sexuée des enfants.

1.2.1.3 L'indifférenciation de soi et de l'objet

La régression narcissique, qui définit la première étape du processus schizophrénique, est un retour vers le stade du narcissisme primaire⁴¹. La seconde étape est la production de symptômes délirants pour tenter de réinvestir les représentations du monde et de reformer par reconstruction une réalité⁴². Le schizophrène régresse vers une indifférenciation relative de soi et de l'objet : il ne peut s'approprier ses pensées et ses représentations ou du moins il éprouve des difficultés à les contenir et à les utiliser à bon escient.

La relation d'objet constitue un mode d'organisation des relations du sujet avec son environnement ; elle est liée à la conception d'un sujet, déterminée par des fixations précoces aux expériences de satisfactions infantiles. Nous ne reprendrons pas ici l'organisation des stades libidinaux selon Freud car nous les évoquons brièvement dans la seconde partie de notre travail ; cependant, la relation qu'établit un sujet schizophrène peut se faire sur un mode oral : le sujet est enveloppé dans son narcissisme primaire tout puissant et il introjecte le monde extérieur qui devient ainsi un prolongement de lui-même. L'objet n'est plus réel, le schizophrène se confond avec lui ; il ne peut se soumettre à la réalité car il ne peut ni se

⁴⁰ Lacan J. D'une question préliminaire à tout traitement possible de la psychose in *Ecrits*. Paris. Seuil ; 1966 : 531-83.

⁴¹ Freud S. Op. cit.

⁴² Rochette N. *De l'erreur à la solution délirante*. Thèse pour le diplôme d'état de Docteur en médecine. Angers ; 2006.

séparer ni renoncer à sa position de toute puissance narcissique. De la même manière, pour contrer l'intolérance à la frustration, le schizophrène passe outre les exigences de l'objet et met en place une autarcie narcissique et toute puissante.

1.2.1.4 Le processus d'inanité

L'inanité est un état psychique où le vide et l'absence de sens sont maîtres des lieux. L'inanité prend source dans le narcissisme primaire ; elle peut être définie par une relation à l'autre et à l'objet qui se transforme pour le sujet par un non-sens, par un vide de compréhension et d'adaptation. Le sujet schizophrène est acteur de l'inanité, mais il en est également la victime. Ainsi, l'inanité vise à vider l'objet de son sens et de son intérêt. Racamier⁴³ parle d'omnipotence inanitaire pour qualifier le travail du moi schizophrène et le compare à "une machine à faire du vide". Racamier s'éloigne ainsi des conceptions de Freud et de M. Klein qui mettent en évidence le déni d'existence, le retrait d'investissement et la destruction fantasmatique de l'objet. Selon lui, l'inanition est une double action, à la fois offensive et défensive de l'objet, elle pousse le sujet à vivre une relation d'objet omnipotente ; le schizophrène ne dénie pas l'existence des choses mais leur signifiante. Il n'a ainsi plus l'aisance ni la capacité de différencier le réel de l'imaginaire, et son moi a pour fonction de faire le vide en lui et de recréer le réel à sa façon et selon ses exigences.

1.2.1.5 Déni, Clivage et Projection

Tous les mécanismes psychotiques du Moi travaillent au regard du conflit, visant à l'évincer de la psyché pour l'effacer comme réalité interne. Freud a introduit dans sa théorie des psychoses⁴⁴ le mécanisme du *déni*, auquel il a associé celui du *clivage du moi*⁴⁵. Mélanie Klein a insisté sur celui de *l'identification projective*.

⁴³ Racamier C. *Les schizophrénies*. Paris : Payot ; 1980 : 87-94.

⁴⁴ Freud S. *Névrose et psychose (1924)*, in *Névrose psychose et perversion*. Paris : Presses Universitaires de France ; 1973 : 283-7.

⁴⁵ Freud S. *Le clivage du moi dans le processus de défense (1938)* in *Résultats, idées, problèmes Tome II*. Paris : Presses Universitaires de France ; 1985 : 283-7.

Le déni a été introduit par Freud dans sa théorie des psychoses. Il consiste à éliminer une représentation gênante en niant la réalité même de la perception liée à cette représentation (ce qui le différencie de l'annulation et de la dénégation). Chez le schizophrène, le refoulement qui permet la conservation d'éléments psychiques dans l'inconscient est quasiment absent, nous l'avons évoqué précédemment ; ce défaut de structuration est remplacé par le *déni* qui agresse et désinvestit les souvenirs, les fantasmes ainsi que la réalité qui s'y réfère.

Freud a également évoqué le *clivage du Moi*⁴⁶ pour désigner la coexistence au sein du Moi, de deux attitudes psychiques ; l'une qui tient compte de la réalité, et l'autre qui la dénie et met en place une néo-réalité. Mélanie Klein quant à elle, considère ce mécanisme comme la défense la plus primitive contre l'angoisse. La *projection* consiste pour le sujet à méconnaître quelque chose (affect, pensée, désir, objet) en soi, et de le localiser dehors, sur un objet (personne ou chose).

Ces différents mécanismes de défense que l'on retrouve chez le schizophrène sont liés entre eux pour préserver la survie psychique du sujet. Racamier⁴⁷ disait : "Le schizophrène se noie dans ses identifications projectives, se découpe à coups de scissions et s'anéantit dans ses dénis. La plupart des manifestations schizophréniques résultent de la mise en œuvre combinée de ces mécanismes sous l'emprise de l'angoisse qui les mobilise."

Ainsi, les psychanalystes nous apportent un éclairage psychopathologique sur la schizophrénie. Cette approche succincte que nous avons pu aborder envisage les différents éléments fondamentaux dans la mise en place des processus psychotiques. Nous pouvons alors émettre l'hypothèse que la psychose est une description asexuée d'un point de vue psychanalytique.

Cependant, comme nous l'avons déjà évoquée, la métaphore du nom du père s'articule avec l'Oedipe, qui intervient lui-même dans les processus d'identification sexuelle. N'y a-t-il pas d'interférence? Quels vont être les échos de cette forclusion du nom du père chez nos patientes psychotiques, dans des moments de vie tels la grossesse ou la parentalité?

⁴⁶ Ibid

⁴⁷ Racamier C. *L'interprétation psychanalytique des schizophrénies* Encyclopédie Médico Chirurgicale 1976 ; 37-291-A-10.

Mélanie Klein⁴⁸, véritable fondatrice de la psychanalyse des enfants, introduit la notion d'*Oedipe précoce*, qui nous semble intéressante dans le cadre de notre travail. Elle ne remet pas en cause l'importance du complexe d'Œdipe, mais conteste la théorie freudienne sur deux points : d'une part sur la coupure entre les temps archaïques de la mère et les temps oedipiens du père ; et d'autre part sur la connaissance du pénis comme seul organe sexuel et donc l'ignorance du vagin avant l'adolescence. Ainsi, selon elle, le complexe d'Œdipe opère tout au long de la prime enfance, avant de culminer et de se résoudre, lors du stade génital, entre trois et cinq ans : d'où la notion kleinienne d'*Oedipe précoce*.

1.2.2 Approche phénoménologique de la schizophrénie

L'approche phénoménologique est issue de la pensée de Husserl et s'attache à nous éclairer sur les troubles de la conscience du corps et de la temporalité. Lors du premier congrès international de psychiatrie, Binswanger se fait l'ambassadeur de cette nouvelle approche qui repose sur l'histoire de vie, l'importance du vécu et la souffrance du sujet souffrant. Pour Binswanger⁴⁹, la rencontre et le suivi thérapeutique tiennent une place fondamentale. C'est l'analyse existentielle ou la qualité de la présence du sujet et du thérapeute qui y tient un rôle de premier plan ; c'est "l'être là" : la *dasein-analyse*. La rencontre entre le patient et le thérapeute est fondamentale et ne peut avoir lieu que si le thérapeute n'a aucun a priori, il s'agit alors créer une relation d'échange dépourvue de contrat, de projet définissable ou de but à atteindre. L'appréhension des phénomènes se fait par cette rencontre, qui est l'essence même de la phénoménologie. Ainsi, l'approche phénoménologique a ouvert le champ, y compris dans le domaine psychanalytique, à des interrogations et réflexions sur la temporalisation, la constitution intersubjective et sur la place et sur la forme de l'authenticité de l'acte psychothérapeutique.

Le délire chez le délirant est loin de se limiter à une simple erreur de jugement, il surgit dans un moment de souffrance, comme défense contre l'angoisse d'anéantissement psychique, telle une ultime tentative de reconstruction de l'intégrité mentale. Il s'avère ainsi une recherche de solutions face à une vérité insupportable pour le malade⁵⁰.

⁴⁸ Klein M. *Les stades précoces du conflit oedipien* (1928) in Essais de psychanalyse. Paris : Payot ; 1968.

⁴⁹ Binswanger L. Schizophrénie. Pfullingen : Neske ; 1957.

⁵⁰ Rochette N. Op.cit.

Les développements d'inspiration phénoménologique apportent une compréhension du patient en tant qu'individu, en tant que personne, mais ne nous apportent pas d'éclairage spécifique par rapport à la problématique que nous avons tenté de développer dans ce travail: la schizophrénie est-elle sexuée? Cependant, cet abord sera bien sûr intéressant à envisager dans le cadre de la prise en charge de nos patientes schizophrènes.

1.2.3 Modèle cognitivocomportemental de la schizophrénie

Si ce modèle est, par essence, différent de l'approche phénoménologique, on peut leur reconnaître une similitude puisque le modèle cognitivocomportemental "prend en compte le patient souffrant de schizophrénie dans la totalité de son écologie pour lui permettre un fonctionnement adéquat dans son environnement"⁵¹. Ce modèle s'appuie sur le modèle de vulnérabilité, qui a mis en lumière le rôle des facteurs de stress et des troubles cognitifs dans le déclenchement des symptômes, et l'importance des facteurs de protection contre les rechutes. L'intérêt de la thérapie comportementale est d'apprendre aux patients des comportements sociaux utiles qui leur font défaut, par les techniques du conditionnement opérant ; ces techniques incluent le patient et son entourage afin d'adapter l'environnement pour qu'il provoque moins de stress. "L'évolution d'un schizophrène est le fait non de sa schizophrénie mais de son entourage, de ses soignants et précisément de ce qui n'est pas schizophrénique chez le malade lui-même."⁵² Les objectifs à long terme des soins issus de ce modèle rejoignent ceux de la réhabilitation psychosociale, et permettent au patient un maintien dans la société avec une qualité de vie correcte. Il s'agit ici d'un simple aperçu de ce modèle cognitivocomportemental, mais on peut constater, ici encore, qu'il s'intéresse au patient schizophrène dans sa globalité, et n'individualise pas les femmes ou les hommes dans leur présentation clinique ou dans leur prise en charge.

⁵¹ Simonet M. *Modèle cognitivocomportemental de la schizophrénie* Encyclopédie MédicoChirurgicale 2005 ; 37-290-A-10.

⁵² Tatossian A. Les tâches d'une génétique des psychoses. A propos des modèles psychotiques : psychose unitaire et vulnérabilité psychotique *Psychanalyse à l'université* 1982 ; 7 : 503-14.

Ainsi, au terme de notre esquisse psychopathologique, nous avons envisagé différents processus impliqués dans la genèse des psychoses et différentes lectures qui nous sont proposées. Les théories sont riches et nombreuses et justifieraient, évidemment, un développement approfondi. Pour les auteurs que nous avons cités, et en particulier dans le cas des psychanalystes, la psychose s'inscrit, en théorie, de manière identique chez les garçons comme chez les filles. Cependant, les auteurs ne s'accordent pas sur tous les points (Oedipe précoce ou non?) et nous avons déjà soulevé la question des échos de la forclusion du nom du père lors de la grossesse.

Ces différentes approches psychopathologiques permettent au praticien, selon sa formation et ses aspirations, d'enrichir sa réflexion théorique et d'apporter au patient psychotique une réponse thérapeutique adaptée et personnalisée. Cependant, nous avons déjà évoqué les difficultés d'homogénéisation des diagnostics, nous allons nous intéresser aux critères retenus pour poser le diagnostic de schizophrénie dans la nosographie actuelle ; et dans le cadre de notre travail, rechercher si ces critères sont sexués.

1.3 Critères actuels de diagnostic de la schizophrénie

Kraepelin, Bleuler et Schneider⁵³, que nous avons évoqués dans une partie précédente de notre travail, demeurent actuellement les bases principales de l'élaboration des critères diagnostiques dans la nosographie ; les psychiatres gardent pour objectif commun l'homogénéisation des diagnostics afin de permettre une meilleure communication entre les praticiens. Ainsi, le choix d'une classification se porte depuis les années 1980 vers un modèle athéorique. Le manuel de référence le plus utilisé internationalement en psychiatrie est le *DSM Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, dans sa quatrième édition révisée, qui est édité par l'Association Américaine de Psychiatrie (American Psychiatric Association, APA)⁵⁴. L'organisation mondiale de la santé édite également, sur le même modèle, une Classification Internationale des Maladies, dans sa dixième édition (CIM 10), qui inclut dans son cinquième chapitre les troubles mentaux et les troubles du comportement.

Les diagnostics reposent alors sur l'identification de critères factuels, cliniques et paracliniques qui ne se prêtent pas à l'interprétation du clinicien.

Nous avons pu constater que les auteurs du DSM accordent une place plus importante aux différences liées au sexe dans le cadre de la schizophrénie dans l'édition révisée de 2003 (DSM-IV TR) que dans l'édition⁵⁵ du DSM-IV de 1996. Cela confirme d'une part, la poursuite des recherches dans ce domaine ; et d'autre part, la pertinence d'une clinique et d'une réflexion ciblée en fonction du sexe.

Nous allons donc présenter successivement les critères diagnostiques de la schizophrénie selon le DSM-IV⁵⁶, dans son texte révisé (TR), puis ceux proposés par la CIM-10⁵⁷ ainsi que les commentaires des auteurs.

1.3.1 Selon le DSM-IV Texte Révisé

⁵³ Op. cit

⁵⁴ American Psychiatric Association, traduit par Guelfi D., *Manuel Diagnostique des Troubles Mentaux*. 3^{ème} édition texte révisé. Paris : Masson ; 1989 : 211-24.

⁵⁵ American Psychiatric Association, traduit par Guelfi D., *Manuel Diagnostique des Troubles Mentaux*. 4^{ème} édition . Paris : Masson ; 1996 : 321-44.

⁵⁶ American Psychiatric Association, traduit par Guelfi D., *Manuel Diagnostique des Troubles Mentaux*. 4^{ème} édition texte révisé. Paris : Masson ; 2003 : 343-69.

⁵⁷ Organisation Mondiale de la Santé, Traduit par Pull C.B CIM 10 *Troubles mentaux et des troubles du comportement* Classification Internationale des Maladies. 10^{ème} révision. Paris : Masson ; 1993 : 78-86.

CRITÈRES DIAGNOSTIQUES DE LA SCHIZOPHRÉNIE

SELON LE DSM IV-TR

A- **Symptômes caractéristiques:** Deux (ou plus) des manifestations suivantes sont présentes, chacune pendant une partie significative du temps pendant une période d'un mois (ou moins quand elles répondent favorablement au traitement):

- Idées délirantes
- Hallucinations
- Discours désorganisé (coq-à-l'âne fréquents ou incohérence)
- Comportement grossièrement désorganisé ou catatonique
- Symptômes négatifs, par exemple émoussement affectif, alogie ou perte de volonté

NB: Un seul symptôme du critère A est requis si les idées délirantes sont bizarres ou si les hallucinations consistent en une voix commentant en permanence le comportement ou les pensées du sujet, ou si, dans les hallucinations, plusieurs voix conversent entre elles.

B- **Dysfonctionnement social ; des activités :** Pendant une partie significative du temps depuis la survenue de la perturbation, un ou plusieurs domaines majeurs du fonctionnement tels que le travail, les relations interpersonnelles, ou les soins personnels sont nettement inférieurs au niveau atteint avant la survenue de la perturbation (ou, en cas de survenue dans l'enfance ou dans l'adolescence, incapacité à atteindre le niveau de réalisation interpersonnelle, scolaire ou dans d'autres activités auquel on aurait pu s'attendre).

C- **Durée:** Des signes permanents de la perturbation persistent pendant au moins 6 mois. Cette période de 6 mois doit comprendre au moins 1 mois de symptômes (ou moins quand ils répondent favorablement au traitement) qui répondent au critères A (c'est à dire symptômes de la phase active) et peut comprendre des périodes de symptômes prodromiques ou résiduels. Pendant ces périodes prodromiques ou résiduelles, les

signes de la perturbation peuvent se manifester uniquement par des symptômes négatifs ou par deux ou plus des symptômes figurant dans le critère A présents sous une forme atténuée (par exemple croyances bizarres, perceptions inhabituelles).

- D- ***Exclusion d'un trouble schizo-affectif et d'un trouble de l'humeur***: Un trouble schizo-affectif et un trouble de l'humeur avec caractéristiques psychotiques sont éliminés soit (1) parce qu'aucun épisode dépressif majeur, maniaque ou mixte n'a été présent simultanément aux symptômes de la phase active; soit (2) parce que si les symptômes thymiques ont été présents pendant les symptômes de la phase active, leur durée totale a été brève par rapport à la durée des périodes actives et résiduelles.
- E- ***Exclusion d'une affection médicale générale/du à une substance***: La perturbation n'est pas due aux effets physiologiques directs d'une substance (c'est-à-dire une drogue donnant lieu à abus, un médicament) ou d'une affection médicale générale.
- F- ***Relation avec un trouble envahissant du développement***: En cas d'antécédent de Trouble autistique ou d'un autre trouble envahissant du développement, le diagnostic additionnel de Schizophrénie n'est fait que si des idées délirantes ou des hallucinations prononcées sont également présentes pendant au moins 1 mois (ou moins quand elles répondent favorablement au traitement).

Classification de l'évolution longitudinale (ne peut s'appliquer que si au moins une année s'est écoulée depuis la survenue initiale des symptômes de la phase active):

- *Episodique avec symptômes résiduels entre les épisodes* (les épisodes sont définis par le réémergence de symptômes psychotiques manifestes), spécifier également si nécessaire: avec symptômes négatifs au premier plan
- *Episodique sans symptômes résiduels entre les épisodes*

- *Continue* (des symptômes psychotiques manifestes sont présents tout au long de la période d'observation); spécifier également si nécessaire: avec symptômes négatifs au premier plan
- *Episodique en rémission partielle*; spécifier également si nécessaire: avec symptômes négatifs au premier plan
- *Episode unique en rémission complète*
- *Modalité autre ou non spécifiée*

Différents sous-types sont décrits:

- Type paranoïde
- Type désorganisé
- Type catatonique
- Type indifférencié
- Type résiduel.

1.3.1.1 Différences liées au sexe dans la schizophrénie dans le DSM-IV TR

Les auteurs du DSM-IV TR⁵⁸ décrivent de manière beaucoup plus accentuée que dans le DSM-IV les différences liées au sexe dans la présentation clinique et l'évolution de la schizophrénie. C'est dire que, entre les deux éditions (1996 et 2003), la pertinence d'une clinique sexuée de la schizophrénie a pris de l'importance et que désormais il faut considérer ces différences dans notre pratique quotidienne.

Le DSM-IV⁵⁹ apporte certaines nuances à propos du sex-ratio homme/femme dans la schizophrénie. En effet, si on dit que "classiquement les hommes et les femmes sont atteints dans des proportions à peu près équivalentes" ; en pratique, "les études menées en milieu hospitalier montrent un taux de schizophrénie plus élevé chez les hommes, alors que les études menées en population générale suggèrent pour la plupart un sex-ratio équivalent". Quels sont alors les facteurs qui diffèrent entre les hommes et les femmes ou entre le milieu hospitalier et la population générale? Peut-on revenir à la proposition de Pinel du mariage comme facteur protecteur? Les auteurs du DSM invoquent plutôt les difficultés posées par des questions de recrutement et de définition. "Des définitions plus larges de la schizophrénie par rapport aux limites avec les troubles de l'humeur aboutissent à un ratio femmes/hommes plus élevé que celui obtenu en utilisant le concept relativement étroit de la schizophrénie dans le manuel du DSM-IV". Ces constatations suggèrent ainsi une part thymique plus présente chez les femmes.

Sept ans plus tard, les commentaires sont beaucoup plus détaillés. Ils portent sur l'âge d'entrée dans la maladie et sur une distribution différente en fonction de l'âge. En effet, l'âge d'entrée dans la maladie serait plus tardif chez les femmes avec un deuxième pic d'entrée dans la maladie à l'âge de 45ans. Les facteurs d'adaptation prémorbides semblent tenir un rôle important dans cette répartition différente ; enfin, la présentation clinique et l'évolution de la maladie sont plus détaillées. Nous préciserons ces critères, appuyés par des études cliniques récentes et validées, dans la troisième partie de notre travail.

⁵⁸ Op. cit.

⁵⁹ Op. cit.

1.3.1.2 Place des schizophrénies à début tardif dans le DSM

Puisque l'âge d'entrée dans la maladie est plus tardif chez les femmes que chez les hommes et que surtout, la distribution de l'âge de début est bimodale chez les femmes, il est important de s'intéresser à la place des schizophrénies à début tardif dans ces classifications.

Nous pouvons noter que le DSM fait totalement disparaître l'entité de la psychiatrie française qu'est la Psychose Hallucinatoire Chronique décrite en 1911 par Ballet ; elle revient cependant déguisée dans les différentes classifications sous la forme des schizophrénies à début tardif dans le DSM-IV TR⁶⁰. En effet, les auteurs décrivent le concept de schizophrénie à début tardif (Late Onset Schizophrenia) depuis le DSM-III TR⁶¹. Ceci⁶² peut être mis en lien avec l'extension du concept de schizophrénie et la disparition d'un âge limite pour poser le diagnostic positif de la maladie (l'âge de début de la maladie doit être inférieur à 45 ans dans le DSM-III).

Dans le DSM-IV TR⁶³, la description est plus détaillée, mais, comme nous avons pu le constater, les schizophrénies à début tardif ne sont pas reconnues en tant que diagnostic isolé. Leur description se fait au détour des commentaires des auteurs. Elle envisage une proportion plus importante de femmes et une plus grande fréquence au mariage ; elle fait également état de facteurs de risques potentiels comme le statut post ménopausique ou encore les affections cérébrovasculaires. La présentation clinique comporte plus volontiers des idées délirantes paranoïdes et des hallucinations, et moins volontiers des symptômes désorganisés ou négatifs. L'évolution, habituellement chronique, est souvent caractérisée par une prépondérance de symptômes positifs et une conservation de l'affect et du fonctionnement social. Les auteurs évoquent une fréquence accrue de déficit sensoriel et d'une altération cognitive.

Cependant, on ne peut pas superposer strictement les schizophrénies à début tardif aux psychoses hallucinatoires chroniques⁶⁴ car les critères diagnostics diffèrent sensiblement sur certains points. En effet, dans la psychose hallucinatoire chronique, le mécanisme délirant est exclusivement hallucinatoire, il n'y a jamais de syndrome dissociatif et l'évolution est rémittente et peu déficitaire tandis que dans le cadre des schizophrénies à début tardif, le

⁶⁰ Op. cit.

⁶¹ Op. cit.

⁶² Ricalens E. *Concept de schizophrénie tardive* Communication orale Jersey 2004.

⁶³ Ibid

⁶⁴ Dubertret C., Gorwood P., Ades J. Psychose hallucinatoire chronique et schizophrénie d'apparition tardive : une même entité ? *L'encéphale* 1997 ; XXIII : 157-67.

mécanisme délirant n'est pas un critère diagnostic. On peut dans de rares cas, retrouver un syndrome dissociatif et enfin, l'évolution est chronique et déficitaire.

1.3.2 Selon la CIM 10

CRITERES DIAGNOSTIQUES DE LA SCHIZOPHRÉNIE
SELON LA CIM 10

Présence manifeste de:

Soit Au moins un symptôme (et habituellement de deux ou de plusieurs si leur présence est moins évidente) de l'un des groupes (a) à (d):

- (a) écho de la pensée, pensées imposées ou vol de la pensée, divulgation de la pensée;
- (b) idées délirantes de contrôle, d'influence ou de passivité, se rapportant clairement à des mouvements corporels ou à des pensées, action ou sensations spécifiques, ou perception délirante;
- (c) hallucinations auditives pendant lesquelles une ou plusieurs voix commentent en permanence le comportement du patient, ou parlent de lui, ou autre type d'hallucination auditives dans lesquelles une ou plusieurs voix émanent d'une partie du corps;
- (d) autres idées délirantes persistantes, culturellement inadéquates ou invraisemblables, concernant par exemple l'identité religieuse ou politique, ou des pouvoirs surnaturels (être capable de contrôler le temps, ou de communiquer avec des extraterrestres).

Soit de symptômes d'au moins deux des groupes (e) à (h), persistant la plupart du temps pendant un épisode d'au moins un mois:

- (e) hallucinations persistantes de n'importe quel type, accompagnées soit d'idées délirantes fugaces ou à peine ébauchées, sans contenu affectif évident, soit d'idées surinvesties persistantes, ou hallucinations survenant quotidiennement pendant des semaines ou des mois d'affilée;
- (f) interruptions ou altération par interpolations du cours de la pensée, rendant le discours incohérent et hors de propos, ou néologismes;

- (g) comportement catatonique : excitation, posture catatonique, flexibilité cireuse, négativisme, mutisme ou stupeur;
- (h) symptômes "négatifs" : apathie importante, pauvreté du discours, émoussement affectif ou réponses affectives inadéquates (ces symptômes sont généralement responsables d'un retrait social et d'une altération des performances sociales). Il doit être clairement établi que ces symptômes ne sont pas dus à une dépression ou à un traitement neuroleptique;

Le critère (i) concerne uniquement le diagnostic de schizophrénie simple et doit être présent pendant au moins un an:

- (i) modification globale, persistante et significative de certains aspects du comportement, se manifestant par une perte d'intérêt, un comportement sans but, une inactivité, une attitude centrée sur soi-même, et un retrait social.

Classification du type d'évolution

- continue
- épisodique avec déficit progressif
- épisodique avec déficit stable
- épisodique rémittente
- rémission incomplète
- rémission complète

Les commentaires des auteurs de la CIM 10⁶⁵ sont très brefs en ce qui concerne une possible différence liée au sexe dans la schizophrénie : "la fréquence du trouble est apparemment identique chez les hommes et chez les femmes, mais l'âge de survenue est souvent plus tardif chez les femmes".

Ils n'envisagent pas de différence en termes de présentation clinique ou d'évolution. Cependant, la classification de l'Organisation Mondiale de la santé n'a pas été révisée depuis 1993 ; or, beaucoup d'études ont été menées depuis. On peut donc émettre l'hypothèse que la prochaine édition de la Classification Internationale des Maladies (CIM) prenne en compte ces données.

On peut ainsi constater que les critères diagnostiques de la schizophrénie selon la CIM 10 ou selon le DSM-IV TR sont semblables sur de nombreux points importants mais ne sont pas strictement identiques. Les auteurs de la CIM-10 offrent deux possibilités de répondre aux critères de la schizophrénie : soit l'existence d'un symptôme de premier rang de Schneider (évoqués précédemment) ou une idée délirante bizarre ; soit l'existence d'au moins deux autres symptômes caractéristiques (hallucinations accompagnées d'idées délirantes, troubles du cours de la pensée, symptômes catatoniques, symptômes négatifs). De plus, selon eux, la définition de la schizophrénie ne requiert qu'une durée de 1 mois et de ce fait englobe deux catégories diagnostiques du DSM-IV TR : la schizophrénie et le trouble schizophréniforme (non détaillé dans ce travail). Enfin, la définition de la CIM 10 ne requiert pas une altération du fonctionnement.

Cette analyse critériologique permet ainsi de rassembler les praticiens autour de diagnostics cliniques qui ne sont pas soumis à l'interprétation individuelle. Cependant, elle ne rend pas compte des différents mécanismes mis en cause dans les pathologies rencontrées ni des différents courants de pensée actuels. Les classifications du DSM-IV et de la CIM 10 restent des outils indispensables, mais elles doivent être étayées tant sur le plan étiologique que psychopathologique. Les "neurosciences" trouvent ici tout leur intérêt puisqu'elles regroupent toutes les disciplines étudiant le système nerveux et ses maladies, de l'étude des mécanismes chimiques à l'étude des comportements.

⁶⁵ Op. cit.

1.4 Apport des neurosciences

Les neurosciences regroupent l'ensemble des disciplines qui étudient le système nerveux et ses maladies, de l'étude des mécanismes chimiques à l'étude des comportements. Il s'agit donc d'un champ très vaste qui fait appel à des approches multidisciplinaires.

Nous proposons ici une synthèse des avancées récentes autour de la schizophrénie, dans le domaine des neurosciences. Nous aborderons successivement:

- La psychopharmacologie de la schizophrénie,
- L'hypothèse neurodéveloppementale,
- L'hypothèse neurodégénérative et glutamatergique,
- L'apport de l'imagerie cérébrale,
- La génétique des schizophrénies et l'intérêt du modèle de vulnérabilité.

1.4.1 Psychopharmacologie de la schizophrénie

En 1952, Delay et Deniker⁶⁶ démontrent les propriétés antipsychotiques d'une nouvelle molécule : la chlorpromazine (Largactil[®]) ; de nombreux travaux⁶⁷ leur succèdent afin de comprendre les mécanismes d'action des psychotropes. L'hypothèse initiale d'un simple dysfonctionnement dopaminergique laisse finalement la place à d'autres modèles plus complexes.

⁶⁶ Delay J., Deniker P, Harl J.M. Utilisation en thérapeutique psychiatrique d'une phénothiazine d'action centrale élective (4560 RP) Annales médicopsychologiques 1952 ; 110 : 112-7.

⁶⁷ Carlsson A. The current status of the dopamine hypothesis of schizophrenia Neuropharmacology 1988 ; 1 : 179-86.

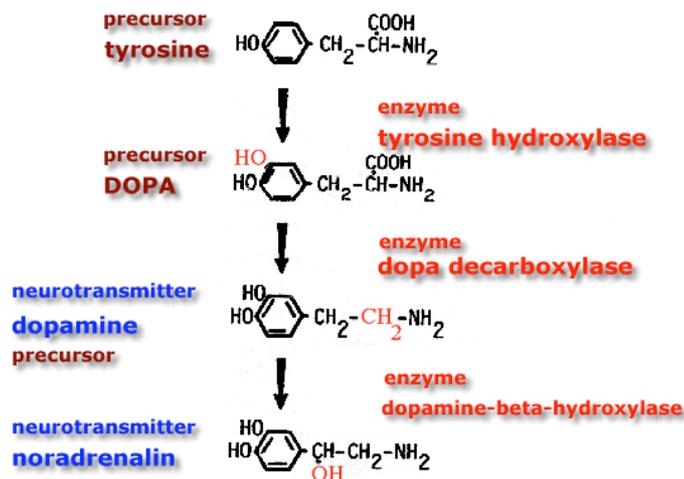
1.4.1.1 Hypothèse dopaminergique



La dopamine est un neurotransmetteur appartenant aux catécholamines.

Elle est issue de la transformation de la tyrosine et est un précurseur de l'adrénaline et de la noradrénaline.

Le schéma ci-dessous représente la synthèse de la dopamine et de la noradrénaline à partir de la tyrosine.

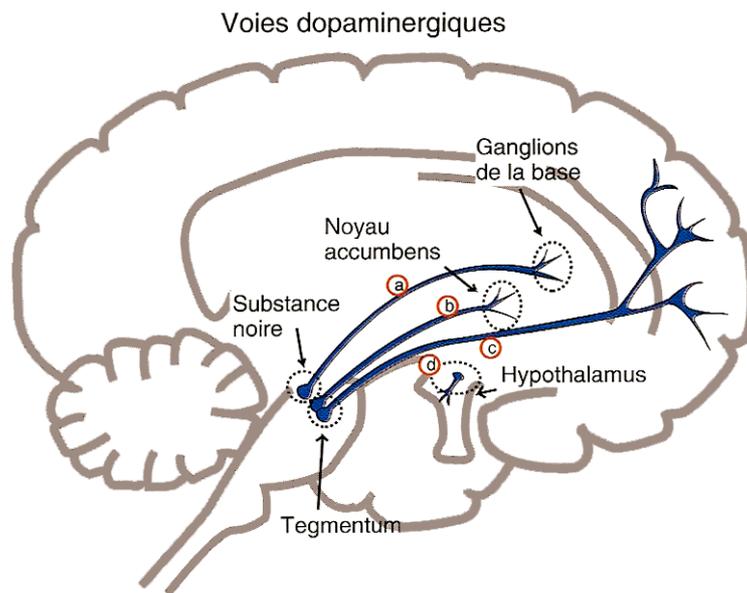


En 1976, Seeman et ses collaborateurs⁶⁸ montrent que l'efficacité des neuroleptiques est corrélée étroitement avec leur affinité pour un sous-type de récepteur dopaminergique, le récepteur D₂ et que la schizophrénie est due à un *excès de transmission dopaminergique* affectant plus particulièrement les récepteurs de type D₂, telle est l'hypothèse dopaminergique initiale. En réalité, il s'agirait plutôt d'une modification de l'équilibre fonctionnel que les voies dopaminergiques créent entre les différentes structures innervées.

⁶⁸ Seeman P., Lee T., Chau-Wong M., Wong K. *Antipsychotic drug doses and neuroleptic/dopamine receptors* Nature (London) 1976 ; 261 : 717-9.

Au niveau cérébral, on distingue quatre voies dopaminergiques majeures⁶⁹ :

- (a) la voie nigrostriée,
- (b) la voie mésolimbique,
- (c) la voie mésocorticale,
- (d) la voie tubéro-infundibulaire



70

Les quatre voies dopaminergiques cérébrales

La voie mésolimbique (b) est impliquée dans de nombreux comportements comme la perception du plaisir ou l'euphorie induite par les drogues. Elle joue un rôle important dans la production des hallucinations auditives, du délire et du trouble du cours de la pensée. On pense qu'une hyperactivité spécifique de cette voie dopaminergique est à l'origine des symptômes positifs de la schizophrénie. Cette explication correspond à l'hypothèse initiale de Seeman d'une hyperdopaminergie ; elle est cependant à moduler avec l'activité des autres voies dopaminergiques. L'expression *hypothèse dopaminergique mésolimbique des symptômes psychotiques positifs* paraît plus précise.

⁶⁹ Stahl S.M. *Psychoses et schizophrénie* in: Psychopharmacologie essentielle. Paris : Flammarion ; 2002 : 365-99.

⁷⁰ *ibid*

La voie mésocorticale (c) semble jouer un rôle dans l'émergence des symptômes négatifs et cognitifs de la schizophrénie par le biais d'un déficit en dopamine. De plus, selon l'hypothèse neurodégénérative de la schizophrénie, un processus dégénératif de la voie mésocorticale serait impliqué dans l'aggravation progressive des symptômes et l'état déficitaire croissant de certains patients schizophrènes.

La voie nigrostriée (a) appartient au système nerveux extrapyramidal et contrôle la motricité. Un déficit dopaminergique à son niveau produit des troubles moteurs parkinsoniens et une hyperactivité dopaminergique chronique induit des mouvements hyperkinétiques (dyskinésies tardives).

La voie tubéro infundibulaire (d) intéresse le contrôle de la sécrétion de prolactine. Un blocage des récepteurs D₂ par un traitement neuroleptique peut engendrer une galactorrhée, une aménorrhée ou des troubles sexuels. En effet, rappelons nous que la dopamine est un puissant inhibiteur de la sécrétion de la prolactine et que les neuroleptiques, par leur effet antagoniste sur les récepteurs dopaminergiques D₂ antéhypophysaires, induisent une hyperprolactinémie ; ce chez les hommes ou chez les femmes⁷¹.

Certains des antipsychotiques atypiques (Clozapine[®], Olanzapine[®]) induisent une légère augmentation de la prolactine, mais pas d'hyperprolactinémie avérée⁷².

Les techniques récentes d'imagerie viennent préciser cette hypothèse. Par exemple, les travaux⁷³ utilisant la [¹⁸F]-fluorodopa et l'imagerie par tomographie à émission de positon (TEP) mettent en évidence une hyperdopaminergie sous-corticale chez les patients schizophrènes et semblent établir un lien direct entre cette hyperactivité dopaminergique et l'émergence de symptômes positifs dans la schizophrénie.

Si l'hypothèse dopaminergique reste de loin la plus documentée, elle doit être élargie à d'autres modèles qui viennent non pas la remplacer, mais la compléter. Nous verrons également ultérieurement que ce neurotransmetteur interagit avec les systèmes hormonaux de la femme.

⁷¹ Duval F. *Endocrinologie et psychiatrie* Encyclopédie Médico Chirurgicale 2003 ; 37-640-A-10.

⁷² Ibid

⁷³ Guillin O. *L'hypothèse dopaminergique revisitée* L'encéphale 2006 ; 32 : 908-11.

1.4.1.2 Hypothèse sérotoninergique

Bien que cette hypothèse soit plus ancienne que l'hypothèse dopaminergique, le faisceau d'arguments en sa faveur est moins fourni. Cette théorie est actuellement mise en exergue par les neuroleptiques atypiques. En effet, ces derniers bloquent les récepteurs 5HT_{2A} avec une affinité nettement supérieure au blocage qu'ils exercent sur les récepteurs dopaminergiques D₂. Ils agissent aussi efficacement sur les symptômes positifs que négatifs avec une faible proportion d'effets secondaires, notamment ceux liés au système dopaminergique.

Pour autant, le système sérotoninergique interagit de façon étroite avec le système dopaminergique et on ne peut distinguer, au vu des données actuelles⁷⁴, si les perturbations sérotoninergiques sont une cause ou une conséquence du dysfonctionnement dopaminergique.

1.4.1.3 Autres neurotransmetteurs

Le rôle d'autres neurotransmetteurs a été étudié⁷⁵ dans le cadre de la schizophrénie, citons la noradrénaline, l'acide gamma-amino-butyrrique (GABA), les neuropeptides ou les neurotrophines.

La noradrénaline est issue de la dopamine ; les perturbations de la transmission de la noradrénaline participent probablement à la physiologie de la schizophrénie via un rôle de modulation de l'activité dopaminergique. Aucune étude⁷⁶ n'a montré l'implication des autres neurotransmetteurs de façon certaine.

1.4.2 Hypothèse neurodéveloppementale

L'hypothèse neurodéveloppementale⁷⁷ précoce postule que les perturbations du développement cérébral surviennent très précocement, dès la vie intra-utérine, et ne se traduisent que tardivement, à la fin de l'adolescence, par l'apparition clinique d'une

⁷⁴ Bonnet-Brilhault F., Thibault F. *Données biologiques de la schizophrénie* Encyclopédie Médico Chirurgicale 2001 ; 37-285-A-17 : 1-22.

⁷⁵ Ibid

⁷⁶ Ibid

⁷⁷ Thibault F. *L'hypothèse neurodéveloppementale de la schizophrénie* in : Les schizophrénies, des avancées théoriques à la pratique clinique. Paris : Pil ; 2004 : 71-91.

schizophrénie. Il s'agit de perturbations (qualitatives ou quantitatives) de certaines connexions synaptiques et de migrations neuronales au cours du développement du cerveau pendant la vie prénatale et le début de l'enfance.

Certaines observations⁷⁸ nourrissent cette hypothèse sur le plan épidémiologique et clinique. Par exemple, la fréquence des antécédents de complications obstétricales est accrue chez les patients schizophrènes ; de l'infection virale au cours de la vie fœtale au retard de croissance intra-utérin entre autres, l'ensemble des complications obstétricales diminuent l'oxygénation du cerveau^{79, 80}. Ainsi, si la schizophrénie est effectivement liée à un développement cérébral précoce anormal, tout espoir d'inverser le phénomène à l'âge adulte devient illusoire. Pourtant, il paraît concevable de compenser ces anomalies neurodéveloppementales supposées par d'autres mécanismes, ou d'interrompre un mécanisme en cours chez un patient déjà symptomatique. Par conséquent, dans l'avenir, il sera décisif d'apprendre à repérer les anomalies neurodéveloppementales présentes dans la schizophrénie afin d'établir des stratégies destinées à réduire leur impact. Peut-on d'ores et déjà parler de prévention dans le cadre de la schizophrénie?

Sur le plan clinique, la présence de signes d'immaturité et de dysmorphies minimes dès l'enfance, ou encore l'existence de prodromes infra cliniques et d'anomalies cognitives précoces semblent également liés au développement ainsi qu'à certains processus de maturation. Ces éléments sont renforcés par des données neuroanatomiques issues de l'imagerie qui révèlent la présence d'anomalies structurelles dès le début de la maladie ; nous détaillerons les anomalies morphologiques repérables dans la schizophrénie ultérieurement.

La fin de l'adolescence correspond à une période importante de la maturation cérébrale. Le cerveau perd graduellement 60% de ses connexions synaptiques (par phénomène de "pruning") par apoptose (mort cellulaire programmée) entre la naissance et le milieu de l'adolescence⁸¹. Ce pruning est plus tardif de quelques années chez la femme grâce au rôle protecteur des œstrogènes⁸². Ainsi, selon l'hypothèse neurodéveloppementale, le patient

⁷⁸ Gourion D., Gourevitch R., Le Provost J.B., Olie J.P., Loo H., Krebs M.O. *L'hypothèse neurodéveloppementale dans la schizophrénie* L'encéphale 2004 ; 30(2) : 109-118.

⁷⁹ Cannon M., Rosso I.M., Hollister J.M., Bearden C.E., Sanchez L.E., Hadley T.A. *Prospective cohort study of genetic and perinatal influences in the etiology of schizophrenia* Schizophrenia Bulletin 2000 ; 26 : 351-66.

⁸⁰ Cannon M., Murray R.M. *Neonatal origins of schizophrenia* Archives of Disease in the Childhood 1998 ; 78 : 1-3.

⁸¹ Mac Glashan T.H., Hoffman R.E. Schizophrenia as a disorder of developmentally reduced synaptic connectivity Archives General Psychiatry 2000 ; 57 : 637-48.

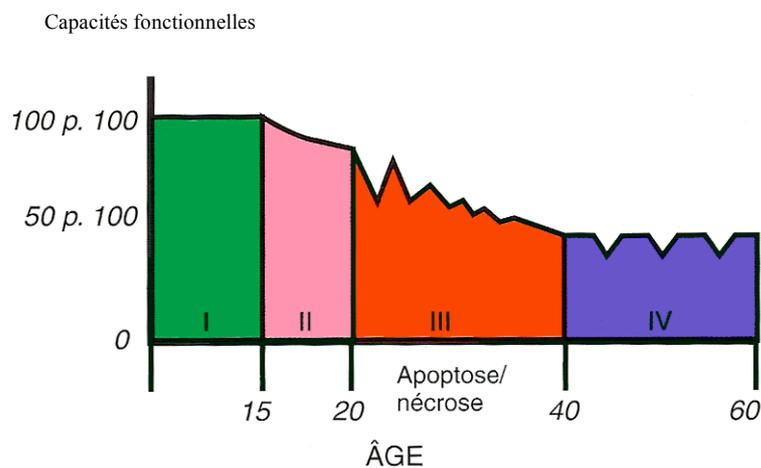
⁸² Ibid

schizophrène présenterait donc un pruning excessif, ou aurait au départ un capital plus faible que la normale ; quant à la femme, elle aurait un pruning différent de celui de l'homme.

1.4.3 Hypothèse neurodégénérative et hypothèse glutamatergique

La schizophrénie est une maladie chronique, dont l'évolution est classiquement progressive, avec différents stades évolutifs tout au long de la vie. Le postulat de l'hypothèse neurodégénérative est qu'il existe une perte progressive des fonctions neuronales au cours de la maladie.

On peut schématiser les différents stades évolutifs de la schizophrénie ainsi⁸³:



stade I: asymptotique au cours de l'enfance

stade II: prodromes à l'adolescence

stade III: phase active de la maladie, évolution en dents de scie sous traitement mais sans jamais de retour au niveau de fonctionnement antérieur aux long des deuxièmes et troisièmes décennies

stade IV: phase de stabilisation de la maladie, plus statique, avec l'installation progressive d'une résistance vis-à-vis des traitements médicamenteux.

Cette résistance aux traitements qui est croissante avec l'âge et avec les poussées aiguës de la maladie confirme l'hypothèse selon laquelle les neurones dégénèrent du fait d'une neurotransmission glutamatergique excitatrice excessive : c'est l'excitotoxicité.

⁸³ Stahl S.M. Op. cit.

Le glutamate est un acide aminé doué des propriétés d'un neurotransmetteur. Il existe plusieurs types de récepteurs du glutamate parmi lesquels le N-Méthyl-D-Aspartate, plus connu sous le nom de NMDA. C'est ce récepteur qui est responsable de la neurotransmission excitatrice normale ou anormale en cas de défaut de régulation (dans les phases aiguës de la schizophrénie, particulièrement dans les moments féconds). Si la cellule est excitée de manière excessive, il y a formation intracellulaire de radicaux libres qui ont une action toxique sur la membrane cellulaire et ses organites, entraînant la mort de la cellule. Dans le cas de la schizophrénie, il existerait⁸⁴ une hypo fonctionnalité des récepteurs NMDA responsable d'une décharge glutamatergique excessive.

Si une forme modérée d'excitotoxicité peut être utile afin d'éliminer des certaines cellules ; dans une forme excessive et non contrôlée, elle engendre des phénomènes de neurodégénérescence irréversibles. Nous nous intéressons ici à la schizophrénie mais ce phénomène est également démontré dans la maladie d'Alzheimer ou l'infarctus du myocarde.

1.4.4 Imagerie neuro anatomique et fonctionnelle des psychoses schizophréniques

Les nombreuses avancées dans le domaine de l'imagerie cérébrale contribuent au développement des neurosciences.

Chez les patients schizophrènes, on constate de manière fréquente mais non systématique, un élargissement des ventricules cérébraux⁸⁵. Andreasen a montré dans une étude datée de 1990 que ces anomalies sont antérieures à la date d'entrée dans la maladie et peu évolutives au cours de la vie. Ces résultats s'accordent également avec l'hypothèse neurodéveloppementale, qui envisage des anomalies présentes longtemps avant l'écllosion des premiers symptômes. Cet élargissement des ventricules cérébraux est également décrit de manière plus fréquente chez les hommes. Les autres anomalies fréquemment rencontrées sont les suivantes : une atrophie corticale, une diminution du volume de l'hippocampe et du corps calleux.

⁸⁴ Llorca P.M. Médicaments non dopaminergiques dans la schizophrénie L'Encéphale 2006 ; 32 : 913-6.

⁸⁵ Andreasen N.C., Swayze VW., Flaum M., Yates W.R., Arndt S., McChesney C. Ventricular enlargement in schizophrenia evaluated with computed tomographic scanning. Effects of gender, age, and stage of illness Archive general of Psychiatry 1990 ; 47(11) : 1008-15.

Pour certains⁸⁶, l'élargissement des ventricules cérébraux est spécifiquement masculin ; cependant, la plupart des anomalies rencontrées sont identiques quel que soit le sexe mais en nombre plus important chez les hommes. Seul un lien positif a été établi de manière prédominante chez la femme, entre l'atrophie corticale diffuse et la déformation de la réalité.

Enfin, Goldstein⁸⁷ propose une étude sur les relations entre les différences cérébrales liées au sexe chez des patients témoins et les anomalies cérébrales rencontrées chez des patients schizophrènes. Les résultats montrent que les différences liées au sexe sont perturbées chez les patients schizophrènes, particulièrement chez les hommes ; et que les facteurs impliqués dans ces anomalies cérébrales chez le patient schizophrène sont probablement modulés par les facteurs hormonaux qui induisent les différences morphologiques chez les patients témoins. Peut-on dire pour autant que si les anomalies morphologiques sont moins fréquentes chez les femmes, les œstrogènes ont un rôle protecteur au niveau cérébral?

Nous évoquerons ultérieurement dans notre travail l'action des œstrogènes sur le cerveau et nous tenterons d'apporter une réponse à cette question, nous envisagerons également les différences morphologiques objectivées entre les cerveaux féminins et masculins.

1.4.5 Génétique des schizophrénies et intérêt du modèle de vulnérabilité

La composante génétique de la schizophrénie est supportée par un ensemble d'études concernant l'hérédité : par exemple, si un membre de la famille est schizophrène, les parents de premier degré (parents, fratrie, enfants) présentent un risque de 6 à 17 % de développer la maladie^{88, 89} ; contre 2 à 6% pour les parents de second degré et 2% pour les parents de troisième degré⁹⁰. Ces résultats⁹¹ sont largement confortés par les résultats obtenus lors

⁸⁶ Nopoulos P., Flaum M., Andreasen N.C. Sex differences in brain morphology in schizophrenia American Journal of psychiatry 1997 ; 154 (12) : 1648-54.

⁸⁷ Goldstein J.M., Seidman L.J., O'Brien L.M., Horton N.J., Kennedy D.N., Makris N. Impact of normal sexual dimorphism on sex differences in structural brain abnormalities in schizophrenia assessed by magnetic resonance imaging Archive general of psychiatry 2002 ; 59 : 154-64.

⁸⁸ Cannon M., Murray R.M. op.cit.

⁸⁹ Fuller Torrey E., Yolken R.H. *Familial and genetic mechanisms in schizophrenia* Brain research reviews 2000 ; 31 : 113-7.

⁹⁰ Lewis D.A., Lieberman J.A. Catching up on schizophrenia : natural history and neurobiology Neuron 2000 ; 28 : 325-34.

⁹¹ Laurent C., Allilaire J.F., Albanèse V., Chaldée M., Mallet J. *Données génétiques de la schizophrénie* Encyclopédie Médico Chirurgicale 1999 ; 37-285-A-16: 1-19.

d'études de cohortes de jumeaux. Les jumeaux dizygotes présentent un risque de développer une schizophrénie de l'ordre de 15 à 17% et de 48% chez les jumeaux monozygotes⁹². Cependant, ce même taux de 48% chez les jumeaux monozygotes a pour corollaire un taux de 52% de discordance qui souligne, selon les auteurs⁹³, le rôle des facteurs non génétiques dits "environnementaux"⁹⁴.

Cette transmission n'obéit ainsi pas aux règles de transmission mendéliennes (par exemple, la concordance devrait être de 100% chez les jumeaux monozygotes et non 50%) ni aux règles de transmission liées au sexe. Par ailleurs, un certain nombre d'études⁹⁵ ont montré des différences par rapport au sexe dans la transmission génétique de la schizophrénie. La fréquence des cas de schizophrénie parmi les membres de la famille est plus élevée chez les femmes présentant une schizophrénie que parmi les membres de la famille des hommes porteurs de la maladie. En revanche constatent les auteurs, l'incidence de traits de personnalité schizotypique et schizoïde est plus élevée chez les membres de la famille des hommes présentant une schizophrénie que dans celle des femmes.

La schizophrénie est donc manifestement une maladie complexe sur le plan génétique, impliquant de multiples gènes, et présentant à la fois une hétérogénéité génétique et une hétérogénéité phénotypique⁹⁶. Certaines de ces variations phénotypiques observées dans l'expression de la maladie peuvent trouver différentes explications ; deux hypothèses récentes sont particulièrement probantes : la première repose sur la mise en évidence d'associations entre certains variants génétiques et certaines fonctions intermédiaires (par exemple des fonctions cognitives pré-frontales ou des caractéristiques comportementales). La seconde hypothèse, plus récente, suggère la possibilité de gènes modulant l'effet de l'environnement.

L'interaction gène /environnement peut ainsi être replacée dans le cadre du modèle de vulnérabilité et l'hypothèse neurodéveloppementale de la schizophrénie sous la condition d'un préalable théorique qui stipule que l'on n'hérite pas d'une maladie, mais que l'on hérite d'un risque⁹⁷. Dans le modèle de vulnérabilité, le sujet peut présenter un phénotype vulnérable, lié à des facteurs génétiques et à des facteurs environnementaux acquis au cours du

⁹² Ibid

⁹³ Krebs M.O. Interactions gènes/environnement dans la schizophrénie *L'encéphale* 2006 ; 32 : 884-6.

⁹⁴ MacDonald C., Murray R.M. *Early and late environmental risk factors for schizophrenia* *Brain research reviews* 2000 ; 31 : 130-7.

⁹⁵ DSM IV-TR Op. cit.

⁹⁶ Pearlson G.D. *Neurobiology of schizophrenia* *Annales of Neurology* 2000 ; 48 : 556-66.

⁹⁷ Krebs M.O. Op. cit.

développement précoce. Ce phénotype vulnérable peut soit rester stable, soit évoluer vers le tableau clinique de la maladie, sous l'influence de facteurs précipitants, psychosociaux ou biologiques (comme la prise de toxiques). Ceux-ci interviennent durant la phase de maturation péri pubertaire, rejoignant ainsi la théorie neurodéveloppementale exposée précédemment.

L'enjeu de la compréhension des interactions gènes-environnement est de déterminer de quelles façons l'environnement influence l'évolution d'un phénotype vulnérable et quels sont les facteurs génétiques susceptibles de modifier cette influence, afin de chercher à agir sur ces processus. Ainsi selon M.O. Krebs, la génétique des maladies psychiatriques doit désormais être pensée dans un contexte de modulation du génome, et non plus seulement en terme d'analyse simple du code génétique.

Ainsi, les neurosciences nous offrent des substrats théoriques divers dans la compréhension de la schizophrénie et nous avons tenté, au cours de cette approche succincte, de rendre compte de l'étendue de ce champ de réflexion et de recherche qui nous est ouvert dans ce domaine. Ainsi, cette médicalisation croissante de la psychiatrie qui se fait aux dépens de la prise en charge sociale prend de l'envergure avec les neurosciences ; l'intérêt demeure pourtant puisque la porte est désormais ouverte à des modèles de compréhension qui se complètent, se recoupent et s'enrichissent, c'est le cas par exemple, de l'hypothèse dopaminergique fondée sur des bases pharmacologiques revisitée ensuite par l'imagerie cérébrale. Dans le cadre de notre travail, nous trouvons ici des données neurobiologiques, neuroanatomiques et génétiques qui diffèrent entre l'homme et la femme. Ces différences, plus ou moins subtiles, nous inviteraient alors à approfondir ces notions en terme de recherche dans le cadre des neurosciences ; mais surtout dans notre cas, à poursuivre notre travail afin de mettre en évidence la pertinence du concept de schizophrénie au féminin.

Au terme de la première partie de ce travail, nous nous sommes efforcés de proposer une approche globale et éclectique de la schizophrénie, depuis ses origines, jusqu'à des données plus récentes.

L'approche historique débute par la folie, qui s'oppose à la raison, et nous nous sommes intéressés à la place de la femme "folle" au sein de la société et au regard porté par les médecins sur ces femmes. Au fil du temps, la folie, dont la définition est essentiellement sociale, est remplacée par la maladie mentale, puis par la schizophrénie. Nous avons tenté de retracer la genèse du concept de schizophrénie par le biais des délires chroniques qui, s'ils ne reflètent pas la totalité de l'entité "schizophrénie", nous apportent un éclairage intéressant sur l'évolution des différents courants psychiatriques depuis les aliénistes jusqu'à la fin du XX^{ème} siècle. La médicalisation croissante des troubles offre une description de plus en plus symptomatique des maladies mentales ; les différences qui existaient au niveau social entre hommes et femmes s'estompent au profit d'une description plus précise, mais asexuée. La schizophrénie chez la femme est alors très comparable à son homologue masculin.

Afin de compléter notre propos, nous nous sommes penchés ensuite sur l'approche psychopathologique de la schizophrénie. Nous avons proposé alors, de manière descriptive, de saisir les différents processus déterminants dans la mise en œuvre de la psychose. Cependant, les auteurs n'envisagent que peu, voire pas, de distinction quant à la genèse de la maladie en fonction du genre ; certains éléments croisés de cette esquisse psychopathologique nous incitent cependant à envisager des modulations à considérer dans la prise en charge de nos patientes schizophrènes.

La suite de notre travail nous a conduit alors nécessairement vers une approche plus critériologique et nous pouvons constater que de la nosographie actuelle décrit de façon croissante des différences liées au sexe dans le cadre de la schizophrénie. Enfin, afin de compléter ce tableau, nous avons évoqué l'apport des neurosciences et les ouvertures qui sont ainsi offertes. Cette dernière partie confirme les constatations précédentes, en effet, les recherches en imagerie, neurobiologie ou génétique permettent d'envisager elles aussi des différences, plus ou moins subtiles chez les femmes schizophrènes par rapport aux hommes.

Ainsi, loin de vouloir distinguer deux pathologies schizophréniques distinctes selon le genre, nous constatons que beaucoup d'éléments nous incitent à envisager des modulations féminines dans l'expression de la schizophrénie. Nous allons pour cela nous pencher sur la question de la femme et de la féminité afin de donner du relief à notre propos et de la pertinence.

2 A PROPOS DE LA FEMME

Partons de deux constatations fort distinctes, sinon opposées. La première constatation est celle qu'une femme pourrait être définie ainsi : "individu de sexe féminin de l'espèce humaine, par opposition à l'homme, individu de sexe masculin" ; ou encore par la définition que nous propose aujourd'hui le dictionnaire Larousse⁹⁸ : "Etre humain de sexe féminin. Adulte du sexe féminin. Epouse.". La deuxième constatation est que la place des femmes dans les différentes sociétés a souvent été étudiée, en particulier par de nombreux mouvements féministes, qui ont cherché à comprendre et à combattre une inégalité de condition entre les hommes et les femmes, et qui ont ainsi contribué à l'émancipation de la femme.

Notre propos n'est ni de développer ces théories féministes ni de donner une "définition" de la femme. L'objet de notre travail est plutôt de comprendre, à travers les différences fondamentales qui existent entre l'homme et la femme, pourquoi et comment le concept d'une clinique sexuée de la schizophrénie peut être pertinent.

Cette deuxième partie de notre travail abordera donc dans un premier temps la femme d'un point de physiologique et psychologique, s'intéressant aux différentes étapes importantes de sa vie. Nous tâcherons de mettre en lien d'une part ces aspects de physiologie et de psychologie à chacune de ces différentes étapes et d'autre part, de percevoir et de mettre en évidence les éléments qui peuvent intervenir dans la pathologie mentale, en particulier dans la schizophrénie. Nous achèverons cette synthèse par l'esquisse d'une approche sociologique et historique sur la place de la femme dans la société afin de compléter, avec un autre regard, l'ébauche historique élaborée lors de la première partie de notre travail.

Les anglo-saxons utilisent le terme *gender* (*genre*) pour les différences liées au sexe. Cette nuance nous semble importante et, même si le mot *genre* est peu courant dans notre langage quotidien, il donne selon nous un sens plus large à l'opposition féminin/masculin et nous serons amenés à l'employer dans notre travail en ce sens.

⁹⁸ Dictionnaire Le Petit Larousse, Paris : Librairie Larousse ; 1980 : 380.

2.1 La femme, d'un point de vue physiologique et psychologique

D'un point de vue génétique, la femme est un individu de sexe féminin de l'espèce humaine par opposition à l'homme, individu de sexe masculin. Le sexe génétique des êtres humains est fixé par la 23^{ème} paire de chromosomes du génotype : la femme possède une paire de chromosomes sexuels XX et l'homme, une paire de chromosomes sexuels XY. C'est-à-dire que les caractères masculins et masculinisants sont portés par le chromosome Y.

Chez les humains, la différence phénotypique entre les hommes et les femmes est importante (le phénotype est l'ensemble des caractères anatomiques, morphologiques, physiologiques et éthologiques caractérisant un être vivant donné). On distingue ainsi des différences sexuelles primaires (organes génitaux internes et externes) et des différences sexuelles secondaires (pilosité, taille, développement musculaire...) qui apparaissent lors de la puberté.

Mais, peut-on définir une femme ou un homme uniquement avec une définition génétique? Qu'en est-il alors des porteurs d'anomalies géniques ; doit-on prendre en compte les données géniques ou phénotypiques? Le chromosome Y apporte-il quelque chose de supplémentaire? D'autre part, comment envisager ainsi la question de l'homosexualité?

Ces définitions purement génétiques nous semblent donc insuffisantes, nous allons donc nous intéresser à la construction de l'identité sexuée ainsi qu'aux données physiologiques de base qui contribuent à la différenciation sexuée.

L'identité sexuée se construit dès la petite enfance à travers le complexe d'Oedipe au féminin ou au masculin et nous allons nous intéresser à ce développement, tant sur le plan physiologique que psychologique afin de percevoir les éléments fondamentaux de la spécificité féminine.

2.1.1 La petite enfance et l'enfance

L'embryon naît de la rencontre d'un ovule de la mère et d'un spermatozoïde du père ; les embryons mâles et femelles, sont pratiquement identiques jusqu'à 6 semaines après la conception (seuls leurs chromosomes diffèrent). Le développement des organes génitaux internes se fait entre la 6^{ème} et la 10^{ème} semaine après la fécondation et, à partir du 3^{ème} mois de grossesse, les hormones du fœtus induisent le développement des organes génitaux externes ; les testicules secrètent des androgènes et les ovaires, des œstrogènes.

À la naissance, les organes génitaux externes sont ainsi formés et différenciés. La petite fille produit des ovules essentiellement durant la vie intra utérine, mais jusqu'à la ménopause. Tandis que le garçon ne produit pas de spermatozoïde avant la puberté. Il n'existe pas, durant l'enfance, de signe de différenciation sexuelle secondaire comme nous pourrions les définir ultérieurement.

Plusieurs théories ont été élaborées autour de la construction du genre chez les enfants, selon les points de vue des auteurs. Nous allons donc, à partir de différents points de vue psychopathologiques, tenter de mettre en évidence les modalités mises en œuvre dans la construction de l'identité sexuée.

Le point de vue psychanalytique:

Freud s'est intéressé à l'étude des pulsions sexuelles ou libidinales chez l'enfant⁹⁹ ; il désigne sous le nom de sexualité infantile "tout ce qui concerne les activités de la première enfance en quête de jouissance locale que tel ou tel organe est susceptible de procurer" ainsi, il ne restreint pas la sexualité infantile à la seule génitalité, mais il s'agit plutôt de la recherche du "plaisir". Il décrit ainsi les différents stades libidinaux que nous allons exposer. Les limites entre ces différents stades ne sont pas nettes, tous ces stades passent graduellement l'un dans l'autre et se chevauchent, ainsi, les âges que nous indiquons ont uniquement une valeur approximative. Marcelli reprend ces différentes notions¹⁰⁰ dans son ouvrage "Sources théoriques de la pédopsychiatrie clinique", nous nous appuyerons sur son travail dans la description des différents stades libidinaux.

2.1.1.1 Le stade oral (0 à 12 mois) et le stade anal (2^{ème} et 3^{ème} années)

Nous regroupons ici le stade oral et le stade anal car ils sont décrits sans différenciation entre les garçons et les filles. De manière très schématique, on peut retenir que le passage du stade oral au stade anal fait évoluer la source de la pulsion, la pulsion et la relation d'objet :

⁹⁹ Freud S. *La sexualité infantile* in *Trois essais sur la théorie de la sexualité* Paris : Gallimard ; 1942 : 69-107.

¹⁰⁰ Marcelli D. *Sources théoriques de la pédopsychiatrie clinique* in *Psychopathologie de l'enfant*. 4^{ème} édition. Paris : Masson ; 1993 : 26-39.

- *La source de la pulsion* qui est initialement la bouche et le carrefour aéro-digestif se déplace vers la muqueuse anale, et par extension à tout l'intérieur du corps ;
- *L'objet de la pulsion* passe du sein maternel, qui provoque la satisfaction libidinale étayée sur le besoin physiologique d'être nourri, au boudin fécal, dont les significations sont multiples : objet excitant de la muqueuse, partie du corps propre, objet de transaction entre la mère et l'enfant ;
- *La relation d'objet*, quant à elle, est marquée par le passage du narcissisme primaire qui correspond à l'état de non différenciation mère-enfant, à une relation d'objet total, où la mère est reconnue dans sa totalité ; elle est ensuite caractérisée, lors du stade anal, par une série de couples dialectiques à caractère structurant : expulsion-rétention, activité-passivité, soumission-opposition, la relation d'objet au stade anal est volontiers caractérisée par le couple sadisme-masochisme.

Nous avons déjà évoqué, dans une partie précédente de notre travail, d'une part la problématique du narcissisme primaire dans la psychose selon Freud et d'autre le stade du miroir, qui est contemporain de cette période. Cette théorie du stade du miroir élaborée par Lacan est différente de l'organisation libidinale et n'intervient pas à priori, dans la construction de l'identité sexuée ; cependant, elle occupe une place importante dans l'organisation des processus psychotiques.

2.1.1.2 Le stade phallique (3^{ème} et 4^{ème} années)

La source de la pulsion se déplace vers les organes génitaux, l'enfant fait la découverte de son sexe ; *l'objet de la pulsion* est représenté par le pénis pour les garçons comme pour les filles. Il ne s'agit pas du pénis conçu comme un organe génital, mais du pénis conçu comme un organe de puissance, de complétude narcissique. La satisfaction provient alors de l'érotisme urétral et de la masturbation. Cette découverte de la différence des sexes s'accompagne de curiosité sexuelle, avec le fantasme de la scène primitive et les théories infantiles sur la fécondation et sur la naissance. L'objet, *le pénis*, place l'enfant dans la dimension soit de l'angoisse de castration chez le garçon, par peur de perdre son pénis ; soit du manque, chez la fille qui aurait aimé avoir un pénis ; le déni de la castration a pour but, dans l'un comme l'autre sexe, de protéger l'enfant contre cette prise de conscience.

2.1.1.3 Le complexe d'Oedipe (5^{ème} et 6^{ème} années)

L'objet de la pulsion n'est plus le seul pénis, mais le partenaire privilégié du couple parental ; *la source de la pulsion* restant l'excitation sexuelle recherchée dans la possession de ce partenaire. L'entrée dans l'Œdipe se marque par la reconnaissance de l'angoisse de castration, qui mène le garçon à la crainte de perdre son pénis et la fille au désir d'en acquérir un. Ainsi, pour Freud, il n'existe qu'un seul sexe, le petit garçon a peur de perdre celui que la petite fille envie ; le sexe féminin n'a pas d'existence propre.

De manière schématique, chez le garçon, la mère devient l'objet de pulsion sexuelle. Pour la conquérir, il va déployer toutes ses ressources libidinales, mais aussi agressives. Le père devient l'objet de rivalité ou de menace, mais en même temps l'objet à imiter pour s'en approprier la puissance. Seul le père, et surtout le désir de la mère pour le père, va permettre de détacher le petit garçon de cet amour absolu pour sa mère afin qu'il puisse se tourner vers d'autres objets d'amour, d'autres femmes et qu'il sublime son énergie libidinale vers celles-ci.

Les filles abordent de façon différente le stade oedipien décrit par Freud, la différence fondamentale est que la petite fille doit changer d'objet d'amour. La déception de ne pas avoir reçu un pénis de la mère la conduit à se détourner de d'elle et par conséquent à changer d'objet libidinal ; son but est alors d'obtenir du père ce que sa mère lui a refusé. La fille développe alors une haine jalouse envers sa mère, mais fortement chargée de culpabilité car celle-ci reste la source non négligeable d'une importante partie des satisfactions pulsionnelles pré-génitales.

Le déclin du complexe d'Oedipe est marqué par le renoncement progressif à posséder l'objet libidinal sous la pression de l'angoisse de castration chez le garçon et de la peur de perdre la mère chez la fille. Les déplacements identificatoires, les sublimations permettent à l'énergie libidinale de trouver d'autres objets de satisfaction, en particulier dans la socialisation progressive et dans l'investissement des processus intellectuels.

Ainsi, il nous apparaît que pour Freud la définition de la femme se fait par le biais d'une opposition à l'homme, il nous semble alors intéressant de savoir si cette position est partagée par tous les autres psychanalystes.

2.1.1.4 Autres apports théoriques

Mélanie Klein^{101, 102} s'inscrit dans une dialectique avec Freud. En effet, comme nous venons de le décrire, la psycho sexualité féminine naît, selon lui, d'une double rupture avec le changement d'objet (total) d'amour de la mère vers le père et le changement de zone érogène (bouche-vagin). Mélanie Klein a développé la notion d'introjection des objets externes à l'enfant et notamment, elle explique le déplacement d'amour de la mère vers le père comme l'introjection du phallus. De plus, elle objecte à Freud de nier l'existence psychique du vagin chez la petite fille ; pour elle, celui-ci serait plutôt l'objet d'un refoulement radical lié à des représentations particulièrement violentes de la sexualité adulte, notamment en ce qui concerne la scène primitive. Pour l'enfant, cela paraît à la fois très excitant et très angoissant d'imaginer cette scène, le psychisme étant débordé par la démesure de la sexualité adulte comme par la démesure de ses fantasmes. L'auteur envisage le concept d'un "*Oedipe précoce*"; selon elle, l'Oedipe est abordé très précocement durant la phase orale et s'achève avec la résolution de la position dépressive, c'est-à-dire vers 2 ans. L'originalité de la conception kleinienne de l'Oedipe réside en sa présence et son activation chez les enfants des deux sexes.

Cependant, si une telle conception est acceptée, la question du statut du conflit oedipien chez le psychotique demeure. Soit la problématique oedipienne (avec une sensibilité spéciale malgré tout) est présente à part entière dans la psychose, dans la mesure où elle est constitutive de toute structuration psychique, comme le suggère Rosolato¹⁰³ ; soit au contraire, selon Racamier¹⁰⁴, il est nécessaire de postuler l'existence d'un "antoedipe", à la fois anté et anti où il n'y a ni scène primitive, ni parents combinés, mais un fantasme d'auto engendrement fondé sur l'exclusion des parents et le déni des origines.

¹⁰¹ Klein M. *Les stades précoces du conflit oedipien (1928)* in Essai de psychanalyse Paris : Payot ; 1976 : 229-41.

¹⁰² Klein M. *Le complexe d'Édipe éclairé par les angoisses précoces (1945)* in Essai de psychanalyse. Paris : Payot ; 1976 : 370-424.

¹⁰³ Rosolato G. cité par Chouvier B. *Édipe* in Dictionnaire de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent. Paris : Presses Universitaires de France ; 2000 : 471-2.

¹⁰⁴ Racamier P.C. cité par Chouvier B. *Édipe* in Dictionnaire de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent. Paris : Presses Universitaires de France ; 2000 : 471-2.

Citons la vision de Karen Horney¹⁰⁵ qui s'inscrit également en contradiction avec la théorie freudienne car elle présume une connaissance innée et inconsciente de l'existence du vagin. Selon elle, le vagin est connu et investi dès l'enfance, et est le support des motions oedipiennes envers le père. Elle considère alors la masculinité de la sexualité féminine et l'envie de pénis comme des formations défensives visant à nier l'existence du vagin ; elle pense que le vagin est source d'angoisse pour la fillette, qui voit le pénis comme géant, destructeur de l'intérieur du corps, et source de blessures internes.

Le complexe d'Electre est décrit par Jung¹⁰⁶ ; il est le pendant féminin du complexe d'oedipe du petit garçon et il sous-tend donc une analogie entre les deux fonctionnements, cependant cette théorie n'est pas reconnue par tous les psychanalystes.

Électre est la fille d'Agamemnon et de Clytemnestre, son histoire est racontée par Sophocle et Euripide : Agamemnon est assassiné par Clytemnestre. Quelques années plus tard et avec l'aide de son frère Oreste qu'elle avait sauvé du meurtre, Electre venge son père en tuant sa mère et ses complices. Électre est une femme ambivalente, pleine d'amour pour son frère et son père, haineuse envers sa mère et dévorée par sa volonté de vengeance puis par les remords d'avoir tué celle qui l'avait mise au monde. Cette description représente alors l'ambivalence des sentiments de la petite fille, qui change d'objet d'amour premier en se tournant vers son père, considérant alors sa mère comme rivale, pour ensuite nourrir des sentiments divers et ambivalents vis-à-vis d'elle ; elle permet également d'élargir les relations à la fratrie, ce qui nous paraît une vision plus juste à certains égards.

2.1.1.5 La période de latence (de 6 ans à la puberté)

Elle est classiquement considérée comme une phase de repos et de consolidation des positions acquises, il s'agit d'une période d'arrêt dans le développement sexuel, c'est-à-dire qu'on n'y observe pas de nouvelle organisation sexuelle durant cette période. La petite fille refoule ses

¹⁰⁵ Horney K. La négation du vagin- Une contribution au problème des angoisses génitales spécifiques aux femmes (1933) in *Psychologie de la femme*. Paris : Payot ; 2002 : 189-208.

¹⁰⁶ Jung C.G. cité par Mottel I. *La construction de l'identité sexuée* Thérapies psychomotrices et recherches 1999 n°119 : 14-21.

sentiments d'infériorité vis-à-vis de sa mère, elle rencontre des filles ayant le même corps d'enfant et peut alors sublimer son énergie libidinale en pulsion épistémophilique à la condition que sa mère accepte ce transfert d'affection et d'identification.

Le point du vue cognitif et social:

À la naissance, de manière objective et strictement physique, le genre du nourrisson est donné par les organes génitaux externes¹⁰⁷. Cependant, le bébé est attendu par ses parents, et ce de manière différente s'il s'agit d'un petit garçon ou d'une petite fille: la décoration de la chambre, les vêtements ou encore les jouets. Ceci est décrit par la psychologue M.W. Matlin sous le terme de *constructionnisme social*¹⁰⁸ : c'est-à-dire que nous avons tendance à construire ou à inventer notre propre version de la réalité à partir de nos expériences et de nos croyances antérieures. Par exemple, lorsqu'on nous dit qu'un nourrisson est une petite fille, nous avons tendance à voir en lui des traits délicats et féminins. Si on nous dit que ce même nourrisson est un garçon, nous avons tendance à déceler un comportement robuste et masculin. Nous créons notre propre vision de la réalité à partir de nos expériences antérieures sur le genre.

Les auteurs¹⁰⁹ considèrent différentes théories sur le développement du genre dans l'enfance qui sont façonnées par les différents acteurs du quotidien de l'enfant (parents, pairs, école, médias). Ils distinguent ainsi :

- Le processus d'apprentissage social, qui permet aux enfants d'acquérir des comportements associés au genre d'autres personnes. Ils imitent le comportement des adultes du même genre ou sont valorisés s'ils se comportent conformément à leur genre.
- Le processus d'apprentissage cognitif qui leur permet de créer activement leur propre pensée sur le genre selon des schémas stéréotypés.

¹⁰⁷ Matlin M.W. La petite enfance et l'enfance, le développement du genre in Psychologie des femmes traduction de W.M. Pullin. Bruxelles: De Boeck; 2007: 99

¹⁰⁸ Ibid

¹⁰⁹ Ibid

Ainsi, selon le point de vue psychopathologique envisagé et selon les différents auteurs, l'identification sexuée ne commence pas à la même période de la vie ni ne s'effectue selon des processus similaires.

2.1.2 L'adolescence

L'adolescence est marquée par la puberté et les modifications morphologiques qu'elle amène. Les femmes et hommes produisent les mêmes hormones sexuelles (œstrogènes, progestérone, testostérone), c'est la quantité produite qui varie selon le sexe. Les hormones dites "féminines", c'est-à-dire qu'elles sont produites en quantité plus importante chez la femme que chez l'homme, sont les *œstrogènes* et la *progestérone*. Ce sont également ces hormones qui induisent les différences sexuelles secondaires lors de la puberté.

2.1.2.1 La puberté

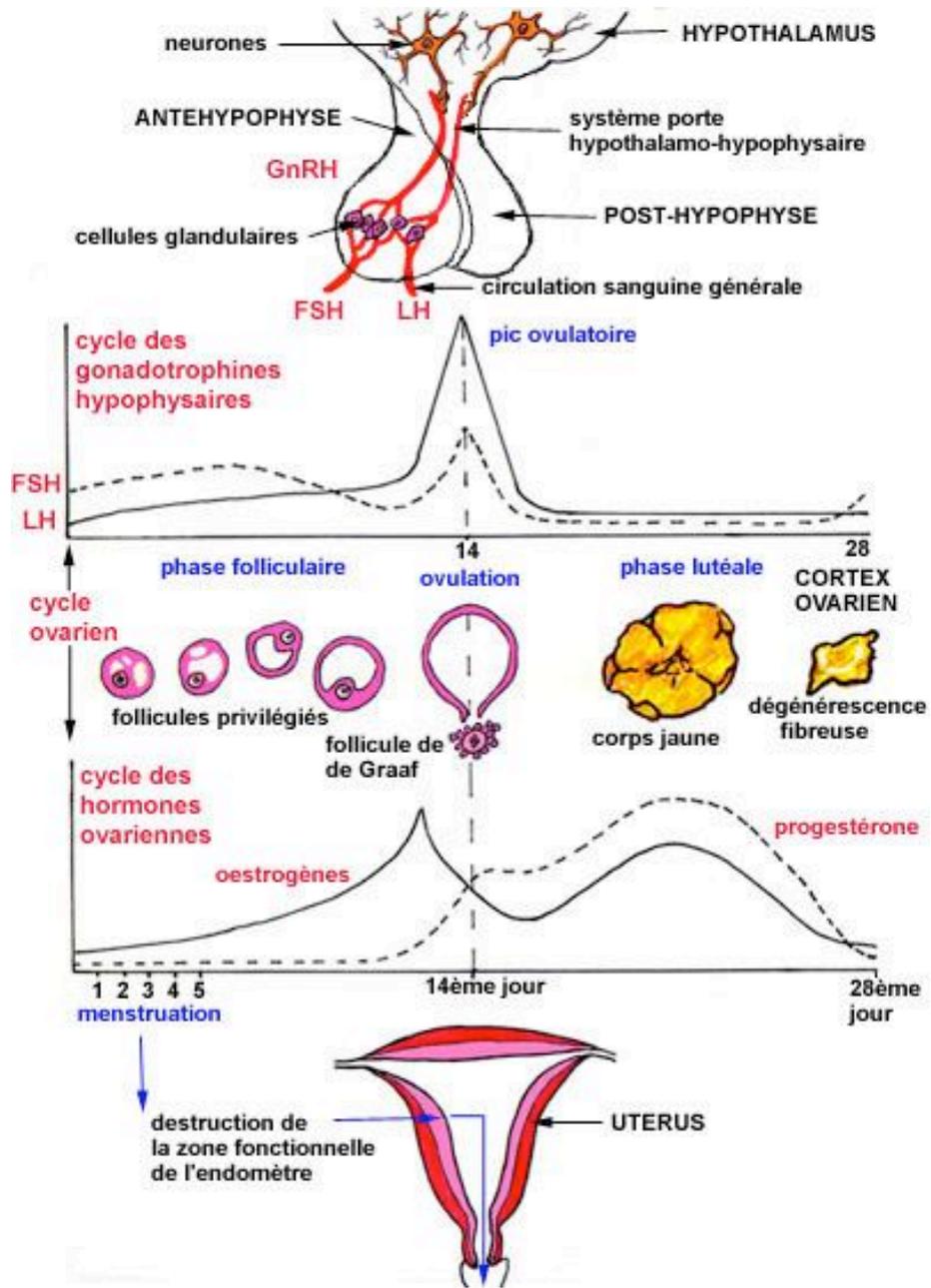
La puberté est l'étape de maturation physique dans laquelle un individu devient physiologiquement capable de procréer. Elle est marquée chez les adolescentes par des modifications morphologiques, des modifications hormonales et la ménarche (premières menstruations) ; l'âge moyen de la ménarche est de 12 ans¹¹⁰.

Les modifications morphologiques comprennent une accélération importante de la vitesse de croissance et le développement des caractères sexuels secondaires (pilosité, seins). La ménarche est le reflet des modifications hormonales.

Les cycles menstruels marquent la période d'activité génitale de la femme, ils commencent à la puberté et s'arrêtent à la ménopause. Ils sont caractérisés par des modifications hormonales à différents niveaux : hypothalamique, hypophysaire et sanguin. Les cycles sont en moyenne de 28 jours, rythmés par les menstruations.

¹¹⁰ Matlin M.W. L'adolescence- la puberté et les menstruations in Psychologie des femmes traduction de W.M. Pullin. Bruxelles: De Boeck; 2007: 134.

Le schéma proposé ci-après permet de visualiser les fluctuations du taux sérique oestrogénique au cours du cycle et de resituer de manière plus globale leur action.



La production hormonale oestrogénique est commandée par les gonadotrophines : la LH (Hormone Lutéinisante) et la FSH (Hormone Folliculo Stimulante) produites par l'hypophyse. L'hypophyse obéit elle-même à l'hypothalamus par le biais de la LH-RH (hormone de libération des gonadotrophines). La régulation de ce système se fait par le biais d'un rétrocontrôle négatif.

Les œstrogènes sont un groupe de stéroïdes (dérivés du cholestérol) qui agissent comme hormone sexuelle féminine primaire. Ils sont produits essentiellement par le développement des follicules ovariens, le corps jaune ou le placenta. On distingue plusieurs catégories d'œstrogènes, l'oestradiol induit les caractères sexuels secondaires et est la forme la plus active au niveau cérébral.

Nous verrons quelle action ces œstrogènes ont au niveau cérébral afin d'envisager, dans la troisième partie de notre travail, le rôle qu'ils peuvent avoir dans le cadre de la schizophrénie chez la femme

Le syndrome prémenstruel est une entité controversée, par les gynécologues comme par les psychiatres ; notons d'ailleurs qu'il figurait dans la troisième édition révisée du Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders (DSM-III TR¹¹¹) et qu'il en est absent depuis. Il peut être défini par "un ensemble de symptômes survenant régulièrement pendant la phase lutéale du cycle menstruel"¹¹², chez certaines femmes. Parmi ces symptômes on retrouve : des céphalées, une tension mammaire, les jambes lourdes, une éruption cutanée ou encore des réactions d'ordre psychologique, nervosité, anxiété, agressivité, émotivité, dépression. La pathogénie est complexe et fait intervenir diverses hormones, dont les œstrogènes, lorsque leurs taux sont faibles¹¹³.

¹¹¹ Manuel Diagnostique des Troubles Mentaux. 3^{ème} édition texte révisé Op. cit

¹¹² Tambori A. *Syndromes prémenstruels* Encyclopédie Médicochirurgicale 1994 ; 161-C-10.

¹¹³ Ibid

2.1.2.2 D'un point de vue psychanalytique

La puberté représente ainsi l'accession à la sexualité et par là même, le regroupement des pulsions partielles sous le primat de la pulsion génitale¹¹⁴. L'adolescence est marquée par différents aspects ; l'excitation sexuelle et les modifications pulsionnelles, la problématique corporelle, le deuil de l'enfance, le problème de l'identité et des identifications. Tous ces différents aspects dynamiques doivent être pris en compte, leur importance respective dépend du point de vue psychopathologique et de l'adolescent.

L'adolescent est en proie à ses pulsions et à rejeter ses parents, dont la présence réactive les conflits oedipiens et le menace d'un inceste maintenant réalisable. Dans le même mouvement, il va jusqu'à rejeter les bases identificatoires de son enfance, c'est-à-dire ses imagos parentales. Pourtant, cette nécessité d'appartenance à un groupe ou au sein d'une lignée familiale avec des générations distinctes et identifiées est fondamentale dans la construction de l'identité du sujet. Nous envisagerons ultérieurement les échos que peut avoir l'absence d'une inscription au sein d'un arbre généalogique chez les schizophrènes, notamment dans le cas du désir de grossesse.

2.1.2.3 D'un point de vue cognitif et social

Selon Whitbourne¹¹⁵, l'identité fait référence à l'évaluation que fait un individu de ses propres caractéristiques personnelles, de même que ses dimensions biologiques, psychologiques et sociales. Différentes composantes, comme l'image du corps ou encore l'estime de soi, entrent en jeu durant l'adolescence afin de construire le concept de soi et l'identité féminine.

Pour M. Matlin¹¹⁶, l'attirance physique ont pour quelqu'un est déjà plus importante pour les filles que pour les garçons durant l'enfance ; à l'adolescence, cette même importance accordée à l'attirance physique des jeunes filles devient exagérée. C'est-à-dire que selon elle, on s'intéresse plus facilement à une petite fille qu'à un petit garçon, et que ceci s'accroît à l'adolescence, contribuant à leur renvoyer une image, bonne ou mauvaise, de leur corps. Les

¹¹⁴ Marcelli D. *Les modèles de compréhension de l'adolescence* in Adolescence et psychopathologie. Collection les âges de la vie. 6^{ème} édition. Paris; Masson 2004 : 14-35.

¹¹⁵ Whitbourne S.K. *Identity and adaptation to the aging process* in Self and society in aging processes. New York: Springer ; 1998 : 122-149.

¹¹⁶ Matlin M.W. *Concept de soi et identité pendant l'adolescence* in Psychologie des femmes traduction de W.M. Pullin. Bruxelles : De Boeck ; 2007 : 145.

adolescentes reçoivent constamment des messages voulant que l'apparence et la beauté physiques soient les dimensions les plus importantes pour une femme¹¹⁷. L'accent est fréquemment mis sur la minceur, et contribue, sans être l'unique facteur causal, au développement de troubles du comportement alimentaire¹¹⁸. Selon l'auteur, l'apparence physique ressentie est le plus fort facteur dans l'estimation de sa propre valeur pour une femme alors que les hommes mettent plutôt l'accent sur la performance de leur corps. Les adolescents et les adolescentes sont-ils pour autant différents dans leur estime de soi? Deux méta analyses^{119, 120} qui ont porté sur plus de 200 études menées sur le sujet montrent que les garçons ont significativement une meilleure estime de soi que les filles. Ces résultats sont à moduler avec les différentes périodes de la vie ainsi, les différences sont nettement plus importantes lors de l'adolescence que lors de l'enfance ou de l'âge adulte ; il existe de plus des variations selon les origines ethniques et les catégories sociales (les différences sont plus importantes dans les classes sociales moyennes et inférieures)¹²¹.

Les relations interpersonnelles ont une place prépondérante dans la période qu'est l'adolescence, qu'il s'agisse des relations familiales ou des amitiés. Il ne semble pas¹²² que les relations amicales soient plus intimes ou plus étroites chez les filles que chez les garçons, les valeurs essentielles de ces amitiés sont la loyauté et la confiance¹²³.

Enfin, notons que si aucun évènement particulier ne marque, dans notre société, la fin de l'adolescence et le début de l'âge adulte alors que dans certaines sociétés fonctionnant encore sur un mode tribal, persistent les rituels d'initiation permettant le passage à l'âge adulte ; on associe généralement le début de l'âge adulte à certains actes comme quitter les parents, terminer les études, trouver un emploi. Aucune caractéristique n'est essentielle pour devenir adulte, aucun rituel ancestral ; ne peut-on pas voir cependant, au travers de ces actes une forme de rituel de passage?

¹¹⁷ Ibid

¹¹⁸ Ibid

¹¹⁹ Kling K.C., Hyde J.S., Showers C. *Gender differences in self esteem: a metaanalysis* Psychological bulletin 1999 ; 125 : 470-500.

¹²⁰ Major B., Barr L., Zubek J, Gender differences in self esteem: a metaanalysis in *Sexism and stereotypes in modern society*. Washington ; 1999 : 223-253.

¹²¹ Op. cit

¹²² Zarbatany L., Mac Dougall P., Hymel S. Gender differentiated experiences in the peer culture: links to intimacy in preadolescence *Social développement* 2000 ; 9 : 62-79.

¹²³ Brown L.M. *Dangerousness, impotence, silence, and invisibility : heterosexism in the construction of women's sexuality* in *Sexuality, society and feminism*. Washington : American Psychological association ; 2000 : 205-225.

2.1.3 La femme

On considère ici la période de vie faisant suite à l'adolescence jusqu'à la ménopause. Il est plus précis de parler de "femme durant la période d'activité génitale".

Une hypothèse actuelle concernant la pertinence d'une différence liée au sexe dans le cadre de la schizophrénie est basée sur la protection offerte par les œstrogènes pour les femmes en période d'activité génitale. Nous développerons cette hypothèse ultérieurement, et nous proposons en préambule, de nous intéresser à l'action des œstrogènes sur le cerveau

2.1.3.1 Les effets des œstrogènes sur le cerveau

Des études récentes¹²⁴ ont montré que les œstrogènes, et plus particulièrement l'oestradiol, ont une action régulatrice au niveau cérébral. Leur rôle est maintenant démontré d'une part dans le cadre de l'organisation du développement neuronal, et d'autre part dans le cadre de la maturation neuronale où ils jouent un rôle activateur. Les œstrogènes interviennent ainsi dans la formation des synapses et dans la croissance neuronale activant l'action du facteur de croissance neuronal et d'autres neurotrophines¹²⁵. Ils ont également un rôle dans la modulation de nombreux systèmes neurotransmetteurs, en particulier les systèmes dopaminergiques, sérotoninergiques et glutamatergiques. Les relations œstrogènes-dopamine sont diverses ; il semblerait que les œstrogènes aient d'une part une action modulatrice sur la synthèse dopaminergique, par le biais de la tyrosine hydroxylase ; et d'autre part, une action de blocage sur les récepteurs dopaminergiques, essentiellement de type D₂, et agissant comme un "neuroleptique endogène", diminuant ainsi la transmission dopaminergique¹²⁶.

Comme nous l'avons décrit dans notre première partie, ces neurotransmetteurs, et notamment la dopamine, sont impliqués dans les modèles de compréhension de la schizophrénie du point de vue des neurosciences ; de plus l'organisation et la maturation neuronales qui sont modulées par les oestrogènes peuvent être mises en lien avec les théories neuro-

¹²⁴ Mac Ewen B.S. Alves E. *Estrogen actions in the central nervous system* Endocrine reviews 1999 ; 20 : 279-307.

¹²⁵ Op.cit

¹²⁶ Duval F. *Endocrinologie et psychiatrie* Encyclopédie Médico Chirurgicale 2003 ; 37-640-A-10.

développementales de la schizophrénie. Ainsi, on peut envisager que les œstrogènes puissent avoir une interaction avec les systèmes neuro-biologiques mis en jeu dans la schizophrénie.

Selon M.V.Seeman¹²⁷, les œstrogènes ont ainsi un "rôle protecteur sur les cellules cérébrales". D'autre part, pour confirmer ce rôle propre des œstrogènes, des études¹²⁸ ont été menées sur des rats et ont démontré l'absence totale d'influence de la testostérone sur le système cérébral de neurotransmission.

Ainsi, les œstrogènes ont un rôle démontré d'une part au niveau cérébral et d'autre part en interaction avec les systèmes mis en jeu dans la schizophrénie. Nous envisagerons, dans la troisième partie de notre travail, comment ces interactions peuvent avoir un effet protecteur envers la schizophrénie et les incidences thérapeutiques qui peuvent en découler.

2.1.3.2 Apport de l'imagerie cérébrale

Depuis la deuxième moitié du XIX^{ème} siècle, les neurologues s'intéressent à la question suivante : la structure du cerveau, en tant qu'organe, présente-t-elle des différences entre hommes et femmes? En 1861, Broca, éminent neurologue de l'époque présente les résultats d'une série d'autopsies de 432 cerveaux humains et conclut que le cerveau masculin pèse 16% de plus que le cerveau féminin¹²⁹. Ces résultats sont depuis confirmés par les données de l'imagerie cérébrale ; en effet, une étude réalisée en 2001 par Goldstein¹³⁰ montre que le volume du cerveau, rapporté à la taille du corps, est plus important chez l'homme que chez la femme, un état de fait qui, selon lui, n'est pas spécifique à l'espèce humaine. Pour autant, la taille ou le poids du cerveau sont-ils réellement des indices pertinents pour caractériser le cerveau?

Les différences de volume cérébral liées au sexe sont plus marquées au niveau du cortex : si, chez les femmes les régions les plus développées sont les régions du cortex frontal et paralimbique médial ; chez les hommes ce sont les régions du cortex frontomédial, l'amygdale

¹²⁷ Seeman M.V. *The role of estrogen in schizophrenia*, Journal Psychiatry of neurosciences, vol 21, n°2, 1996

¹²⁸ Hafner H., Behrens S., De Vry J., Gattaz W.F. An animal model for the effects of estradiol on dopamine-mediated behavior: implication for sex differences in schizophrenia *Psychiatry research* 1991; 38: 125-134.

¹²⁹ Broca P. Sur le volume et la forme du cerveau suivant les individus et suivant les races in *Mémoires d'anthropologie* (vol1). Paris: Reinwald; 1861:166-7.

¹³⁰ Goldstein J.M., Seidman L.J., Horton N.J., Makris N., Kennedy D.N., Caviness V.S., Normal sexual dimorphism of the adult human brain assessed by in vivo magnetic resonance imaging *Cérébral Cortex* 2001; 11(6):490-7.

et l'hypothalamus qui sont les régions les plus volumineuses. De façon plus précise, ces régions présentant des différences morphologiques seraient sous l'influence des hormones sexuelles au moment du développement cérébral¹³¹. Ces résultats peuvent également être mis en lien avec les hypothèses neurodéveloppementales de certaines pathologies, dont la schizophrénie.

D'autre part, ces différences morphologiques sous-tendent une organisation cérébrale fonctionnelle différente ; par exemple, le fait que les femmes aient une fluence verbale plus grande que les hommes est démontré scientifiquement : les aires du langage sont plus développées¹³² que chez les hommes.

Certains auteurs, comme Kimura¹³³, proposent l'hypothèse suivante : l'organisation des fonctions cognitives serait plus asymétrique chez les hommes, qui développeraient plus spécifiquement les spécialisations hémisphériques droites (par exemple les fonctions visuospatiales, la mémoire topographique, la reconnaissance des visages). La répartition des fonctions linguistiques est plus symétrique chez les femmes, ce qui améliore leurs compétences en ce domaine.

Ainsi, au-delà des différences morphologiques cérébrales liées au sexe, il existe des différences fonctionnelles qui sont objectivables, entre autres, par les fonctions cognitives. On peut alors également s'attendre alors à des différences de genre dans le cadre de la schizophrénie.

2.1.3.3 La sexualité féminine

On ne peut parler de la femme sans évoquer la féminité et la sexualité. La question fondamentale de la féminité reste de se construire en tant que sujet prédéfini et non en comparaison constante avec le masculin. L'image du corps et la libido sont intimement liées et se structurent l'une l'autre. La particularité du corps féminin se situe "dans le dedans"¹³⁴ : "les organes génitaux sont internes, le désir s'exprime peu corporellement, le miracle de la maternité se fait à l'intérieur du corps". I. Motel¹³⁵ souligne que la femme doit trouver

¹³¹ Ibid

¹³² ibid

¹³³ Kimura D. *Sex differences in the brain* Scientific American 1992; 267 (3): 118-25

¹³⁴ Motel I. *La construction de l'identité sexuée* Thérapies psychomotrices et recherches 1999 n°119: 14-21.

¹³⁵ Ibid

l'équilibre entre son corps-contenu et son corps-contenant ; entre le dedans qui englobe "la jouissance et la fécondité" et le dehors, lieu de "séduction et de plasticité" mais indissociable du précédent. C'est dans cette oscillation constante entre le dedans et le dehors que la féminité se construit.

Enfin, il nous paraît important de souligner comment la réceptivité du corps féminin est décrite par I.Mottel : "Le sexe féminin existe dans son intériorité, il n'est pas le contraire du sexe masculin ni son absence. Les femmes fonctionnent le plus souvent par introjection de l'objet d'amour, en le faisant devenir partie de soi. Cette incorporation est réelle lors de la grossesse, objet de nombreux fantasmes dès que la petite fille prend conscience de sa capacité à porter l'autre en elle".

La physiologie féminine n'est pas très démonstrative du désir ni du plaisir sexuel ; pour la femme "L'essentiel est à l'intérieur", l'excitation n'est qu'intimement perceptible. De même, il paraît plus difficile pour la petite fille de se faire une représentation de son appareil génital et de son excitation du fait de son invisibilité ; la sexualité féminine requiert une grande implication psychique. La femme fait participer activement son Moi puisque son corps est peu expressif, cette implication est alors source de conflits internes entre les fantasmes et le sur moi, notamment en ce qui concerne les barrières éducatives et celles de la société.

Soulignons également la complexité du désir et des processus qui l'habitent.

2.1.4 La grossesse

2.1.4.1 D'un point de vue physiologique

Nous nous intéresserons ici uniquement à certaines modifications hormonales durant la grossesse, ces hormones sont produites essentiellement par le placenta. Les hormones principales pour le maintien de la grossesse sont : la progestérone, la gonadotrophine chorionique humaine (hCG), les oestrogènes et l'hormone lactogène placentaire (HLP).

L'hCG est importante au stade précoce de la grossesse, elle maintient le corps jaune en attendant que le placenta soit en mesure d'assurer la sécrétion de la progestérone et des oestrogènes.

La progestérone est "l'hormone de la grossesse" et a de nombreuses actions, notamment sur l'endomètre.

Les œstrogènes, qui nous intéressent particulièrement dans notre travail, ont des taux particulièrement élevés durant la grossesse. Les taux d'oestradiol augmentent de 100 fois pendant la grossesse. Ils stimulent la croissance de l'utérus durant la grossesse.

2.1.4.2 La relation mère-enfant pendant la grossesse

La future mère constitue tout au long de sa grossesse un lien d'influence et de dépendance réciproques avec son fœtus. On distingue les relations fœto-maternelles (du fœtus à sa mère) et les relations de la mère à son fœtus. En effet, durant la grossesse, les différents systèmes sensoriels du fœtus se développent et deviennent progressivement réceptifs¹³⁶ au cours de la vie intra-utérine, permettant au fœtus des relations avec sa mère ; il peut percevoir des sons ou des goûts, entre autres, qui pourraient même avoir une incidence sur la petite enfance¹³⁷.

La relation de la mère à son fœtus dépend davantage du psychisme que du réel. Cette sensorialité maternelle à l'égard du fœtus peut être totalement niée dans les dénis psychotiques de grossesse ou, à l'inverse, "la grossesse nerveuse" peut construire une illusion psychique et somatique de grossesse. Winnicott¹³⁸ souligne que, pendant sa grossesse, la femme "normale" traverse une crise psychique proche de la psychopathologie qui se développe graduellement pour atteindre un degré de sensibilité particulièrement accru à la fin. De plus, les contenus psychiques maternels peuvent être transmis à l'enfant au travers d'interactions précoces, tant fantasmatiques que comportementales, et avoir un caractère fondateur pour la préhistoire affective du bébé.

Monique Bydlowski¹³⁹ parle de *transparence psychique* pour qualifier une certaine "authenticité" du psychisme durant cette période de la vie. Selon l'auteur, tout se passe comme si la femme était *à priori* dans une situation d'appel à l'aide psychique, comme elle l'était à l'adolescence ; pour ces femmes, la situation de grossesse et les souvenirs infantiles semblent corrélés, sans résistance. Enfin, cette transparence est caractérisée par une grande perméabilité aux représentations inconscientes, par une certaine levée du refoulement à ce moment précis

¹³⁶ Bydlowski M *La relation foetomaternelle et la relation de la mère à son fœtus* in Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent Volume 3. Paris : Presses Universitaires de France ; 2004 : 1881-91.

¹³⁷ Schaal B. Rouby C. Le développement des sens chimiques : influences exogènes prénatales, conséquences post natales Progrès en néonatalogie 1990 ; 10 : 182-201.

¹³⁸ Winnicott D.W. *La préoccupation maternelle primaire* in De la pédiatrie à la psychanalyse. Paris : Payot ; 1956 : 168-74.

¹³⁹ *ibid*

de la vie et est le reflet de la vulnérabilité de la femme enceinte. Nous abordons ici la vie psychique maternelle cependant le père, absent du processus biologique de la grossesse, est bien sûr psychiquement mobilisé pendant cette période car envisager la grossesse d'une femme ne peut se faire sans évoquer la place du père, ou plutôt, celle de l'amant qui devient père.

L'auteur souligne également que les représentations de l'enfant à venir, les fantasmes le concernant, tiennent une place restreinte, voire nulle dans le discours spontané de la femme enceinte. En fait, il s'agit d'un intense investissement silencieux dont l'enfant est l'objet et qui permet aux fantasmes et aux remémorations d'accéder au conscient maternel et d'être témoins de l'actualisation de sa névrose infantile pendant la grossesse.

Qu'en est-il alors chez la femme schizophrène? Comment va-t-elle accueillir cette étape de la vie psychique et de quelle nature vont être ces interactions précoces avec le fœtus? Nous y reviendrons dans une partie ultérieure de notre travail.

2.1.4.3 "La constellation maternelle"

La constellation maternelle est décrite par Stern¹⁴⁰ à propos d'une organisation particulière et unique de la mère à l'occasion de la naissance d'un bébé, particulièrement un premier né. Ce processus s'inscrit plus globalement dans les processus de parentalité. Schématiquement, il s'agit d'une réorganisation de la vie psychique de la mère autour de trois préoccupations, trois discours importants qui "l'orientent plus vers sa mère et moins vers son père". La première préoccupation qu'elle a est celle de sa propre mère, en tant que mère et moins en tant que femme ou épouse. La deuxième est celle d'un discours vers elle-même, en tant que mère, plus vers les femmes en général et moins vers les hommes en général, moins vers sa carrière mais plus vers la croissance et le développement. La troisième enfin est celle privilégiant son enfant par rapport à tout le reste.

On voit ainsi se dessiner une nouvelle triade psychique selon un axe matrilineaire. Selon Stern, durant la période de cette constellation maternelle, les triades oedipiennes, même si elles demeurent importantes, n'occupent plus une place centrale. Ainsi, cette proposition de

¹⁴⁰ Stern D. *La constellation maternelle* in *La constellation maternelle*. Calman Lévy ;1997 : 223-247.

Stern s'oppose à celle de Freud, que l'on pourrait qualifier dans ce contexte, de "patrilinéaire". Cependant, elle s'articule parfaitement au sein de notre réflexion sur la place de la femme dans la société et au sein de "sa" société, sa famille, on retrouve l'importance de la filiation que nous avons envisagé à l'adolescence et enfin on peut s'interroger sur l'écho que peut avoir ce concept de constellation maternelle chez la femme malade mentale.

2.1.5 La ménopause

2.1.5.1 D'un point de vue physiologique

La ménopause, du grec *men* : *mois* et *pausis* : *cessation*, correspond à la cessation de l'ovulation chez la femme, caractérisé par l'arrêt définitif des menstruations¹⁴¹. La femme ne produit plus de follicule et n'en possède plus, soit ils ont été utilisés pour les cycles ovariens, soit ils ont dégénéré par le phénomène d'atrésie folliculaire. Ce phénomène est observé de façon similaire chez l'homme avec une baisse des taux de testostérone : c'est l'andropause.

On distingue plusieurs phases : la péri ménopause, période transitionnelle après l'arrêt des dernières menstruations qui voit apparaître les perturbations hormonales annonciatrices ; en effet, il existe à cette période, une hyperoestrogénie relative précédant et la ménopause confirmée caractérisée par des taux sériques d'oestradiol très bas.

L'âge moyen de survenue de la ménopause est 45 ans et elle peut s'accompagner d'une symptomatologie en lien avec la défaillance ovarienne : troubles vasomoteurs (bouffées de chaleur, sueurs, palpitations) et des troubles psychiques aspécifiques (insomnie, asthénie, irritabilité, anxiété, dépression).

Dans le cadre de notre travail, nous pouvons constater que d'une part, cette période de la ménopause qui marque la fin de l'activité génitale d'une femme s'accompagne d'une baisse des taux oestrogéniques et de troubles psychiques aspécifiques chez la femme "normale" ; et d'autre part, dans le cadre qui nous importe, c'est-à-dire celui de la schizophrénie, cette même période s'accompagne d'un second pic d'incidence de la maladie.

¹⁴¹ Dictionnaire Le petit Larousse op. cit.

2.1.5.2 Représentation psychosociale de la ménopause

Les représentations sociales de la ménopause présentent de grandes différences selon les cultures. Des enjeux sociaux importants viennent s'y inscrire, autour du statut de la femme, de la fonction de reproduction qu'elle occupe et récemment, dans les sociétés occidentales, autour de son autonomie.

Le XIX^{ème} siècle donnait une vision peu colorée de la ménopause. Pour Charles Prosper Narcisse de Gardanne¹⁴², créateur du terme de ménopause en 1824, "La femme devient morose, inquiète et taciturne ; elle regrette sans cesse des jouissances qui ne sont plus de son âge". Simone de Beauvoir¹⁴³, un siècle plus tard nous propose un discours féministe engagé : "La femme est brusquement dépouillée de sa féminité : c'est encore jeune qu'elle perd l'attrait érotique et la fécondité d'où elle tirait, aux yeux de la société et à ses propres yeux, la justification de son existence et ses chances de bonheur : il lui reste à vivre, privée de tout avenir, environ la moitié de sa vie d'adulte".

Selon H. Deutsch¹⁴⁴, la ménopause se passe sous le signe d'une humiliation narcissique difficile de surmonter, les processus psychologiques prenant ensuite la forme d'un appel au secours qui permet à la femme de continuer à éprouver sa vie. Elle assimile alors cette période de la vie de la femme à une "seconde puberté" caractérisée par toutes sortes de "bizarreries dans la conduite" et ainsi à une troisième édition de la période infantile décrite par Freud (la seconde étant l'adolescence selon l'auteur). Elle¹⁴⁵ décrit un transfert de l'amour tendre, et ses adjonctions sexuelles inconscientes, que l'enfant porte à ses parents, vers les enfants ; par exemple, tout ce que la fillette a estimé et attendu chez son père, y compris la composante sexuelle, se trouve alors conféré au fils.

Dans le cadre de notre sujet, nous avons envisagé deux périodes d'incidence plus forte de la schizophrénie chez les femmes : la puberté et la ménopause ; on peut alors associer cet apport d'H. Deutsch et proposer une vision pubertaire de la schizophrénie à début tardif.

¹⁴² Dictionnaire historique de la langue française Op. cit

¹⁴³ Beauvoir S. *Le deuxième sexe*. Paris : Gallimard ; 1976 : 456-68.

¹⁴⁴ Deutsch H. *La ménopause* (1925) in *La psychologie des femmes* volume II. Paris : Presses Universitaires de France ; 1973 : 391-418.

¹⁴⁵ Ibid

2.2 D'un point de vue sociologique et historique

Le mot¹⁴⁶ *femme* est issu du participe présent passif latin *femina* qui signifie " qui est sucée, qui allaite" (début du X^{ème} siècle) et se rattache à une racine indo européenne *Dhé* "téter" comme dans *fellarer* "sucrer" (fellation) ou encore *felix* "heureux (félicité). *Femina* a d'abord le sens de femelle d'animal puis de femme et épouse ; il a concurrencé *mulier* "femme" qui a donné l'italien *moglie*, l'espagnol *mujer*, l'ancien français *moïler* (jusqu'à la fin du XIV^{ème} siècle) et *uxor* "épouse" qui a donné en ancien français *oissour*, attesté jusqu'à la première partie du XIII^{ème} siècle.

Le mot *femme* est ainsi connu depuis la fin du X^{ème} siècle pour désigner un être humain de sexe féminin et s'est ensuite employé (1829) en parlant de la femelle d'un animal. Le mot entre au fil des siècles dans de nombreux syntagmes plus ou moins figés, qui sont le reflet du statut de la femme dans la société ; citons pour exemple : *bonne femme* (1668) qui désignait jusqu'au XIX^{ème} siècle une femme pleine de bonté ou une femme un peu âgée, le syntagme est devenu (1926) un équivalent familier de femme. Le dictionnaire historique de la langue française relève également, au XIX^{ème} siècle *maîtresse femme* (1865) et *femme de lettres* (1872).

Un rapide rappel historique sur la place des femmes dans les différentes sociétés¹⁴⁷ nous paraît important afin de mieux comprendre comment les femmes, après avoir été longtemps cantonnées à la sphère privée où les retenaient les tâches domestiques et familiales, ont peu à peu investi l'espace public et réussi à conquérir d'autres rôles, entraînant ainsi une redéfinition des rapports au sein du couple et de la famille.

2.2.1 Les femmes dans l'Antiquité

Pour les législateurs grecs et romains, la femme ne possède aucun droit civique ni ne peut participer à la vie de la cité. Elle est d'abord et avant tout, celle qui donne un héritier à la

¹⁴⁶ Rey A Dictionnaire historique de la langue française

¹⁴⁷ "femmes, histoire des" Encyclopédie Microsoft ® Encarta ® en ligne 2006 <http://fr.encarta.msn.com>©1997-2006 Microsoft Corporation

famille. A Rome, son statut civil est déterminé par le rôle qui est le sien, relativement à l'homme : *puella, virgo* : la jeune fille ; *uxor* : l'épouse ou encore *matrona, materfamilias* : la mère de famille.

Certaines femmes peuvent cependant jouer un rôle non négligeable dans la cité, en servant de prêtresse ; c'est le cas de la pythie de Delphes ou des vestales à Rome. La prêtrise est déléguée aux femmes non pas par privilège, mais plutôt par crainte du danger que représente le contact avec le sacré. La condition liminaire à la prophétie est la pureté, l'innocence et donc, selon les valeurs de l'époque, la virginité.

2.2.2 Les femmes chrétiennes de l'époque médiévale à l'époque moderne

Entre la fin de l'empire romain et le XIII^{ème} siècle, la religion occupe une place importante dans la société et l'image d'Ève s'impose dans les mentalités. La femme est la cause du péché originel et doit être soumise à l'autorité masculine, l'homme, qui a été créé le premier par Dieu et de surcroît, à son image. Dans ce système de pensée, seules les vierges, les veuves et les saintes sont véritablement valorisées. Ensuite, à partir des XII^{ème} et XIII^{ème} siècles, avec l'émergence de la figure de Madeleine qui rachète son passé de pécheresse, la bonne épouse et mère acquiert une place dans la société. La bonne épouse et mère est celle qui respecte les interdits sexuels imposés par l'Eglise, elle enseigne la foi à ses enfants et doit leur donner le bon exemple de vie soumise au mari. La femme a donc un rôle social dans la société. Notons que les témoignages sur les femmes au Moyen Age sont indirects et potentiellement tronqués puisque ce sont ceux que les hommes nous ont laissés. Nous avons déjà évoqué dans la première partie de notre travail, comment certaines femmes jugées "hors normes" par la société pouvaient en être exclues, voire aller dans les cas extrêmes, jusqu'aux procès de sorcellerie ; nombre de femmes que l'on dirait aujourd'hui schizophrènes ont ainsi pu être brûlées car jugées coupables de sorcellerie.

Au cours du XVIII^{ème} siècle, la fonction maternelle prend de l'importance ; les philosophes des Lumières s'émeuvent de la mortalité infantile, qui était jusque-là acceptée avec résignation (et non pas indifférence) par soumission à la volonté divine. Dès lors, les femmes commencent à être vénérées en tant que mères au service des enfants. L'amour maternel, vu comme consécration totale de la mère à l'enfant devient une valeur de civilisation et un code de bonne conduite. En 1762, Jean-Jacques Rousseau montre son intérêt pour l'éducation des

femmes. Il écrit, dans *Émile ou De l'Éducation* (livre V) ¹⁴⁸ que "plaire aux hommes, leur être utile, se faire aimer et honorer d'eux, les élever jeunes, les soigner grands, les conseiller, les consoler, leur rendre la vie agréable et douce, voilà les devoirs des femmes dans tous les temps et ce qu'on doit leur apprendre dès l'enfance". Il cautionne également la théorie des "deux sphères" : à l'homme la "sphère publique", le travail professionnel, la gestion de la cité ; à la femme, la "sphère privée", le travail domestique, la gestion du ménage, les tendres soins des corps et des cœurs ¹⁴⁹.

Les veuves restent valorisées dans le discours chrétien car elles entretiennent la mémoire de leur défunt, en adressant des prières pour leur âme, mais surtout parce qu'elles sont revenues à l'état de chasteté qui est loué par l'Église. La femme chrétienne demeure exclue du champ politique. La loi salique, qui exclut les femmes de la succession au trône, en est une illustration. Mais, progressivement, les femmes assistent aux assemblées de village, voire aux assemblées provinciales.

2.2.3 Les femmes depuis l'époque contemporaine

Après la Révolution Française, et ce en lien avec la déchristianisation de la société, des évolutions notables modifient la vie quotidienne et l'image de la femme. La Révolution Française a vu l'émergence de discours féministes, dénonçant l'inégalité entre les hommes et les femmes ; en 1791, Olympe de Gouges revendique l'extension aux femmes de la Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen, et, de manière plus générale, les femmes participent largement aux mouvements révolutionnaires et sociaux. Citons quelques noms de femmes engagées, George Sand, Simone de Beauvoir ou encore Louise Michel, figure majeure de la Commune de Paris, qui est exilée en Nouvelle-Calédonie, au bagne de l'île de Nou. L'ironie du sort veut que les vestiges du bagne abritent actuellement le Centre Hospitalier Spécialisé de Nouméa.

Les femmes participent dans un premier temps à des œuvres d'assistance et de charité puis, avec l'expansion économique des *trente glorieuses*, le rapport des femmes au travail change également. Les emplois attrayants sont multipliés, assortis de congés payés, de promotions, de

¹⁴⁸ Rousseau J.J *Émile ou de l'éducation* cité dans "femmes, histoire des" ibid

¹⁴⁹ Kniebihler Y. Histoire des mères et de la maternité en occident. Paris : Presses universitaires de France ; 2000.

pensions de retraite ou encore de formation continue. Les femmes sortent ainsi progressivement de la vie privée et l'on assiste à un renversement des valeurs. Les modifications intervenues dans le droit civil depuis les années 60 aboutissent aujourd'hui à une quasi-égalité des sexes : les femmes obtiennent le droit de vote en France en 1944, le droit aux moyens contraceptifs et à l'avortement en 1975, (ce qui permet de manière parallèle, une maîtrise de la fécondité), et en 1985, l'égalité des époux dans la gestion du patrimoine familial. Ainsi, la place des femmes dans la société actuelle permet à chacun, homme ou femme, de pouvoir s'épanouir dans les différents domaines. Les discours féministes des années 1970 qui dénoncent "l'exploitation scandaleuse" des femmes par les hommes, ont trouvé écho dans différents milieux, y compris les plus conservateurs. À l'extrême, la nouvelle image de référence des femmes est désormais la "active woman" indépendante, qui gagne sa vie et s'épanouit dans une activité professionnelle à son goût. La maternité se justifie alors comme "un épanouissement narcissique du moi féminin¹⁵⁰" ; la vie privée des femmes s'individualise. Cependant, selon Y. Knibiehler, ce nouveau modèle dévalue la vie de couple. Les femmes célibataires revendiquent l'enfantement, les épouses ne supportent plus les abus de pouvoir du mari, battues, trompées ou tout simplement déçues, les demandes de divorces sont de plus en plus nombreuses. Quelle est la juste place du père? Les pouvoirs publics cherchent alors le moyen de réhabiliter la famille et essaient d'aider les couples à "concilier" leur vie privée et leur vie professionnelle. Mais la vie privée ne relève pas seulement de mesures gouvernementales ; le logis le plus modeste constitue un lieu d'identification et d'attachement pour ceux qui l'habitent, et plus encore pour celle qui en est l'âme, c'est aussi le cadre de relations privilégiées. Ainsi, selon Yvonne Knibiehler, la vie privée des femmes a quelque chance d'être réinventée dans les années à venir.

¹⁵⁰ Ibid

Au terme de cette seconde partie, nous avons décrit succinctement les différentes périodes importantes de la vie d'une femme d'un point de vue physiologique psychopathologique et social.

Nous avons retracé, par le biais de l'enfance, les différents stades libidinaux décrits par Freud afin de percevoir les processus mis en œuvre dans la construction de l'identité sexuée de la femme ; la vision de la femme en opposition par rapport à l'homme qu'il apporte nous a incité à recherché les points de vue d'autres auteurs, qui divergent avec Freud mais qui nous semblent importants à considérer.

Nous nous sommes penchés ensuite sur les effets des œstrogènes, hormones féminines par excellence, qui ont un rôle prouvé sur le cerveau de la femme ; ces éléments neurobiologiques entrent en résonance directe avec la vision neuroscientifique de la schizophrénie et nous permettent d'envisager une passerelle entre la schizophrénie chez la femme et la protection qui lui est accordée par une couverture oestrogénique durant sa période d'activité génitale.

Nous avons évoqué également les processus de grossesse et de maternité chez la femme, au titre de la spécificité féminine, ainsi que l'évolution de la place de la femme dans la société.

On peut donc voir ainsi se dessiner la spécificité féminine, depuis une vision individuelle vers une vision plus familiale et qui trouve alors sa continuité avec un regard social et la place de la femme dans la société.

3. SPECIFICITES DE LA SCHIZOPHRENIE CHEZ LES FEMMES

Nous avons déjà abordé successivement la schizophrénie, avec une approche historique et scientifique, puis la question de la femme, dans des dimensions médicales, psychologiques et sociales. Au gré de nos lectures et réflexions, la confrontation de ces différentes approches nous conforte dans l'idée que la schizophrénie, concept médical à priori asexué peut présenter des spécificités en fonction du genre.

Si cette conception de " schizophrénie au féminin" a été considérée pendant longtemps comme atypique, voire inexistante ; elle a pris de l'envergure lors de ces dernières décennies et se voit maintenant reconnue. Cette reconnaissance ne peut, ni se doit d'être nosographique, il s'agit plutôt de l'existence d'une spécificité liée à la femme autour de certaines particularités de la maladie. Nous pouvons à ce propos remarquer que les auteurs de la dernière édition de la classification internationale américaine Manuel Diagnostic des Troubles Mentaux¹⁵¹ (DSM-IV TR), édition datée de 2003, accordent une part de plus en plus importante à ces spécificités. D'autre part, afin d'alimenter et de construire cette réflexion, s'est tenu en 2001 le premier congrès mondial de santé mentale chez les femmes, la troisième édition est prévue en 2008.

Nous proposons donc rapporter ici, sous forme d'une revue de la littérature actuelle, les différences que l'on peut percevoir, d'un point de vue pragmatique, dans le cadre de la schizophrénie chez les femmes ; notre propos étant de proposer des données pratiques, afin d'orienter le regard du clinicien sur ces patientes. Nous aborderons ainsi dans un premier temps les spécificités épidémiologiques et cliniques de la schizophrénie chez les femmes ; nous évoquerons ensuite les particularités de la sexualité, de la grossesse et de la maternité que le praticien peut être amené à rencontrer chez ces patientes ; enfin nous envisagerons certains des aspects thérapeutiques de cette prise en charge. Nous serons alors amenés, au détour de certains éléments, d'envisager des questions d'ordre éthique.

¹⁵¹ DSM-IV TR Op. cit.

3.1 Données épidémiologiques de la schizophrénie

La prévalence de la schizophrénie dans la population générale est globalement de 1%¹⁵² ; ce taux semble stable depuis plus de 50 ans et ce, quel que soit le pays ou la culture. Cependant, lorsqu'il s'agit d'évoquer le ratio homme/femme dans le cadre de la schizophrénie, on constate que les données, assez peu nombreuses, varient considérablement dans la littérature. Il se dégage néanmoins une prédominance des hommes dans la majorité des études¹⁵³. L'une des raisons identifiée, après analyse de ces données, est une sur-représentation de la population masculine jeune et une sous-représentation des cas de schizophrénie à début tardif chez les femmes.

Hafner¹⁵⁴ propose de s'intéresser au taux d'incidence cumulé, c'est-à-dire le taux d'incidence des premières admissions, cumulant les patients de 12 à 59 ans ; ce taux d'incidence cumulée représente, selon lui, un meilleur indicateur du risque de développer la maladie au cours de la vie. Les résultats montrent alors que la majorité des hommes qui sont hospitalisés pour schizophrénie le sont avant l'âge de 35 ans. Les femmes ont le même taux global d'hospitalisation, mais la répartition au cours de la vie est plus hétérogène et beaucoup moins marquée dans la première partie de vie. Ainsi, pour l'auteur, la prévalence globale de la schizophrénie dans la population générale est de 1,3%, avec des variations concernant l'âge de la première hospitalisation selon le sexe. Nous proposons de développer ces variations à l'occasion des modalités d'entrée dans la maladie.

¹⁵² Hafner H. Heiden W. *Epidemiology of schizophrenia* Canadian Journal of psychiatry 1997 ; 42 : 139-51.

¹⁵³ Hafner H. *Gender differences in schizophrenia* Psychoneuroendocrinology 2003 ; 28 : 17-54.

¹⁵⁴ *ibid*

3. 2 Modalités d'entrée dans la maladie

Dans cette étude¹⁵⁵, Hafner regroupe divers travaux concernant les différences liées au sexe dans le diagnostic et la symptomatologie du premier épisode de la maladie. De manière générale, les auteurs s'accordent pour distinguer deux phases dans le début de la maladie schizophrénique :

- La phase prodromique, qui se situe entre l'éclosion du premier signe en faveur de la maladie et le premier symptôme psychotique avéré. La durée moyenne de cette phase est de 5 ans. Cette phase est généralement retrouvée ou étudiée de manière rétrospective puisqu'elle n'engendre que rarement une consultation spécialisée ou un suivi.
- La phase prépsychotique, débute avec ce premier élément isolé psychotique avéré, et dure jusqu'à l'acmé du premier épisode psychotique. On considère que l'acmé de la phase prépsychotique est marquée par la première hospitalisation, critère plus facile à objectiver. La durée moyenne de cette phase est alors de 1,3 années¹⁵⁶.

L'auteur rapporte une analyse des critères cliniques relevés lors de la première hospitalisation, sans tenir compte de l'âge du patient. Ces critères sont rapportés par les patients et ne remettent pas en cause le diagnostic de schizophrénie. Parmi neuf des dix symptômes les plus fréquents rapportés par les patients lors de leur première hospitalisation, il n'y a pas de différence significative entre hommes et femmes. Le seul symptôme qui est significativement plus fréquent chez les femmes est l'anxiété, ce qui, d'après l'auteur est plus une caractéristique liée au sexe féminin en général que lié à la schizophrénie ; ceci s'intègre alors dans le sens d'une vision féminine de la schizophrénie.

Une autre étude, nous précise que la phase prodromique dure presque deux fois plus longtemps pour les femmes que pour les hommes ; que la durée de la psychose non traitée ne semble pas différente selon le sexe ; et que l'intervalle entre le premier signe comportemental

¹⁵⁵ Op.cit.

¹⁵⁶ Hafner H. Nowotny B. *Epidemiology of early-onset schizophrenia* European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience 1995 ; 245 : 80-92.

et le premier traitement, qui correspond à la phase prépsychotique, est en moyenne de six ans chez les hommes et de neuf ans chez les femmes¹⁵⁷.

Nous n'avons pas la notion, dans les articles proposés, d'une clinique spécifique du premier épisode psychotique, sinon des modulations cliniques globales chez les femmes par rapport aux hommes que nous allons exposer.

3.2.1 Facteurs d'adaptation prémorbide

On considère parmi les facteurs d'adaptation prémorbide, le fonctionnement émotionnel, social et psychologique de la personne avant la première hospitalisation, facteur objectif de décompensation.

Une étude de Salokangas¹⁵⁸ évalue les conditions développementales (physiques, psychologiques, sociales et familiales) dans l'enfance de 175 patients schizophrènes suivis pendant 8 ans ; les données de son analyse ont montré que, avant l'âge adulte, la moitié (50%) des patients a montré une tendance au retrait social (isolement sur soi, pauvreté des liens interrelationnels) alors que l'autre moitié a présenté des symptômes névrotiques francs. L'isolement socio affectif était plus courant chez les hommes que chez les femmes ; alors que concernant les symptômes névrotiques, l'inverse n'est pas vrai. De manière plus globale, ce sont surtout les désordres comportementaux et les comportements asociaux pendant l'adolescence (absentéisme scolaire, fugues, vols, abus de toxiques) qui étaient plus communs chez les jeunes hommes.

Les résultats de Hafner¹⁵⁹ sont concordants avec les précédents : les garçons présentent une tendance aux conduites antisociales plus marquée que les filles, et ces troubles s'accompagnent plus fréquemment d'un trouble de la personnalité de type schizoïde¹⁶⁰. Les femmes, malgré davantage de troubles d'allure pseudo névrotique, faits de timidité et de repli

¹⁵⁷ Cohen R.Z., Gotowiec A., Seeman M.V. *Duration of treatment phases in schizophrenia : women and men* Canadian journal of psychiatry 2000 ; 45(6) : 544-7.

¹⁵⁸ Salokangas R. *Pronostic implications of the sex of schizophrenic patients* British Journal of Psychiatry 1983 ; 142 : 145-51.

¹⁵⁹ Op. cit.

¹⁶⁰ Wolff S., Chick J. *Schizoid personality in childhood : A controlled full up study* Psychological medicine 1980 ; 10 : 85-100.

social, conservent pendant longtemps une meilleure adaptation apparente. Les troubles cognitifs semblent moins importants, le niveau scolaire plus élevé et les femmes ont plus fréquemment un emploi stable¹⁶¹. En ce qui concerne le mariage, 40% des femmes sont mariées à la première admission versus 30% des hommes, Pinel avait-il raison? Est ce le mariage qui préserve de la maladie ou bien ces chiffres sont-ils le reflet d'autres facteurs qui font que la femme est relativement mieux insérée socialement que l'homme avant l'entrée dans la maladie?

On peut percevoir un aspect très social à ces descriptions : l'homme qui présente des comportements antisociaux au regard de la société, est également celui qui est hospitalisé le plus précocement dans l'évolution de la maladie. La femme, plutôt introvertie, qui "dérange" moins la société, est hospitalisée plus tardivement. Dans cette hypothèse d'une définition sociale, la maladie est déterminée par la relation à autrui et par la place qu'elle occupe dans la société, rejoignant ainsi la description classique de la folie faite par nos aînés.

3.2.2 Age de début de la maladie

Comme nous l'avons déjà évoqué, il existe des différences concernant l'âge d'entrée dans la schizophrénie selon le sexe. Selon le DSM-IV TR¹⁶², l'âge modal se situe entre 18 et 25 ans chez les hommes, et entre 25 et 35 ans chez les femmes. La revue de littérature proposée par Hafner¹⁶³ propose une moyenne de 3,4 années d'écart entre les hommes et les femmes ; avec selon lui, une distribution au sein des courbes d'entrée dans la maladie qui diffère. Elle est unimodale chez les hommes, alors qu'elle est bimodale chez les femmes : chez 3 à 10% d'entre elles, l'âge de début se situe après 45 ans, on parle alors de schizophrénie à début tardif (diagnostic décrit mais non reconnu en tant que tel par les auteurs du DSM-IV TR comme nous l'avons déjà souligné).

¹⁶¹ Seeman M.V. *Women and schizophrenia* Medscape women's health 2000 ; 5(2) : 1-8.

¹⁶² American Psychiatric Association, traduit par Guelfi D., *Manuel Diagnostique des Troubles Mentaux. 4^{ème} édition Texte Révisé*. Paris : Masson ; 2003 : 343-69.

¹⁶³ Op. cit.

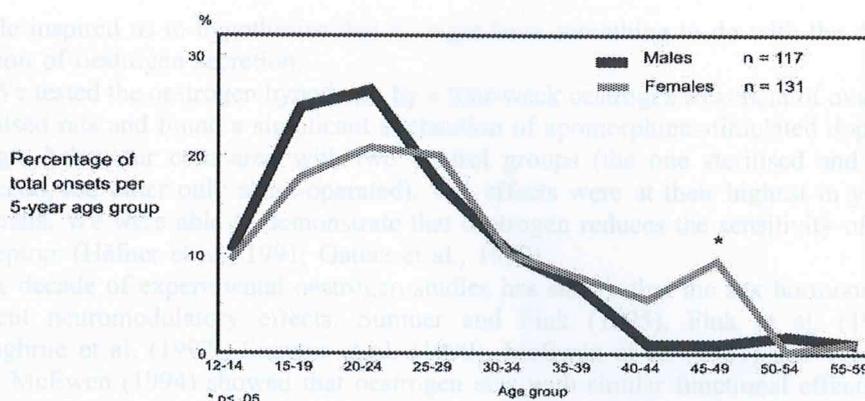


Fig. 4. Distribution of age at onset of schizophrenia (first ever sign of mental disorder) by sex, ICD 9: 295, 297, 298.3 or 298.4), ABC schizophrenia study. Source: Häfner et al., 1993b.

Cette notion d'âge de début de la maladie variable selon le sexe semble modulable avec les antécédents familiaux de schizophrénie. En effet, selon M.V. Seeman¹⁶⁴ et M. Alda¹⁶⁵, au sein d'une famille comportant plusieurs schizophrènes, de plusieurs générations différentes, il n'y a pas de différence patente concernant l'âge de début de la maladie entre les sexes. M.V. Seeman s'interroge sur ce résultat : ne s'agit-il pas, en réalité de familles connues et suivies par les secteurs de psychiatrie, ce qui permet de poser le diagnostic et de proposer une prise en charge de manière plus précoce?

Une étude menée en Finlande¹⁶⁶ confirme que les hommes ont un âge d'entrée dans la maladie plus précoce, mais précise que cela n'est applicable que dans les formes de schizophrénies de type paranoïde ; et, au sein de ce sous-type de schizophrénie, uniquement chez les patients admis pour la première fois après l'âge de 30 ans. Ceci suggère ainsi qu'il n'y aurait pas de différence d'âge d'entrée dans la maladie selon le sexe dans les schizophrénies à début précoce; mais que, dans le cadre des schizophrénies à début tardif de type paranoïde, la maladie se manifeste plus tardivement chez les femmes. Cette étude précise également un statut social, marital et scolaire, de meilleure qualité chez les femmes schizophrènes avant la première hospitalisation.

¹⁶⁴ Seeman M.V. *Women and schizophrenia* Medscape women's health 2000 ; 5(2) : 1-8.

¹⁶⁵ Alda M., Ahrens B., Lit W. *Age of onset in familial and sporadic schizophrenia* Acta Psychiatrica Scandinavica 1996 ; 93 : 447-50.

¹⁶⁶ Salokangas R., Honkonen T., Saarinen S. Women have later onset than men in schizophrenia but only in its paranoid form. Results of the DSP project European Psychiatry 2003 ; 18 : 274-81.

D'autre part, nous avons déjà évoqué précédemment l'hypothèse de protection des œstrogènes dans la schizophrénie. Selon différentes études, l'âge de début de la maladie est en lien avec la puberté¹⁶⁷ ; et, plus la ménarche est précoce, plus l'âge d'entrée dans la maladie est tardif¹⁶⁸. Ces résultats ne sont pas retrouvés chez les hommes : la liaison entre le début de la puberté et l'âge d'entrée dans la maladie pouvant même être inversée selon les auteurs¹⁶⁹.

Ainsi, selon cette hypothèse, le climat oestrogénique présent dès la puberté chez les femmes aurait des effets retardateurs sur l'aube de la schizophrénie chez les femmes ; nous l'avions déjà envisagé précédemment par leur action régulatrice au niveau des récepteurs dopaminergiques cérébraux ainsi que les interactions possibles entre l'oestradiol et les connexions synaptiques au niveau cérébral.

Signalons enfin que les études ne font pas état des psychoses puerpérales dans leur analyse critique et s'intéressent uniquement aux cas de schizophrénies avérées.

¹⁶⁷ Cohen R., Seeman M.V., Gotowiec A., Kopala L. *Earlier puberty as a predictor of later onset of schizophrenia in women* American Journal of Psychiatry 1999 ; 156 : 1059-64.

¹⁶⁸ Hochman K., Lewine R. *Age of menarche and schizophrenia onset in women* Schizophrenia research 2004 ; 69 : 183-88.

¹⁶⁹ *ibid*

3.3 Clinique de la schizophrénie à la phase d'état

La présentation clinique de la schizophrénie n'est ainsi pas strictement identique chez les hommes et chez les femmes. Nous avons déjà évoqué, dans une partie précédente de notre travail, les critères diagnostics de la schizophrénie selon le DSM-IV TR ou la CIM 10 ; insistons sur la même entité nosographique, notre propos étant plutôt de nous intéresser aux signes cliniques observables à la phase d'état de la maladie qui peuvent varier selon le sexe des patients.

3.3.1 Expression symptomatique de la maladie

Selon le DSM-IV TR¹⁷⁰, les femmes schizophrènes ont tendance à présenter plus de symptômes affectifs, plus d'idées délirantes de persécution et d'hallucinations, alors que les hommes ont tendance à exprimer plus de symptômes négatifs (émoussement de l'affect, perte de volonté, retrait social).

Pour M.V. Seeman¹⁷¹, une note thymique est plus fréquente chez la femme, particulièrement à tonalité dépressive et les hommes présentent plus souvent des symptômes d'ordre négatifs tels que : l'isolement social, la pauvreté du discours ou encore un émoussement de l'affect. Ceci est en accord avec des études, déjà menées par Goldstein¹⁷², qui mettaient en évidence une corrélation positive entre, d'une part une symptomatologie négative chez les hommes, allant jusqu'à l'hébéphrénie, et d'autre part, une symptomatologie dépressive associée chez les femmes. Cependant, si la majorité des études^{173,174,175} s'accordent sur des scores plus élevés chez les hommes lors de la passation de l'échelle d'appréciation des symptômes négatifs (*Scal for the Assessment of Negative Symptoms* : SANS) ; il n'y a pas de différence significative entre hommes et femmes concernant passation de l'échelle d'appréciation des symptômes positifs (*Scal for the Assessment of Positive Symptoms* : SAPS).

¹⁷⁰ Op. cit.

¹⁷¹ Seeman M.V. Op. Cit.

¹⁷² Goldstein J.M., Link B.G. *Gender and the expression of schizophrenia* Journal of psychiatric research 1988 ; 22(2) : 141-55.

¹⁷³ Seeman M.V. Op. Cit.

¹⁷⁴ Goldstein J.M., Op.cit.

¹⁷⁵ Atalay F. Atalay H. *Gender differences in patients with schizophrenia in terms of sociodemographic and clinical characteristics* German Journal of Psychiatry 2006 ; 9 : 41-7.

Néanmoins, Goldstein¹⁷⁶ souligne que les femmes sont plus sujettes aux formes cliniques caractérisées par des idées délirantes de persécution et une dysphorie, M. Leboyer¹⁷⁷ met également en évidence cette prépondérance des idées délirantes de persécution ; enfin Atalay¹⁷⁸ évoque une différence significative autour des sous-types cliniques de la schizophrénie en fonction du genre : selon lui, les femmes présentent de manière plus fréquentes des schizophrénies de type paranoïde, alors que les hommes sont plus fréquemment touchés par les formes désorganisées.

Nous avons déjà envisagé, dans la première partie de notre travail, des différences neuroanatomiques cérébrales entre l'homme et la femme, de surcroît chez les sujets schizophrènes et l'apport des neurosciences en la matière. Les troubles du langage dans la schizophrénie sont en lien direct avec ces perturbations cérébrales ; une étude récente¹⁷⁹ a proposé une analyse de trois composantes du langage : la phonologie, la grammaire, et la sémantique, chez des patients schizophrènes (hommes et femmes) et chez des patients témoins (hommes et femmes). Les résultats montrent que le langage est plus perturbé chez les hommes schizophrènes que chez les femmes : en effet, les trois composantes étudiées (phonologie, grammaire et sémantique) sont perturbées de manière significative chez les hommes par rapport aux témoins ; alors que chez les femmes, il n'y a pas de différence significative entre les femmes schizophrènes et les témoins, quelle que soit la variable analysées. Ceci est donc le reflet d'un meilleur fonctionnement global du langage chez la femme schizophrène, par rapport à l'homme, et d'une fonction langagière globalement préservée.

Citons également une étude de M. Plaze¹⁸⁰ qui met en évidence une corrélation négative entre la sévérité des hallucinations auditives et la perception sonore du monde extérieur. En effet, le

¹⁷⁶ Goldstein J.M., Santangelo S.L., Simpson J.C., Tsuang M.T. *The role of gender in identifying sub-types of schizophrenia : a latent class analytic approach* Schizophrenia Bulletin 1990 ; 16(2) : 263-75.

¹⁷⁷ Leboyer M., des Lauriers A. *Schizophrénies féminines : Mythe ou réalité?* Neuro-Psy 1993 ; 8(6) : 286-91.

¹⁷⁸ Atalay F. Atalay H op.cit.

¹⁷⁹ Walder D., Seidman L., Cullen N., Su J., Tsuang M.T., Goldstein J.M. *Sex differences in language dysfunction in schizophrenia* American Journal of Psychiatry 2006 ; 163 : 470-7.

¹⁸⁰ Plaze M., Bartres-Faz D., Martinot J.L., Januel D., Bellivier F., De Beaupaire R., et al *Left superior temporal gyrus activation during sentence perception negatively correlates with auditory hallucination severity in schizophrenia patients* Schizophrenia research 2006 ; 87 : 109-15.

cortex temporal supérieur droit, qui abrite les aires du langage, est activé par les hallucinations auditives et verbales des patients schizophrènes ; l'auteur montre que plus les hallucinations sont envahissantes, moins le sujet perçoit l'acoustique du monde extérieur et confirme ainsi que les mêmes régions cérébrales sont activées dans les deux processus et que ces hallucinations tiennent ainsi place au sein des aires cérébrales du langage.

Dans le cadre de notre travail, cette étude nous permet de mettre en lien d'une part les différences morphologiques cérébrales car nous savons que les femmes possèdent des aires langagières plus développées que les hommes¹⁸¹ ; et d'autre part la présentation clinique de la schizophrénie qui est plus fréquemment de type paranoïde chez la femme, donc avec plus de manifestations hallucinatoires auditives et verbales.

3.3.2 Evolution de la maladie

Des données comparables sont rapportées par différentes études^{182,183} ; en ce qui concerne les durées d'hospitalisations des patients. Les hommes sont hospitalisés de manière plus fréquente que les femmes et les durées de séjour sont significativement plus longues¹⁸⁴ ; avec une amélioration des troubles plus rapide chez les femmes¹⁸⁵. Ces différences, en terme de nombre et de durée d'hospitalisations, semblent d'autant plus importantes que le patient se situe dans les premières années d'évolution de la maladie ; en effet, les écarts entre les durées moyennes de séjour des hommes et des femmes se réduisent avec l'âge. Les auteurs du DSM-IV TR¹⁸⁶ font également état de ces différences liées au genre dans leurs commentaires à propos de la schizophrénie chez les femmes.

Atalay suggère que la plupart des échantillons des études sus citées ne comportent pas des patients de tous les âges, et que les patientes atteintes de schizophrénies à début tardif seraient alors sous représentées ; il remet ainsi en question la validité des résultats. De plus selon lui, les hommes auraient besoin de reprendre leurs fonctions sociales dès la sortie

¹⁸¹ Goldstein J.M. Op. cit.

¹⁸² Angermeyer M.C., Kuhn L., Goldstein J.M. *Gender and schizophrenia : differences in treated outcome* Schizophrenia Bulletin 1990 ; 16 (2) : 293-309.

¹⁸³ Atalay F. Atalay H. Op.cit.

¹⁸⁴ Usall J., Haro J.M., Ochoa S., Marquez M., Araya S. *Influence on gender on social outcome of schizophrenia* Acta Psychiatrica Scandinavica 2002 ; 106 : 337-42.

¹⁸⁵ Angermeyer M.C., Goldstein J.M., Kuhn L. *Gender differences in schizophrenia : rehospitalization and community survival* Psychological medicine 1989 ; 19(2) : 365-82.

¹⁸⁶ Op. cit.

d'hospitalisation, tandis que les femmes se permettraient plus volontiers une période de "convalescence" après la sortie de l'hôpital ; Salokangas¹⁸⁷ relève d'ailleurs que les hommes sont nettement plus handicapés sur le plan de l'ajustement social et de la capacité fonctionnelle, incluant la capacité à conduire une vie indépendante et à prendre soin d'eux. De plus, soulignons que les troubles du comportements intercurrents (conduites addictives, impulsivité, passages à l'acte auto ou hétéro agressifs) sont d'une part plus fréquents chez les hommes, et d'autre part semblent moins bien tolérés par leur entourage socio familial¹⁸⁸. Nous reviendrons sur ces éléments ultérieurement puisqu'ils ont, à notre sens, une incidence directe sur la thérapeutique.

Ces différents éléments peuvent également être mis en lien selon nous avec les facteurs d'adaptation prémorbide évoqués précédemment ; en effet, si les femmes schizophrènes ont une meilleure adaptation sociale, personnelle et professionnelle, les conditions de sorties d'hospitalisation sont également de meilleure qualité et peuvent faciliter le retour au domicile. C'est souligner ici de nouveau, que la prise en charge sociale de la maladie a une place importante et qu'elle contribue aux différences qui existent dans l'évolution et la prise en charge des schizophrènes en fonction du genre.

Pour M.V. Seeman¹⁸⁹, les femmes ont une évolution de la maladie qui est moins déficitaire que les hommes sur le plan cognitif, durant la première décennie de la maladie uniquement ; les troubles cognitifs s'aggravent ultérieurement et deviennent ensuite équivalents à ceux présentés par les hommes.

Hafner¹⁹⁰ s'est intéressé à l'aspect subjectif de la qualité de vie des patients et a montré l'importance pour les patients d'avoir des objectifs de vie ; il n'a pas mis en évidence de corrélation entre l'intensité des symptômes mesurés et le handicap social, ni avec la qualité de vie. Cependant, il souligne une différence significative entre les témoins et les patients, quel que soit le sexe, à propos de la satisfaction globale de la vie qu'ils peuvent ressentir, c'est à dire que lorsque plus de 80% des hommes et 84% des femmes rapportent une satisfaction globale de leur vie ; seulement 43% des hommes et 58% des femmes schizophrènes éprouvent

¹⁸⁷ Salokangas R. Pronostic implications of the sex of schizophrenic patients Op.cit.

¹⁸⁸ GRUEL N. Clinique des schizophrénies en fonction du sexe. Données épidémiologiques concernant 1024 schizophrènes du C.H.S. de Rennes et analyse de la littérature. Thèse pour le diplôme d'état de Docteur en médecine. Rennes ; 1989

¹⁸⁹ Seeman M.V. *Women and schizophrenia* Medscape women's health 2000 ; 5(2) : 1-8.

¹⁹⁰ Hafner Op. cit.

cette même satisfaction. Les schizophrènes, et notamment les hommes présentent ainsi, selon eux, une qualité de vie médiocre ; les items qui diffèrent significativement sont le fait d'avoir un emploi et des relations sexuelles. Selon l'auteur, les femmes ont réduit leurs objectifs en ce domaine durant l'évolution de leur maladie et décrivent ainsi moins de différences par rapport aux témoins.

Enfin l'évolution de la maladie de la femme schizophrène passe par des moments de vie tels que la grossesse et nécessitent une prise en considération particulière, nous les aborderons ultérieurement dans notre travail.

3.3.3 Hypothèse protectrice des œstrogènes

Cette hypothèse fait suite à certains travaux¹⁹¹ qui ont montré une interaction entre dopamine et œstrogènes comme nous l'avons déjà souligné : l'oestradiol diminuant la transmission dopaminergique et agissant comme un "neuroleptique endogène" en bloquant les récepteurs dopaminergiques D₂ ; cette relation n'a pas été mise en évidence avec la testostérone.

M.V. Seeman¹⁹² a beaucoup travaillé sur l'hypothèse protectrice des œstrogènes dans le cadre de la schizophrénie. Selon elle l'intensité de la symptomatologie est en lien direct avec le faible taux d'œstrogènes et son corollaire, un taux élevé d'œstrogènes dans le sang a un effet protecteur envers l'exacerbation des symptômes. Ceci explique, selon elle, les différences cliniques que l'on peut constater d'une part chez les femmes par rapport aux hommes qui, par définition ont des taux d'œstrogènes moindres et d'autre part chez les femmes en fonction de leur statut oestrogénique.

En effet, on observe le plus souvent chez la femme en période d'activité génitale, d'une part une amélioration clinique durant la grossesse, période pendant laquelle les taux d'œstrogènes sont particulièrement élevés ; et d'autre part, une aggravation de la symptomatologie en

¹⁹¹ Duval F. Endocrinologie et psychiatrie Op. cit.

¹⁹² Seeman M.V. The role of estrogen in schizophrenia Journal Psychiatry of Neurosciences 1996; 21: 123-127

période prémenstruelle, dans le post-partum immédiat, et après la ménopause, lorsque les taux d'œstrogènes sont plus faibles¹⁹³.

Une étude¹⁹⁴ présentée à la journée de santé mentale de la femme en 2001 évoque non seulement cette corrélation entre les variations du taux d'œstrogènes sanguin au cours du cycle menstruel et au cours des différentes périodes de vie ; mais également une hypo oestrogénie de base chez les patientes schizophrènes. L'auteur suggère ainsi que la symptomatologie clinique de la schizophrénie varie au cours du cycle menstruel avec une présentation moins bonne lors des phases où les œstrogènes sont plus faibles, c'est-à-dire en début et en fin de cycle.

Nous avons déjà souligné précédemment la controverse qui existe autour du syndrome prémenstruel ; aussi, il nous semble qu'il importe surtout de prendre en considération les variations importantes au cours de la vie d'une femme dans le cadre de la schizophrénie et que ces variations mensuelles ont une incidence moindre, d'autant que nombre de patientes présentent une aménorrhée secondaire aux neuroleptiques.

¹⁹³ Ibid

¹⁹⁴ Bergemann N. *Estrogens and schizophrenic women* Archives of women mental health 2001 ; 3 : S154.

3.4 Sexualité, fécondité chez les patientes schizoéphrènes.

3.4.1 Sexualité

La pudeur du psychiatre, le déni de la patiente, conduisent à une réalité : la sexualité demeure un sujet délicat à aborder avec les patientes schizoéphrènes ; cependant, cette question soutend celle de la maternité et fait alors partie intégrante du soin. L'évoquer peut pourtant permettre d'accompagner, chez certaines patientes, le travail de deuil d'une maternité qu'elles ne pourraient pas assumer ou d'un enfant qu'elles ne seraient pas en mesure d'élever, même si elles s'en sentent capables. Plus généralement, ces questions peuvent conduire à une acceptation plus globale du handicap psychique pour la patiente et soulèvent des questions éthiques primordiales.

Le désir et les fantasmes des femmes schizoéphrènes apparaissent *qualitativement* similaires à ceux de la population générale¹⁹⁵ cependant, il semble que la maladie limite les possibilités de les exprimer de façon satisfaisante et adéquate. Des études^{196,197} mettent en évidence que les femmes schizoéphrènes ont *quantitativement* moins de désir sexuel et moins de satisfaction émotionnelle et physique¹⁹⁸. Certaines perturbations de la sexualité sont imputables à l'affection elle-même : elles résultent de troubles cognitifs, de troubles du jugement ou encore d'une altération de la perception corporelle ; de plus, les méconnaissances de la physiologie et de l'anatomie chez les schizoéphrènes sont relativement fréquentes et souvent résistantes à l'apprentissage¹⁹⁹. Nous savons que les facteurs d'adaptation prémorbide, et en particulier le niveau scolaire, sont meilleurs chez les femmes ; on peut alors se demander si elles ont une meilleure connaissance de leur corps et de la physiologie de la reproduction que les hommes ou s'il n'y a pas de différence à ce sujet.

Par ailleurs les traitements, et notamment les neuroleptiques, ont une part non négligeable dans les troubles de la sexualité des patientes ; d'une part par la baisse de l'intérêt et du désir, par la sécheresse des muqueuses et d'autre part, par la sédation qu'ils peuvent induire, la prise de poids ou encore les syndromes extra pyramidaux invalidants. Les antipsychotiques

¹⁹⁵ Choudey M., Bardou H., Benathzmane N. Psychose et grossesse. Situations cliniques de patientes psychotiques et enceintes *Nervure* 2006 ; XIX (4) : 30-8.

¹⁹⁶ Raja M., Azzoni A. Sexual behavior and sexual problems among patients with severe psychoses *European psychiatry* 2003 ; 18(2) : 70-6.

¹⁹⁷ Miller L.J., Finnerty M. Sexuality, pregnancy and childrearing among women with schizophrenia spectrum disorders *Psychiatric services* 1996 ; 47 : 502-6.

¹⁹⁸ Raboch J. The sexual development and life of female schizophrenic patients *Archives of sexual behavior* 1984 ; 13(4) : 341-9.

¹⁹⁹ *ibid*

atypiques provoqueraient moins d'effets secondaires sur le plan sexuel, sans que soit encore établi un lien de causalité net avec des effets endocriniens plus faibles²⁰⁰.

3.4.2 Conjugalité

La conjugalité ou le mariage impliquent divers facteurs sociaux et de personnalité permettant la rencontre, la stabilité affective dans la durée et la construction d'un projet de vie commun que la schizophrénie peut venir perturber ; ainsi, comme nous l'avons déjà évoqué, le taux de mariage au sein de la population schizophrène est inférieur à celui de la population générale. Différents travaux ont mis en évidence que les femmes schizophrènes ont un nombre plus importants de partenaires au cours de leur vie, un nombre moins importants de partenaires réguliers^{201,202}, et qu'elles sont plus souvent victimes d'agressions sexuelles. Enfin, les études cliniques²⁰³ réalisées auprès de jeunes mères psychotiques montrent fréquemment une absence du père auprès de la mère et de l'enfant : plusieurs situations peuvent s'observer, du partenaire de passage ignorant son statut de géniteur, au père volontairement exclu par la mère qui ne tolère pas son intervention ou qui suit un raisonnement délirant plus ou moins élaboré d'auto engendrement.

3.4.3 Fertilité, fécondité

La fertilité et la fécondité des schizophrènes sont globalement inférieures à celles de la population générale, notamment chez les hommes ; cette différence est d'autant plus grande que la pathologie schizophrénique débute précocement et qu'elle est marquée par une évolution déficitaire²⁰⁴. Cela correspond donc aux caractéristiques cliniques de la maladie que nous avons envisagées chez les hommes par opposition aux femmes.

²⁰⁰ Viala A., Choudey M., Benathzmane N. Psychose et grossesse. Données actuelles sur la pharmacothérapie Nervure ; 19 (4) : 12-22.

²⁰¹ Raja M., Azzoni A. op. cit.

²⁰² Ferreri M.M., Limosin F. *Mise au point sur la sexualité des schizophrènes* Synapse 2005 ; 214 : 27-35.

²⁰³ Miller L.J., Finnerty M. op. cit.

²⁰⁴ Currier G.W., Simpson G.M. *Psychopharmacology : Antipsychotic medications and fertility* Psychiatric services 1998 ; 49 : 175-6.

Une étude²⁰⁵ a montré que, parmi les frères et sœurs non psychotiques de la fratrie d'une femme schizophrène, la fertilité est plus faible chez les frères et plus élevée chez les sœurs. Ainsi, selon Currier²⁰⁶, la fertilité et la fécondité subissent certainement l'influence de facteurs génétiques non isolés à ce jour et de plus sont fort altérées par les traitements antipsychotiques ; sur ce point, l'arrivée sur le marché des antipsychotiques atypiques qui ont un effet moindre sur la sécrétion de prolactine pourrait modifier les données.

²⁰⁵ Jablensky A.V., Kalaydjieva L.V. Genetic epidemiology of schizophrenia : phenotypes, risk factors and reproductive behavior American journal of psychiatry 2003 ; 160(3) : 425-9.

²⁰⁶ Op.cit.

3.5 Grossesse chez la femme schizophrène

Le contexte actuel est celui d'une augmentation du nombre de grossesses parmi les femmes présentant un trouble schizophrénique²⁰⁷, ces situations soulèvent de nombreux problèmes éthiques et requièrent une prise en charge adaptée et spécifique. Cette question nous semble importante à aborder au détour de notre travail puisqu'elle justifie de la spécificité de la schizophrénie chez la femme.

3.5.1 Désir de grossesse

Certains auteurs²⁰⁸ ont tenté de préciser la démarche d'une femme schizophrène qui souhaite un enfant. Quels sont les facteurs qui entrent en compte dans la genèse de ce désir?

En premier lieu, rappelons que les déterminants inconscients de la schizophrène sont différents de ceux de la femme non psychotique²⁰⁹, et que la relation mère-fille étant souvent de qualité médiocre ; les mécanismes d'identification à la mère sont improbables et précaires. D'autre part la reconnaissance de la différence des sexes, préalable habituel à l'émergence du désir d'enfant dans la théorie freudienne, ne peut apparaître dans la réalité du couple parental que si l'on se trouve dans une situation de conjugalité, avec un père présent, ce qui, comme nous l'avons déjà évoqué, n'est pas le cas le plus fréquent chez les schizophrènes.

Citons également les notions de filiation et de roman familial, qui se trouve ébranlées dans un certain nombre de cas chez les schizophrènes par la réalité, plus fréquente qu'ailleurs, de secrets ou de non-dits dans la filiation de l'un des parents. Or, nous avons vu dans la deuxième partie de notre travail que cette nécessité d'appartenance à un groupe ou au sein d'une lignée familiale, avec des générations distinctes et identifiées, est fondamentale dans la construction de l'identité du sujet, cette nécessité est également importante dans les relations mère-enfant comme nous le verrons ultérieurement.

On peut ainsi lire, au sein de ce désir de grossesse, une tentative de réparation, ceci n'est d'ailleurs pas spécifique à la femme schizophrène et concerne beaucoup de parents marqués par une enfance difficile. Il s'agit alors pour la femme de réparer les blessures infantiles, par

²⁰⁷ Choudey M., Bardou H., Benathzmane N. op.cit.

²⁰⁸ ibid

²⁰⁹ ibid

une identification à la fois au futur enfant comblé et à une mère idéale. Au-delà de ces éléments, l'expression du désir d'enfant et la grossesse traduisent souvent la volonté d'une normalisation, afin de se dégager de l'empreinte marginalisante et narcissiquement coûteuse de la maladie mentale. La décision de grossesse et de la maternité apparaît alors pour ces femmes comme un moyen d'affirmer leur liberté de disposer de leur corps comme bon leur semble ; cela leur permet ainsi d'échapper à l'influence de l'entourage familial, social et médical souvent vécu comme infantilisant, voire intrusif.

Cette grossesse, qui véhicule une image narcissique positive et l'idée d'une maturation psychique potentielle, est également bien souvent utilisée par la femme schizophrène au service même de sa pathologie, dans le cadre de l'installation ou du renforcement d'un déni des troubles. Ceci est conforté par le fait que durant la grossesse, non seulement les traitements sont classiquement diminués sans exacerbation symptomatique, mais encore, la classique amélioration clinique vient confirmer l'illusion de la disparition ou de l'inexistence du trouble psychiatrique²¹⁰. C'est-à-dire que, pendant la grossesse, le psychiatre peut diminuer les posologies de neuroleptiques car la symptomatologie le justifie et non pas uniquement pour des raisons pharmacologiques ; nous avons d'ailleurs souligné le point de vue scientifique de cette amélioration clinique durant la grossesse avec notamment un climat oestrogénique qui est favorable. Nous reviendrons sur l'aspect médicamenteux ultérieurement.

Enfin, souvent, le projet de grossesse est en décalage avec la réalité ; la femme schizophrène rencontre déjà des difficultés pour appréhender le réel et peut avoir des difficultés à prendre en compte le contexte de réalité extérieure dans la concrétisation de projet de devenir mère. Le désir d'enfants qui est exprimé est bien souvent celui d'un rêve abstrait, se suffisant à lui-même ou alimentant la problématique délirante, mais qui surtout est détaché de lien avec la réalité environnante de la femme.

3.5.2 Déroulement de la grossesse

Notons en préambule que dans la population des femmes schizophrènes, il y a significativement moins de grossesses planifiées²¹¹, plus de grossesses non désirées et plus

²¹⁰ ibid

²¹¹ Miller L.J., Finnerty M. op. cit.

d'interruptions volontaires de grossesse²¹², que dans la population générale. Les retards de diagnostics de grossesse sont également plus fréquents.

Durant la grossesse, les complications obstétricales sont plus fréquentes²¹³ ; il s'agit essentiellement de troubles de l'équilibre glycémique allant jusqu'au diabète gestationnel, de naissances prématurées et de poids de naissance plus faibles. Ces patientes sont également plus à même de consommer des toxiques (tabac, alcool et autres toxiques) pendant la grossesse et d'être victimes de violences physiques²¹⁴. Selon ces auteurs, les complications obstétricales de la femme schizophrène sont nettement moins documentées que les complications rencontrées chez les mères des futurs patients schizophrènes ; les patientes schizophrènes ayant des suivis anténataux plus difficiles à instaurer et à poursuivre tout au long de la grossesse.

Certaines patientes peuvent s'avérer dans l'impossibilité complète d'élaborer l'idée de la grossesse et l'angoisse qu'elle provoque peut prendre la forme d'un déni psychotique de grossesse²¹⁵. Les modifications corporelles sont perçues mais interprétées par la femme de façon délirante comme dangereuses et mettant en danger son intégrité corporelle et sa vie. Ce sont ces patientes qui sont les plus à risque puisque elles sont dans le refus de soins, le début du travail est également plus difficile à repérer et le risque de naissances prématurées et d'infanticides est plus élevé²¹⁶. Au-delà du déni de grossesse, on peut surtout voir une pathologie psychiatrique productive et mal voire non équilibrée ; pour ces patientes, non seulement le risque obstétrical est majeur mais il faut également considérer le risque psychiatrique qui est élevé. Dans les situations favorables, l'accouchement rétablit une réalité avec l'arrivée de l'enfant ; cependant, contrairement au déni non psychotique dont la résolution est habituelle, le déni de la femme schizophrène peut se prolonger dans une croyance délirante au sujet du bébé²¹⁷.

²¹² ibid

²¹³ Miller L.J. Sexuality, reproduction and family planning in women with schizophrenia *Schizophrenia bulletin* 1997 ; 23 (4) : 623-35.

²¹⁴ Howard L.M. *Pregnancy in women with psychotic disorders* *Clinical effectiveness in nursing* 2006 ; 9S2 :201-11.

²¹⁵ Bardou H., Vacheron-Trystram M.N., Cheref S. *Le déni en psychiatrie* *Annales médicopsychologiques* 2006 ; 164 : 99-107.

²¹⁶ Miller L.J. op.cit.

²¹⁷ Choudey M., Bardou H., Benathzmane N. op.cit.

Souvent, le psychiatre est seul contact de ces patientes avec le système de santé ; ces éléments sont donc importants pour le clinicien, les connaître et savoir les repérer fait partie intégrante de la prise en charge de ces patientes, d'autant plus si elles ont des difficultés à s'inscrire dans des suivis gynécologiques réguliers. Il sera alors important d'établir des liens avec les obstétriciens, et en amont, avec les services de planning familial²¹⁸, afin d'optimiser la prise en charge de ces femmes enceintes ainsi que leur accouchement.

3.5.2.1 Evolution du trouble psychiatrique pendant la grossesse

Selon M. Choudey²¹⁹, la majorité des auteurs rapportent une amélioration de la symptomatologie ou encore une diminution des posologies médicamenteuses nécessaires au contrôle de la maladie durant cette période. Ceci s'accorde donc avec l'hypothèse protectrice des œstrogènes : les taux sériques d'œstrogènes étant élevés durant la grossesse, la présentation clinique de la schizophrénie est améliorée. Maudoux²²⁰ s'est intéressé à l'évolution psychiatrique de 23 femmes psychotiques chroniques durant la grossesse et le post-partum : il a observé un déroulement normal des grossesses, avec des manifestations psychotiques peu fréquentes.

Pour Mc Neil et Kaij²²¹, la plupart des femmes interrogées ne rapportent pas de modification de leur état psychique pendant la grossesse ; cependant, la comparaison avec un groupe de femmes enceintes non psychotiques rapporte que les femmes schizophrènes se sont senties significativement plus perturbées, surtout les plus jeunes et celles dont la grossesse n'était pas programmée. Ces femmes correspondent probablement selon eux, à des patientes dont la schizophrénie était mal stabilisée avant le début de la grossesse, et donc des patientes à haut risque d'un point de vue obstétrical et psychiatrique.

²¹⁸ Coverdale J.H., Aruffo J.A. *Family planing needs of female chronic psychotic outpatients* American Journal of Psychiatrie 1989 ; 146 (11) : 1489-91.

²¹⁹ Choudey M., Bardou H., Benathzmane N. op.cit.

²²⁰ Maudoux M., Prevost P., Repellin F., Pailleux J.M., Couzinet N. *Evolution des délires chroniques au cours de la grossesse et du post partum* Annales médicopsychologiques 1991 ; mai : 730-3.

²²¹ Mac Neil T.F., Kaij L., Malmquist-Larsson A. *Women with nonorganic psychosis : mental disturbance during pregnancy* Acta Psychiatrica Scandinavia 1984 ; 70 : 127-39.

3.5.2.2 Fréquence des décompensations dans le post-partum

Nous traiterons ici les décompensations psychotiques chez des patientes schizophrènes connues et non les psychoses puerpérales qui représentent une entité distincte.

Comme nous l'avons déjà évoqué précédemment, le taux sérique d'œstrogènes qui était augmenté durant la grossesse, chute brutalement vers le 4^{ème} jour suivant l'accouchement pour ne remonter que vers le 25^{ème} jour ; cette période du post-partum est donc à haut risque d'aggravation symptomatique de la maladie selon les hypothèses neurobiologiques.

Mac Neil retrouve²²², au cours d'un travail prospectif, 25% de décompensations délirantes aiguës durant les 6 mois suivant l'accouchement chez les schizophrènes, ceci étant favorisé par la sévérité de la maladie avant la grossesse. Selon lui, près de la moitié (45%) des femmes qui ont déjà été hospitalisées en psychiatrie (avec une durée totale supérieure à 3 mois) présentent une aggravation de la symptomatologie schizophrénique durant le post-partum. De plus la durée moyenne de séjour dans cette indication est plus longue que dans le cas des psychoses puerpérales.

Dans l'étude de Maudoux déjà citée²²³, un tiers des femmes psychotiques enceintes ont présenté des complications psychiatriques nécessitant le plus souvent une hospitalisation dans les trois premiers mois du post-partum. Ces complications ne sont pas plus fréquentes chez les primipares, cependant elles touchent volontiers les mêmes femmes : une décompensation dans le post-partum augmente le risque pour le post-partum suivant.

Les décompensations sont très variées sur le plan clinique²²⁴ mais ne présentent pas les signes confusionnels classiquement observés dans les cas de psychoses puerpérales. Elles surviennent de manière brutale, contrastant avec le calme relatif de la période de grossesse ; les troubles du sommeil surviennent fréquemment les premiers. Les présentations cliniques sont multiples : elles peuvent aller de tableaux schizophréniformes avec méfiance, bizarrerie et éléments persécutifs le plus souvent centrés sur l'enfant ; à des états d'excitation avec paroxysmes anxieux sous-tendus par des thèmes délirants également centrés sur l'enfant. Enfin, plus rarement, la clinique peut être dominée par l'abattement, le ralentissement psychomoteur, un mutisme que les femmes expliquent, à posteriori, par une perplexité et un questionnement délirant au sujet de l'identité de l'enfant.

²²² Ibid

²²³ Op. cit.

²²⁴ Choudey M., Bardou H., Benathzmane N. Op.cit.

3.5.3 Grossesse et éthique

La place du psychiatre peut donc s'avérer délicate dans ces situations. Peut-on conseiller ou doit on rester dans une "neutralité bienveillante" au risque de perdre tout contrôle thérapeutique? Nous allons ainsi tenter de préciser la position du psychiatre lors de la grossesse.

3.5.3.1 Grossesse désirée

Lorsque la grossesse est désirée et survient chez une patiente dans un moment de stabilisation de sa pathologie psychiatrique, le psychiatre doit délivrer l'information la plus complète possible à la patiente et au conjoint s'il existe ; elle est donnée conjointement par l'obstétricien et concerne les risques psychologiques et somatiques inhérents à toute grossesse ainsi que les risques surajoutés par la pathologie psychiatrique comme nous venons de les exposer. L'information est graduelle et progressive dans le temps, fonction de l'évolution de la grossesse, de la capacité de compréhension de la patiente et de sa maturation psychique et affective éventuelle au cours de la grossesse²²⁵.

Ces neuf mois de grossesse seront l'occasion pour les équipes psychiatriques et obstétricales, d'évaluer les capacités de maternage de la maman et l'existence d'un étayage suffisant. Si le contexte de survenue de la grossesse est problématique, l'information concernant l'interruption volontaire de grossesse doit être donnée. Soulignons également l'importance du travail en réseau et de l'appréciation clinique de chaque situation individuelle²²⁶.

3.5.3.2 Grossesse non programmée

Une grossesse non programmée chez la patiente schizophrène suscite d'autres interrogations ; la question qui se pose est alors celle de la possibilité ou non pour la maman de décider lucidement de poursuivre ou non la grossesse. Dans tous les cas, on ne peut imposer l'interruption de grossesse, malgré l'altération de ses capacités mentales et/ou la pression de

²²⁵ Vacheron M.N., Bardou H., Choudey M. Sexualité et éthique chez les patientes psychotiques *Nervure* 2006 ; XIX (4) : 23-29.

²²⁶ Seeman M.V. *Relationnal ethics : When women suffer from psychosis* *Archives of Women Mental Health* 2004 ; 7(3) : 201-10.

l'entourage, même si le médecin pense que le fœtus en souffrira. "En France, les droits du fœtus ne sont pas reconnus par la loi, ce qui préserve à la femme enceinte sa liberté d'acte et de décision. Le médecin n'a aucune faculté légale de décider pour sa patiente ; l'existence d'un environnement médical attentif, d'un étayage familial suffisant, d'une mesure de protection type tutelle ou curatelle ne suffisent pas, quelles que soient les réalités psychiatriques et socio-économiques (actuelles et à prévoir) de l'intéressée et de l'enfant, pour décider sans la mère"^{227 228}. Il s'agit de traiter au mieux l'épisode psychotique aigu en continuant à aborder la question de la poursuite de cette grossesse en regard des difficultés liées à la pathologie, des difficultés sociales souvent présentes, et lorsqu'on connaît la patiente, en fonction de ses positions antérieures par rapport à la maternité et aux enfants. Il s'agit là d'un véritable problème éthique pour le psychiatre, partagé entre la nécessité de respecter l'autonomie de la patiente et celle de prévenir des conséquences néfastes d'une grossesse éventuelle non véritablement souhaitée ou planifiée pour la patiente et pour le futur bébé, avec la possibilité d'un placement, souvent traumatisant dans ces circonstances^{229,230}.

Ainsi, la grossesse chez une patiente schizophrène soulève de nombreuses questions éthiques et place le psychiatre dans une situation souvent inconfortable. Les données éthiques sont indispensables à tout psychiatre confronté à cette situation, cependant, il nous semble important de souligner l'importance majeure de la réflexion clinique qui peut s'élaborer autour de chaque situation. Cette réflexion s'appuie autant sur la relation thérapeutique établie avec la patiente, qu'elle se nourrit des échanges, qui sont nécessaires et répétés, entre les différents intervenants : psychiatres, pédopsychiatres, obstétriciens, pédiatres, et intervenants sociaux.

3.5.4 Le délire de grossesse

Un délire de grossesse, c'est-à-dire la conviction délirante d'être enceinte, peut survenir dans le cadre d'une schizophrénie ou d'un trouble schizo-affectif, mais également dans le cadre de

²²⁷ Ibid

²²⁸ Albernhe T., Tyrode Y. *Le corps et la sexualité* in Législation en santé mentale. Pratique médico-éthique. Lyon ; 1996 : 145-92.

²²⁹ Coverdale J.H., Aruffo J.A. Op. cit.

²³⁰ Mac Cullough L.B., Coverdale J.H., Chevernak F.A. *Ethical challenges of decision with pregnant patient who have schizophrenia*. American journal of Obstetric and Gynecology 2002 ; 187 : 696-702.

troubles thymiques (épisode maniaque ou mélancolie délirante associée à un syndrome de Cotard, notamment chez la personne âgée) ; cependant, s'il n'est pas spécifique de la schizophrénie, il l'est de la femme²³¹.

Dans le cadre des femmes schizophrènes présentant un délire de grossesse, on peut relever, selon Rosch et al²³², certaines caractéristiques en comparaison à une population contrôle sans délire de grossesse : un niveau élevé d'hostilité et de "désorganisation conceptuelle", l'importance des "pensées inhabituelles". L'auteur décrit également une résistance plus fréquente du trouble schizophrénique aux chimiothérapies usuelles.

La conviction délirante de grossesse évolue dans un tiers des cas vers la fixation ; dans un second tiers vers une résolution partielle, permettant ainsi l'expression d'une ambivalence ou d'une ébauche de critique vis-à-vis de l'idée délirante ; et dans un dernier tiers, vers une régression complète.

Les options thérapeutiques à envisager comportent quelques spécificités^{233,234} ; les antipsychotiques atypiques sont notamment à privilégier, les neuroleptiques classiques étant responsables d'effets endocriniens plus fréquents non souhaitables chez ces patientes. De plus, compte tenu de l'adhésion intense au délire et de l'hostilité qui l'accompagne, l'attitude du soignant à l'égard de la conviction erronée privilégiera, plutôt qu'une contradiction frontale, une tentative de modification progressive de la croyance qui laisse à la patiente la possibilité d'abandonner son idée délirante en ménageant son narcissisme.

²³¹ Choudey M., Bardou H., Benathzmane N. Op.cit.

²³² Rosch D.S., Sajatovic M., Sivec H. *Behavioral characteristics in delusional pregnancy : a matched control group study* International Journal of psychiatry in medicine 2002 ; 32(3) : 295-303.

²³³ ibid

²³⁴ Choudey M., Bardou H., Benathzmane N. Op.cit.

3.6 Les mères schizophrènes et leurs enfants

Nous avons déjà envisagé, au cours de notre approche psychopathologique de la schizophrénie, certains traits caractéristiques de la psychose : la faible délimitation entre réalités extérieure et intérieure chez les schizophrènes, entre ce qui est conçu objectivement et subjectivement, ainsi que la relation anobjectale qui caractérise ces patients, c'est-à-dire sans intermédiaire symbolique et ne distinguant pas le moi et le non-moi, la relation se faisant alors essentiellement sur un mode narcissique. Ces caractéristiques sont particulièrement manifestes dans le cas des relations d'une mère schizophrène à son enfant.

3.6.1 La mère schizophrène

Différents auteurs ont observé le contraste entre l'intense investissement du bébé imaginaire et la difficulté d'appréhender l'enfant réel. Selon Dayan²³⁵, le désir de fusion avec le bébé imaginaire empêche la mère schizophrène d'accéder aux besoins du bébé réel, de la considérer comme distinct et d'accepter le développement de son autonomie. Selon lui, le nourrisson va alors mettre sa mère en danger en exigeant d'elle l'accès à une "préoccupation maternelle primaire" et donc l'évolution, utopique, de sa relation de narcissisme vers l'objectalité. Garlot-Juhel²³⁶ décrit cette absence de préoccupation maternelle primaire : quand la mère schizophrène semble ressentir les besoins de son enfant, il s'agit en réalité de ses propres besoins et y répond à travers ce bébé dont elle ne se distingue pas, par exemple, une mère qui nourrit son enfant quand elle a faim ou le couvre quand elle a froid.

Selon Bourdier²³⁷, la psychose maternelle n'empêche pas l'émergence de cette "préoccupation maternelle primaire" et pourrait au contraire la favoriser. S'il n'est pas question de la présenter comme la mère idéale, l'auteur estime que cette mère psychotique est au moins capable de la surestimation narcissique indispensable au sentiment d'omnipotence des premiers temps.

Enfin pour Miller²³⁸, la schizophrénie rend difficile le rôle de parent, par la maladie elle-même et par le niveau socio-économique plus bas de cette population ; par ailleurs, ces mères,

²³⁵ Dayan J., Andro G., Dugnat M. *Les mères schizophrènes et leurs enfants* in Psychopathologie de la périnatalité Collection Les ages de la vie. Paris : Masson ; 1999 :183-214.

²³⁶ Garlot-Juhel C. *Maternité et schizophrénie* L'Evolution psychiatrique 1992 ; 57(1) : 61-74.

²³⁷ Bourdier P. *Besoins des enfants, désirs et folies des adultes* Perspectives psychiatriques 1986 ; 1 : 7-20.

²³⁸ Miller L.J. Op. cit.

souvent sans conjoint, ont souvent moins accès aux aides dont elles pourraient bénéficier que la population générale.

3.6.2 Caractéristiques des interactions entre la mère psychotique et son bébé

Citons certaines des caractéristiques issues d'observations directes de dyades mère-bébé, dont les travaux de Lebovici et Lamour²³⁹ sont la référence principale. Entre la mère schizophrène et son enfant : les interactions visuelles et vocales sont très pauvres ; la dimension ludique est quasi-absente, la mère ne trouvant pas d'intérêt à jouer avec l'enfant ; les messages non verbaux de ces bébés sont difficiles à discerner, notamment les expressions faciales ; la mère éprouve des difficultés à renvoyer à l'enfant l'affect qu'elle perçoit car soit elle ne peut le décoder, soit elle lui répond de façon inadéquate.

L'inversion de la relation est alors une des caractéristiques résumant ces interactions mère-enfant²⁴⁰ : ce n'est pas la mère qui s'adapte au bébé, mais le bébé qui s'adapte à sa mère ; les interactions s'organisent en fonction des besoins de la mère et non de ceux du bébé.

3.6.3 L'enfant de mère schizophrène

Miller²⁴¹ s'est intéressé au devenir psychiatrique de ces enfants et montre que 10 à 15% des enfants de parents schizophrènes le deviennent et environ 50% développent différents troubles psychiatriques. Les études rapportées par M. Choudey²⁴² s'accordent autour d'une proportion de 50% d'enfants qui ne sont pas confiés à leur mère à la sortie de la maternité.

Se pose alors la question du placement de ces enfants de mères schizophrènes. Le sujet aura été envisagé durant la grossesse, avec la patiente dans le meilleur des cas, et lors des synthèses réunissant les différents interlocuteurs afin de limiter les situations d'urgence où l'enfant est mis en danger par le comportement inadapté de sa mère. L'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) préserve généralement à ces mères leurs droits, notamment celui de reprendre leur enfant quand elles le souhaitent, malgré l'incertitude de la durée du placement

²³⁹ Lamour M. *Les nourrissons de parents psychotiques* in Psychopathologie du bébé (Lebovici S., Weil-Halpern F.) Paris : Presses Universitaires de France ; 1989 : 655-73.

²⁴⁰ Choudey M., Bardou H., Benathzmane N. Op.cit.

²⁴¹ Miller L.J., Finnerty M. Op.cit

²⁴² Choudey M., Bardou H., Benathzmane N. Op.cit.

et la probabilité que la mère ne puisse à nouveau s'en occuper. La question alors posée n'est plus réduite à la seule séparation, mais devient celle de l'établissement d'un cadre pour aider à la construction d'un lien non pathogène entre la mère et l'enfant, quelles que soient les modalités du placement²⁴³.

En raison du décalage entre l'attachement qui transparaît dans le discours de la mère au sujet de son enfant et la réalité des difficultés qu'elle rencontre à s'occuper de lui, M. Choudey insiste sur le fait que la décision de placement de ces enfants ne devrait se prendre qu'après des observations directes et répétées permettant d'approcher ce qui se passe réellement et d'évaluer ce qui est supportable pour l'enfant mais aussi pour la mère.

Ces données sur la grossesse de la femme schizophrène et sur les relations de ces mères à leurs enfants justifieraient des développements ultérieurs. Dans le cadre de notre travail, il nous semblait important cependant d'évoquer ces questions puisqu'elle sont au cœur de la problématique de la femme schizophrène, une spécificité au sein de la spécificité, et que l'on ne peut s'intéresser à la question de la femme schizophrène sans soulever ces thèmes de réflexion, au confluent de la psychiatrie adulte et de la pédopsychiatrie. Nous ne saurons que rappeler l'importance des liens entre ces deux disciplines afin de proposer une prise en charge optimale pour nos patientes et leurs enfants.

²⁴³ Choudey M., Bardou H., Benathzmane N. Op.cit.

3.7 Spécificités de la chimiothérapie chez la femme schizophrène

Nous avons soulevé de nombreux points concernant la prise en charge de ces patientes schizophrènes au cours de cette troisième partie de notre travail ; nous proposons ici de regrouper quelques outils d'ordre chimiothérapeutiques qui pourront aider le clinicien. Il nous semble nécessaire de préciser qu'en aucun cas, un traitement médicamenteux ne peut se substituer à une relation psychothérapique et nous avons déjà envisagé à plusieurs reprises dans ce travail l'importance que peut avoir une prise en charge sociale pour ces patientes.

Il semble cependant que les femmes soient, en règle générale et dans le cadre psychiatrique, plus demandeuses de traitements^{244,245} et plus observantes.

3.7.1 Adaptations posologiques des neuroleptiques

Dès 1966, Goldberg étudiait les différences de réponse aux traitements neuroleptiques en fonction du sexe des patients²⁴⁶ et montrait que les femmes avaient une meilleure réponse clinique aux neuroleptiques que les hommes, alors que parmi les patients ayant reçu un placebo, l'amélioration était plus nette chez les hommes.

M.V. Seeman²⁴⁷ précise que ces résultats sont à adapter avec l'âge des patients ; selon elle, à âge équivalent, les femmes âgées de 20 à 30 ans, nécessitent des doses moindres de neuroleptiques que les hommes mais que cela n'est pas applicable chez les femmes de plus de 45 ans.

Kolakowska²⁴⁸ décrit, dans une analyse multifactorielle, une surreprésentation des hommes parmi les patients "résistants aux neuroleptiques" et à l'inverse une surreprésentation féminine parmi les patients "bien contrôlés par le traitement". Des études plus récentes^{249,250} s'accordent avec ces résultats et suggèrent que, en ce qui concerne à la fois le traitement de l'accès psychotique aigu et la prévention des rechutes, les femmes schizophrènes de moins de 45 ans

²⁴⁴ Salokongas Op.cit.

²⁴⁵ Gruel N. Op. Cit.

²⁴⁶ ibid

²⁴⁷ Seeman M.V. *Interaction of sex, age and neuroleptic dose* Comprehensive psychiatry 1983 ; 24(2) : 125-8.

²⁴⁸ GRUEL N. Op. cit.

²⁴⁹ Dickson R.A., Seeman M.V., Corenblum B. *Hormonal side effects in women : typical versus atypical antipsychotic treatment* Journal Clinical of Psychiatry 2000 ; 61 (3) : 10-15.

²⁵⁰ Hafner H. Gender differences in schizophrenia Op. cit.

répondent à des doses moindres de neuroleptiques que leurs homologues masculins. Cet avantage semble disparaître avec l'âge, avec un équilibre du ratio sexe/posologie nécessaire.

Différentes lectures peuvent se faire au vu de ces résultats :

- Celle de l'hypothèse protectrice hormonale chez la femme, décrite précédemment : d'une part, les œstrogènes entrent en compétition avec la dopamine sur les récepteurs D₂ par leur action "neuroleptic-like" ; d'autre part, les femmes *durant la période d'activité génitale*, semblent plus sensibles aux traitements neuroleptiques que les hommes et nécessitent des doses plus faibles de neuroleptiques pour stabiliser une symptomatologie de même intensité. De plus, les femmes présentent un deuxième pic d'incidence de la maladie à la période de la ménopause. Ainsi, beaucoup de facteurs concordent pour cette explication biologique de la maladie.
- D'autre part, il nous paraît intéressant de proposer une lecture plus sociale de la situation : nous avons déjà vu précédemment que les hommes schizophrènes présentent de manière prépondérante une personnalité prémorbide schizoïde avec des conduites antisociales plus fréquentes. On peut alors s'interroger sur l'indication des posologies plus élevées que chez les femmes : est-ce en lien avec une symptomatologie psychotique plus prononcée, chez des patients décrits plus fréquemment hébéphrènes, ou plutôt avec les troubles du comportement en relation avec le genre masculin? Cette hypothèse semble être privilégiée par différents auteurs^{251,252}.

3.7.2 Les œstrogènes comme thérapie adjuvante

Au vu des résultats probants des études démontrant une meilleure efficacité des neuroleptiques chez la femme, la littérature nous propose diverses études^{253,254,255} étudiant

²⁵¹ Salokangas R. *Gender and the use of neuroleptics in schizophrenia* Schizophrenia research 2004 ; 66 : 41-9.

²⁵² GRUEL N. Op. cit.

²⁵³ Kulkarni J., de Castella A., Smith D., Taffe J., Keks N., Copolov D. *A clinical trial of the effects of oestrogen in acutely psychotic women* Schizophrenia research 1996 ; 20 : 247-52.

l'efficacité des oestrogénothérapies comme traitement adjuvant des neuroleptiques dans le cadre de la schizophrénie. Ces différentes études ont comparé la réponse thérapeutique des neuroleptiques seuls aux neuroleptiques et œstrogènes. Aucune d'entre elles, à notre connaissance, n'a montré de résultat significatif en ce sens.

3.7.3 Effets secondaires indésirables

Soulignons l'intérêt des antipsychotiques de seconde génération, chez la femme comme chez l'homme notamment, dans le cadre de notre propos, au vu d'effets secondaires indésirables moindres, en particulier en ce qui concerne l'hyperprolactinémie²⁵⁶, la réduction de la fertilité et des dyskinésies tardives.

Les femmes semblent plus sujettes aux dyskinésies tardives que les hommes, notamment après la ménopause ; d'autre part, à âge égal, il semble que les femmes aient des formes plus sévères que les hommes²⁵⁷. Parallèlement, et pour rejoindre une fois de plus l'hypothèse selon laquelle la femme est protégée par ses œstrogènes, il existerait selon les auteurs²⁵⁸, une relative immunité féminine quant à la survenue des dystonies aiguës, ce d'autant que comme nous venons de le montrer, les femmes nécessitent des doses moindres de neuroleptiques.

Par contre, si les nouvelles thérapeutiques apportent une meilleure qualité de vie et moins d'effets secondaires, il demeure le problème d'une prise de poids importante, notamment avec l'Olanzapine® qui interfère avec la compliance thérapeutique. Cette prise de poids est souvent plus difficilement vécue par les femmes que par les hommes²⁵⁹ et engendre les risques inhérents à toute surcharge pondérale ; ainsi, il devient important pour le clinicien de prendre

²⁵⁴ Bergemann N., Mundt C., Parzer P., Pakrasi M., Eckstein U., Haisch S. estrogen as an adjuvant therapy to antipsychotics does not prevent relapse in women suffering from scizophrenia : results of a placebo controlled double-blind study Schizophrenia research 2005 ; 74 : 125-34.

²⁵⁵ Louza M., Marques A.P., Elkis H., Bassitt D., Diegoli M., Gattaz W. *Conjugated estrogens as adjuvant therapy in the treatment of acute schizophrenia* Schizophrenia research 2004 ; 66 : 97-100.

²⁵⁶ Duval F. Op. cit.

²⁵⁷ Gruel Op. Cit

²⁵⁸ Seeman 1983 Op. cit

²⁵⁹ ibid

en considération les éléments d'estime de soi, d'image du corps ainsi que les conséquences psychosociales engendrées par ce phénomène²⁶⁰.

3.7.4 La contraception

La question de la contraception se pose, de nos jours et dans notre société, pour toutes les femmes ; revenons d'ailleurs aux propos de Y. Kniebihler pour qui "La maternité ne se justifie que comme épanouissement narcissique du moi féminin", la contraception permettrait alors la maîtrise de cet épanouissement narcissique.

Nous avons envisagé précédemment les aspects éthiques de la grossesse et la maternité chez les femmes schizophrènes et la question de la contraception s'intègre à part entière dans cette réflexion. Cette demande, qui émane souvent d'un tiers (famille, entourage ou institution) et qui touche à la condition variable de chaque individu ou situation, ne peut se limiter à une réponse unique qui serait celle de la prescription ; elle nécessite une réflexion et un suivi spécifique.

Des travaux récents retrouvent une utilisation de la contraception très inférieure chez la femme psychotique, comparée à la femme indemne de toute pathologie mentale. Selon Coverdale²⁶¹, 70% des patientes sexuellement actives n'ont qu'une utilisation irrégulière des moyens de contraception et 33% d'entre elles n'ont pas utilisé de contraception lors de leur dernier rapport sexuel. Enfin les auteurs s'accordent avec lui sur la rareté d'une contraception adéquate, ce qui est lié selon eux, à une absence d'information appropriée sur la reproduction et la contraception^{262, 263, 264}. La loi prévoit pourtant l'information des patientes dans l'article 6121-6 du Code de Santé Publique²⁶⁵ "Une information et une éducation à la sexualité et à la contraception sont notamment dispensées dans toutes les structures accueillant des personnes handicapées". Cependant, cette information est parfois difficile à donner en pratique courante

²⁶⁰ Galloyer-Fortier A.L. Approche psychiatrique de la prise de poids et de l'obésité chez les patients schizophrènes. Point de vue du patient et du psychiatre ; à partir de 41 cas. Thèse pour le diplôme d'état de Docteur en médecine. Angers ; 2005.

²⁶¹ Op. cit.

²⁶² Ferreri Op.cit

²⁶³ Miller L.J. Op. cit.

²⁶⁴ Vacheron M.N. Op. cit.

²⁶⁵ Albernhe T. Op. cit.

soit parce que les soins sont essentiellement centrés sur la stabilisation du trouble psychiatrique, soit du fait du refus de la patiente d'aborder le sujet avec son psychiatre.

Le choix d'une méthode de contraception doit être adapté à la patiente, à ses besoins, en fonction de son évolution et se doit d'être défini au cas par cas. Le consentement des patientes à la contraception est un acte complexe qu'il faut accompagner d'une information claire concernant les risques de grossesse ou de contracter des maladies sexuellement transmissibles et les différents types de contraceptifs à disposition. Ce choix peut s'assimiler au consentement à tout acte médical dans la mesure où la contraception est un acte réversible, il existe alors une dimension éthique importante à considérer²⁶⁶.

En plus des moyens contraceptifs habituels comme la pilule oestroprogestative, parfois difficile à prendre régulièrement pour ces patientes, deux méthodes contraceptives trouvent tout leur intérêt : il s'agit de formes à action prolongée comme le Dépoprovéra[®] (Médroxyprogestérone) en injection intramusculaire trimestrielle ou encore l'Implanon[®] (Etonogestrel) dispositif sous cutané d'une durée d'action de trois ans. Nous ne détaillerons pas ici les effets secondaires indésirables de ces produits qui sont ceux des progestatifs, ni les questions psychopathologiques suscitées d'une part par la voie intramusculaire de l'un, voie classiquement utilisée en psychiatrie dans les situations d'urgence ou pour les neuroleptiques d'action prolongée ; et d'autre part les implications psychologiques pour une schizophrène, d'un corps étranger sous cutané.

Certains cas de prescription sont à part : lorsqu'une patiente ne peut donner son consentement du fait de troubles psychiatriques qui abolissent son discernement ; il peut alors lui être administré une contraception²⁶⁷, le risque de grossesse justifiant la contraception d'autant qu'il s'agit d'un acte réversible qui conserve à la femme toute son intégrité physique. Un tel acte doit alors être consigné dans le dossier de la patiente et s'accompagner d'une information éclairée. La situation est comparable dans le cas des patientes dont la déficience les rend incapables de comprendre la relation entre relations sexuelles et maternité. Rappelons que ce type de prescriptions particulières ne se justifie pas chez la patiente stabilisée sur le plan psychiatrique et qui exprime un désir d'enfants, il s'agit alors de lui délivrer les informations

²⁶⁶ Vacheron M.N. Op. cit.

²⁶⁷ Ibid

adaptées²⁶⁸. On peut percevoir ici que la notion de "patiente stabilisée" peut alimenter de nombreuses réflexions entre les différents interlocuteurs (psychiatres et pédopsychiatres, gynécologues, pédiatres, et intervenants sociaux).

Soulignons que des dispositions sont prévues par le législateur pour les personnes demandeuses d'une stérilisation à visée contraceptive, il ne s'agit pas cependant d'une spécificité féminine puisque les hommes peuvent également en faire la demande. Dans le cadre de patients schizophrènes, le refus de la personne protégée fait obstacle à l'intervention ; le processus de décision fait l'objet d'un encadrement très strict, l'intervention étant subordonnée à l'autorisation du juge qui se prononce après consultation d'un comité d'experts²⁶⁹.

3.7.5 Antipsychotiques et grossesse

Nous avons déjà évoqué à plusieurs reprises l'amélioration symptomatique des patientes schizophrènes pendant la grossesse, cependant amélioration ne signifie pas pour autant arrêt de toute thérapeutique. Nous proposons donc ici de préciser, sans faire état d'un "guide line" pharmacologique, les éléments importants à considérer en ce qui concerne la prescription des antipsychotiques durant la grossesse.

Rappelons que deux périodes sont particulièrement à risque pour le fœtus : le premier trimestre (tératogénicité) et le troisième (syndrome extrapyramidal, signes atropiniques) ; le risque tératogène dépend de la dose de médicament, de la durée d'exposition, de la période d'exposition et du terrain. Dans l'idéal, il est recommandé d'éviter toute prescription durant le premier trimestre, sinon pendant la grossesse ; le cas échéant, il faut tenter d'obtenir une monothérapie avec le traitement le mieux toléré et documenté²⁷⁰.

²⁶⁸ Ibid

²⁶⁹ Tachon J.P., Noel P. *Documents administratifs-IVG et contraception des malades mentaux* L'information psychiatrique 2003 ; 79(7) : 639-40.

²⁷⁰ Germain C. *Antipsychotiques et grossesse* Annales Médicopsychologiques 2005 ; 163 : 436-9.

3.7.5.1 Antipsychotiques de première génération

Ces molécules, sur le marché depuis plus longtemps, ont fait l'objet de nombreuses études. L'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé²⁷¹ (AFSSAPS) envisage comme *possible* l'utilisation de la Chlopromazine (Largactil®), chef de file des phénothiazines, ainsi que l'halopéridol (Haldol®), chef de file des butyrophénones durant toute la grossesse. Les auteurs entendent par *possible*, qu'il existe de "données rassurantes et conséquentes".

Quelle que soit la molécule utilisée, il faut d'une part diminuer les posologies en fin de grossesse afin d'éviter les syndromes extrapyramidaux chez le nouveau-né ; et d'autre part surveiller la tension artérielle car des hypotensions liées aux neuroleptiques peuvent entraîner des hypoperfusions placentaires et donc une souffrance foetale.

3.7.5.2 Antipsychotiques de deuxième génération

L'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS) décrit comme *envisageable*, c'est-à-dire qu'il existe des "données globalement rassurantes ou que le bénéfice thérapeutique est important", l'utilisation des antipsychotiques de deuxième génération.

La molécule la plus documentée à ce propos est l'Olanzapine (Zyprexa®)²⁷² ; cependant, s'il ne semble pas associé à un risque de malformation fœtale, il pourrait générer des diabètes gestationnels, lesquels augmentent le risque de mortalité périnatale et de prématurité. La Risperidone (Risperdal®) était *en cours d'évaluation* lors du bulletin édité par l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS) en 2006.

Ainsi, afin d'appréhender au mieux la grossesse chez ces patientes schizophrènes, C. Germain²⁷³ propose certaines recommandations :

- Il insiste sur l'importance de la programmation de la grossesse,

²⁷¹ Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé *Livret médicaments et grossesse-Psychiatrie*, version n°2 ; 2006.

²⁷² Germain C. Op. cit.

²⁷³ *ibid*

- Sur l'instauration rapide un suivi pluridisciplinaire afin d'évaluer les bénéfices et les risques des traitements pharmacologiques,
- Sur le maintien d'un antipsychotique durant et après la grossesse qui permet d'éviter les rechutes en post-partum, avec la possibilité d'un arrêt du traitement cinq à dix jours avant l'accouchement, sous surveillance psychiatrique rapprochée, afin d'éviter un syndrome extrapyramidal chez l'enfant ; on préférera l'halopéridol (Haldol®) mais dans tous les cas, à la posologie minimale efficace.
- Enfin en ce qui concerne l'allaitement, les antipsychotiques sont déconseillés du fait d'un passage important dans le lait, si ce n'est le sulpiride (Dogmatil®) dont l'excrétion dans le lait est faible, la clozapine est contre-indiquée. Dans tous les cas, il convient de discuter le mode d'allaitement en fonction de la nécessité de maintenir un traitement antipsychotique.

Au terme de cette troisième partie de notre travail, nous avons pu distinguer les différentes spécificités de la schizophrénie chez la femme ; nous avons tenté d'apporter au clinicien, des éléments pratiques, afin de lui permettre d'entrevoir ces patientes à la fois dans leur spécificité et dans leur globalité.

On peut distinguer ainsi trois grands axes dans cette approche pratique qui se rejoignent à notre sens en un point commun : la dimension sociale.

Le premier axe est celui de la clinique : nous avons envisagé les données épidémiologiques, les modalités d'entrée dans la maladie, la dimension symptomatique de cette clinique et nous en avons dégagé les principales distinctions liées au genre féminin. Ces spécificités trouvent une explication pragmatique en l'hypothèse protectrice des oestrogènes, largement documentée. Cependant, il nous apparaît qu'une lecture sociale peut également avoir toute sa pertinence ; par exemple l'âge d'entrée dans la maladie, plus tardif chez la femme du fait de facteurs d'adaptation prémorbides au regard de la société de meilleure qualité, ou encore des hospitalisations de plus courte durée en lien avec un étayage extérieur plus important que chez l'homme.

Le second axe de cette approche est celui de l'activité génitale de la femme schizophrène, abordant les thèmes de fertilité, conjugalité, maternité et la parentalité. Nous avons pu soulever à cette occasion, des questions éthiques qui occupent une importance croissante au sein de notre pratique clinique mais également au sein de la société. Enfin, nous avons souligné à cette occasion l'importance des liens entre les différents partenaires médicaux et sociaux dans le cadre des prises en charge de ces patientes.

Le troisième et dernier axe de cette approche est celui de la thérapeutique médicamenteuse de ces patientes. Nous avons alors évoqué les ajustements posologiques envisageables, les effets secondaires indésirables des médicaments, la question de la contraception et enfin le cas particulier de la prescription des neuroleptiques pendant la grossesse. Ces dernières problématiques nous replongent alors dans des questions et des réflexions d'ordre éthique.

Ainsi, tout au long de cette troisième partie, nous avons insisté sur la nécessité d'une prise en charge globale des patientes schizophrènes, incluant certes un aspect chimiothérapeutique basé sur des données biologiques certaines, mais surtout une dimension sociale afin de proposer à ces patientes une prise en charge optimale et adaptée.

CONCLUSION

Au gré des différents développements de ce travail et à partir d'une littérature, à priori asexuée, qui s'est révélée très riche, nous avons tenté de mettre en évidence la pertinence d'une clinique sexuée de la schizophrénie. Nous avons proposé, au long de cette approche conceptuelle, différentes lectures d'une entité nosographique unique afin d'alimenter notre réflexion ; nous avons pour cela abordé des domaines aussi vastes que variés dans le but de proposer des points de repère au clinicien et des éléments pragmatiques pour sa pratique courante.

Nous avons donc envisagé la schizophrénie dans son approche historique, de la "folie" classique aux conceptions neurobiologiques récentes et nous avons mis en évidence, malgré l'absence de théorie spécifique, la nécessité d'envisager des modulations en fonction du genre. L'aspect social mis en exergue par nos aînés, laisse la place au fil du temps, à une reconnaissance médicale de plus en plus spécifique des symptômes médicaux.

La spécificité féminine réside en différents éléments : la construction sexuée, qui s'élabore depuis l'enfance, les aspects physiologiques et psychologiques de chaque étape de la vie d'une femme et enfin, le regard de la société sur la place de la femme. Nous avons ainsi abordé des dimensions organiques, psychologiques, sociales et culturelles de la femme. Certains de ces développements entrent directement en résonance avec l'approche de la schizophrénie et nous permettent de justifier de la pertinence du concept de schizophrénie au féminin.

Enfin, nous souhaitons apporter au clinicien des éléments pratiques nécessaires dans l'exercice de cette spécificité. Au détour d'une approche qui se voulait essentiellement clinique et synthétique, nous constatons que les théories essentiellement neuroscientifiques, qui apportent des conclusions certaines et documentées, ne semblent pas entièrement satisfaisantes, ni suffisantes ; il nous apparaît alors nécessaire d'envisager un étayage et une approche davantage orientée vers un versant social.

Nous avons également trouvé nécessaire d'aborder des questionnements éthiques, soulevés par la grossesse ou encore la maternité chez ces patientes schizophrènes afin de souligner la nécessité d'une prise en charge pluridisciplinaire, faisant intervenir différents interlocuteurs médicaux et sociaux.

Notre approche de la question se voulait donc globale, afin d'envisager différentes approches et différentes lectures de la schizophrénie chez la femme ; il apparaît alors, au terme de ce travail des possibilités de développements ultérieurs, notamment autour du caractère social de la prise en charge des patientes schizophrènes.

BIBLIOGRAPHIE

AGENCE FRANÇAISE DE SECURITE SANITAIRE DES PRODUITS DE SANTE (AFSSAPS) *Livret médicaments et grossesse-Psychiatrie*, version n°2 ; 2006.

ALBERNHE T., TYRODE Y. *Le corps et la sexualité* in *Législation en santé mentale. Pratique médico-éthique*. Lyon ; 1996 : 145-92.

ALDA M., AHRENS B., Lit W. *Age of onset in familial and sporadic schizophrenia* *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1996 ; 93 : 447-50.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, traduit par Guelfi D., *Manuel Diagnostic des Troubles Mentaux. 3^{ème} édition texte révisé*. Paris : Masson ; 1989 : 211-24.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, traduit par Guelfi D., *Manuel Diagnostic des Troubles Mentaux. 4^{ème} édition* . Paris : Masson ; 1996 : 321-44.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, traduit par Guelfi D., *Manuel Diagnostic des Troubles Mentaux. 4^{ème} édition Texte Révisé*. Paris : Masson ; 2003 : 343-69.

ANDREASEN N.C., SWAYZE VW., FLAUM M., YATES W.R., ARNDT S., MCCHESENEY C. *Ventricular enlargement in schizophrenia evaluated with computed tomographic scanning. Effects of gender, age, and stage of illness* *Archive general of Psychiatry* 1990 ; 47(11) : 1008-15.

ANGERMEYER M.C., KUHN L., GOLDSTEIN J.M. *Gender and schizophrenia : differences in treated outcome* *Schizophrenia Bulletin* 1990 ; 16 (2) : 293-309.

ANGERMEYER M.C., GOLDSTEIN J.M., KUHN L. *Gender differences in schizophrenia : rehospitalization and community survival* Psychological medicine 1989 ; 19(2) : 365-82.

ATALAY F. ATALAY H. *Gender differences in patients with schizophrenia in terms of sociodemographic and clinical characteristics* German Journal of Psychiatry 2006 ; 9 : 41-7.

BALLET G. *La psychose hallucinatoire chronique et la désagrégation de la personnalité* L'Encéphale 1911 ; 8 n° 6 : 501-8.

BARDOU H., VACHERON-TRYSTRAM M.N., CHEREF S. *Le déni en psychiatrie* Annales médicopsychologiques 2006 ; 164 : 99-107.

BARROUIN F. *Un asile d'aliénés au XIX^{ème} siècle Architecture et histoire Sainte Gemmes sur Loire* Mémoire pour le certificat d'études spéciales de psychiatrie. Angers ; 1986.

BEAUVOIR S. *Le deuxième sexe*. Paris : Gallimard ; 1976 : 456-68.

BERGEMANN N., MUNDT C., PARZER P., PAKRASI M., ECKSTEIN U., HAISCH S. *Estrogen as an adjuvant therapy to antipsychotics does not prevent relapse in women suffering from schizophrenia : results of a placebo controlled double-blind study* Schizophrenia research 2005 ; 74 : 125-34.

BERGEMANN N. *Estrogens and schizophrenic women* Archives of women mental health 2001 ; 3 : S154.

BINSWANGER L. *Schizophrenie*. Pfullingen : Neske ; 1957.

BONNET-BRILHAULT F., THIBAUT F. *Données biologiques de la schizophrénie* Encyclopédie Médico Chirurgicale 2001 ; 37-285-A-17 : 1-22.

BOURDIER P. *Besoins des enfants, désirs et folies des adultes* Perspectives psychiatriques 1986 ; 1 : 7-20.

BROCA P. *Sur le volume et la forme du cerveau suivant les individus et suivant les races* in Mémoires d'anthropologie (vol1). Paris : Reinwald ; 1861 : 166-7.

BROWN L.M. *Dangerousness, impotence, silence, and invisibility : heterosexism in the construction of women's sexuality* in Sexuality, society and feminism. Washington : American Psychological association ; 2000 : 205-225.

BYDLOWSKI M *La relation foetomaternelle et la relation de la mère à son fœtus* in Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent Volume 3. Paris : Presses Universitaires de France ; 2004 : 1881-91.

BLEULER E. *Dementia praecox oder die gruppe der schizophrenien*. Deuticke : Vienne ; 1911. Traduction *Dementia praecox ou Groupe des schizophrénies*. Paris : Epel ; 1993.

CANNON M., ROSSO I.M., HOLLISTER J.M., BEARDEN C.E., SANCHEZ L.E., HADLEY T.A. *Prospective cohort study of genetic and perinatal influences in the etiology of schizophrenia* Schizophrenia Bulletin 2000 ; 26 : 351-66.

CANNON M., MURRAY R.M. *Neonatal origins of schizophrenia* Archives of Disease in the Childhood 1998 ; 78 : 1-3.

CARLSSON A. *The current status of the dopamine hypothesis of schizophrenia* Neuropharmacology 1988 ; 1 : 179-86.

CENTRE PSYCHOTHERAPIQUE DE SAINTE GEMMES SUR LOIRE 1843-1973 *De la commission de surveillance au conseil d'administration, De l'asile d'aliénés au centre Psychothérapique... 130 années d'assistance psychiatrique en Maine et Loire* ; 1973.

CHASLIN P. *Eléments de sémiologie et clinique mentales*. 1^{ère} édition. Paris: Asselin et Houzeau ; 1912.

CHOUDEY M., BARDOU H., BENATHZMANE N. *Psychose et grossesse. Situations cliniques de patientes psychotiques et enceintes* Nervure 2006 ; XIX (4) : 30-8.

COHEN R., SEEMAN M.V., GOTOWIEC A., KOPALA L. *Earlier puberty as a predictor of later onset of schizophrenia in women* American Journal of Psychiatry 1999 ; 156 : 1059-64.

COHEN R.Z., GOTOWIEC A., SEEMAN M.V. *Duration of treatment phases in schizophrenia : women and men* Canadian journal of psychiatry 2000 ; 45(6) : 544-7.

COVERDALE J.H., ARUFFO J.A. *Family planing needs of female chronic psychotic outpatients* American Journal of Psychiatrie 1989 ; 146 (11) : 1489-91.

CURRIER G.W., SIMPSON G.M. *Psychopharmacology : Antipsychotic medications and fertility* Psychiatric services 1998 ; 49 : 175-6.

DAYAN J., ANDRO G., DUGNAT M. *Les mères schizophrènes et leurs enfants* in Psychopathologie de la périnatalité Collection Les âges de la vie. Paris : Masson ; 1999 :183-214.

DELAY J., DENIKER P, HARL J.M. *Utilisation en thérapeutique psychiatrique d'une phénothiazine d'action centrale élective (4560 RP)* Annales médicopsychologiques 1952 ; 110 : 112-7.

DEUTSCH H. *La ménopause* (1925) in *La psychologie des femmes* volume II. Paris : Presses Universitaires de France ; 1973 : 391-418.

DICIONNAIRE HISTORIQUE DE LA LANGUE FRANÇAISE, sous la direction d'A. Rey. Paris : Dictionnaire Le Robert ; 1995.

DICIONNAIRE LE PETIT ROBERT, Paris : Dictionnaire Le Robert ; 1990.

DICIONNAIRE LE PETIT LAROUSSE, Paris : Librairie Larousse ; 1980 : 380.

DICKSON R.A., SEEMAN M.V., CORENBLUM B. *Hormonal side effects in women : typical versus atypical antipsychotic treatment* *Journal Clinical of Psychiatry* 2000 ; 61 (3) : 10-15.

DOR J. *La forclusion du Nom-du-Père. Approche des processus psychotiques* in *Introduction à la lecture de Lacan*. Paris : Denoël ; 2002 : 123-6.

DOR J. *Le stade du miroir et l'Oedipe* in *Introduction à la lecture de Lacan*. Paris : Denoël ; 2002 : 97-113.

DUBERTRET C., GORWOOD P., ADES J. *Psychose hallucinatoire chronique et schizophrénie d'apparition tardive : une même entité ?* *L'encéphale* 1997 ; XXIII : 157-67.

DUVAL F. *Endocrinologie et psychiatrie* *Encyclopédie Médico Chirurgicale* 2003 ; 37-640-A-10.

ESQUIROL E. Dictionnaire des sciences médicales (Tome VIII). 1^{ère} édition. Paris : CLF Panckoucke ; 1814.

EY H., BERNARD P., BRISSET C. *Les psychoses schizophréniques* in Manuel de psychiatrie. 6^{ème} édition, Paris: Masson ; 1989 : 473-556.

FALRET J.P. *Des maladies mentales et des asiles d'aliénés*. Paris : J.P. Baillière ; 1864 : Sciences en situation, 1994.

FERRERI M.M., LIMOSIN F. *Mise au point sur la sexualité des schizophrènes* Synapse 2005 ; 214 : 27-35.

FINELTAIN L. *Naissance de la Psychiatrie à la faveur des procès de sorcellerie et de possession diabolique* Bulletin de psychiatrie 1999 ; 7.1 : 1-20.

FOUCAULT M. *Naissance de l'asile* in: Histoire de la folie à l'âge classique. Paris: Gallimard ; 1972 : 576-632.

FREUD S., BREUER J. *Etudes sur l'hystérie* 1895. Paris : Presses Universitaires de France ; 1978.

FREUD S. *La sexualité infantile* in Trois essais sur la théorie de la sexualité Paris : Gallimard ; 1942 : 69-107.

FREUD S. *Remarques psychanalytiques sur l'autobiographie d'un cas de paranoïa : Le Président Schreber* in Cinq psychanalyses. Paris ; 1954 : 263-324.

FREUD S. *Fragment d'une analyse d'hystérie (Dora)* in Cinq Psychanalyses. Paris: Presses Universitaires de France ; 1954 : 1-91.

FREUD S. *Le clivage du moi dans le processus de défense (1938)* in Résultats, idées, problèmes Tome II. Paris : Presses Universitaires de France ; 1985 : 283-7.

FREUD S. *Névrose et psychose (1924)*, in Névrose Psychose et Perversion. Paris : Presses Universitaires de France ; 1973 : 283-7.

FULLER TORREY E., YOLKEN R.H. *Familial and genetic mechanisms in schizophrenia* Brain research reviews 2000 ; 31 : 113-7.

GALLOYER-FORTIER A.L. *Approche psychiatrique de la prise de poids et de l'obésité chez les patients schizophrènes. Point de vue du patient et du psychiatre ; à partir de 41 cas.* Thèse pour le diplôme d'état de Docteur en médecine. Angers ; 2005.

GARLOT-JUHEL C. *Maternité et schizophrénie* L'Evolution psychiatrique 1992 ; 57(1) : 61-74.

GERMAIN C. *Antipsychotiques et grossesse* Annales Médicopsychologiques 2005 ; 163 : 436-9.

GOLDSTEIN J.M., LINK B.G. *Gender and the expression of schizophrenia* Journal of psychiatric research 1988 ; 22(2) : 141-55.

GOLDSTEIN J.M., SEIDMAN L.J., O'BRIEN L.M., HORTON N.J., KENNEDY D.N., MAKRIS N. *Impact of normal sexual dimorphism on sex differences in structural brain abnormalities in schizophrenia assessed by magnetic resonance imaging* Archive general of psychiatry 2002 ; 59 : 154-64.

GOLDSTEIN J.M., SEIDMAN L.J., HORTON N.J., MAKRIS N., KENNEDY D.N., CAVINESS V.S. *Normal sexual dimorphism of the adult human brain assessed by in vivo magnetic resonance imaging* Cérébral Cortex 2001 ; 11(6) : 490-7.

GOLDSTEIN J.M., SANTANGELO S.L., SIMPSON J.C., TSUANG M.T. *The role of gender in identifying sub-types of schizophrenia : a latent class analytic approach* Schizophrenia Bulletin 1990 ; 16(2) : 263-75.

GOURION D., GOUREVITCH R., LE PROVOST J.B., OLIE J.P., LOO H., KREBS M.O. *L'hypothèse neurodéveloppementale dans la schizophrénie* L'encéphale 2004 ; 30(2) : 109-118.

GRUEL N. *Clinique des schizophrénies en fonction du sexe. Données épidémiologiques concernant 1024 schizophrènes du C.H.S. de Rennes et analyse de la littérature.* Thèse pour le diplôme d'état de Docteur en médecine. Rennes ; 1989.

GUILLIN O. *L'hypothèse dopaminergique revisitée* L'encéphale 2006 ; 32 : 908-11.

HAFNER H., BEHRENS S., DE VRY J., GATTAZ W.F. *An animal model for the effects of estradiol on dopamine-mediated behavior : implication for sex differences in schizophrenia* Psychiatry research 1991; 38: 125-134.

HAFNER H. *Gender differences in schizophrenia* Psychoneuroendocrinology 2003 ; 28 : 17-54.

HAFNER H. NOWOTNY B. *Epidemiology of early-onset schizophrenia* European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience 1995 ; 245 : 80-92.

HAFNER H. HEIDEN W. *Epidemiology of schizophrenia* Canadian Journal of psychiatry 1997 ; 42 : 139-51.

HOCHMAN K., LEWINE R. *Age of menarche and schizophrenia onset in women* Schizophrenia research 2004 ; 69 : 183-88.

HORNEY K. *La négation du vagin- Une contribution au problème des angoisses génitales spécifiques aux femmes (1933)* in Psychologie de la femme. Paris : Payot ; 2002 : 189-208.

HOWARD L.M. *Pregnancy in women with psychotic disorders* Clinical effectiveness in nursing 2006 ; 9S2 : 201-11.

JABLENSKY A.V., KALAYDJIEVA L.V. *Genetic epidemiology of schizophrenia : phenotypes, risk factors and reproductive behavior* American journal of psychiatry 2003 ; 160(3) : 425-9.

JUNG C.G. cité par Mottel I. *La construction de l'identité sexuée* Thérapies psychomotrices et recherches 1999 n°119 : 14-21.

KIMURA D. *Sex differences in the brain* Scientific American 1992; 267 (3): 118-25

KLEIN M. *Les stades précoces du conflit oedipien (1928)* in Essais de psychanalyse. Paris : Payot ; 1976 : 229-41.

KLEIN M. *Le complexe d'Œdipe éclairé par les angoisses précoces (1945)* in Essai de psychanalyse. Paris : Payot ; 1976 : 370-424.

KLING K.C., HYDE J.S., SHOWERS C. *Gender differences in self esteem: a metaanalysis* Psychological bulletin 1999 ; 125 : 470-500.

KNIEBIEHLER Y. Histoire des mères et de la maternité en occident. Paris : Presses universitaires de France ; 2000.

KREBS M.O. *Interactions gènes/environnement dans la schizophrénie* L'encéphale 2006 ; 32 : 884-6.

KULKARNI J., DE CASTELLA A., SMITH D., TAFFE J., KEKS N., COPOLOV D. *A clinical trial of the effects of oestrogen in acutely psychotic women* Schizophrenia research 1996 ; 20 : 247-52.

LACAN J. *Le stade du miroir comme formateur de la fonction du Je telle qu'elle nous est révélée dans l'expérience psychanalytique* in Ecrits. Paris : Seuil ; 1966 : 99-213.

LACAN J. Les psychoses séminaire livre III. Paris, Seuil ; 1981.

LACAN J. *D'une question préliminaire à tout traitement possible de la psychose* in Ecrits. Paris. Seuil ; 1966 : 531-83.

LAMOUR M. *Les nourrissons de parents psychotiques* in Psychopathologie du bébé (Lebovici S., Weil-Halpern F.) Paris : Presses Universitaires de France ; 1989 : 655-73.

LANTERI-LAURA G. *Historique des délires chroniques et de la schizophrénie* Encyclopédie Médico Chirurgicale 1996 ; 37-281-C10 : 1-19.

LAURENT C., ALLILAIRE J.F., ALBANESE V., CHALDEE M., MALLET J. *Données génétiques de la schizophrénie* Encyclopédie Médico Chirurgicale 1999 ; 37-285-A-16: 1-19.

LEBOYER M., DES LAURIERS A. *Schizophrénies féminines : Mythe ou réalité?* Neuro-Psy 1993 ; 8(6) : 286-91.

LEWIS D.A., LIEBERMAN J.A. *Catching up on schizophrenia : natural history and neurobiology* Neuron 2000 ; 28 : 325-34.

LLORCA P.M. *Médicaments non dopaminergiques dans la schizophrénie* L'Encéphale 2006 ; 32 : 913-6.

LOI SUR LES ALIENES n° 7443 du 30 juin 1838.

LOUZA M., MARQUES A.P., ELKIS H., BASSITT D., DIEGOLI M., GATTAZ W. *Conjugated estrogens as adjuvant therapy in the treatment of acute schizophrenia* Schizophrenia research 2004 ; 66 : 97-100.

MAC CULLOUGH L.B., COVERDALE J.H., CHEVERNAK F.A. *Ethical challenges of decision with pregnant patient who have schizophrenia.* American journal of Obstetric and Gynecology 2002 ; 187 : 696-702.

MAC DONALD, MURRAY R.M. *Early and late environmental risk factors for schizophrenia* Brain research reviews 2000 ; 31 : 130-7.

MAC EWEN B.S. ALVES E. *Estrogen actions in the central nervous system* Endocrine reviews 1999 ; 20 : 279-307.

MAC GLASHAN T.H., HOFFMAN R.E. *Schizophrenia as a disorder of developmentally reduced synaptic connectivity* Archives General Psychiatry 2000 ; 57 : 637-48.

MAC NEIL T.F., KAIJ L., MALMQUIST-LARSSON A. *Women with nonorganic psychosis : mental disturbance during pregnancy* Acta Psychiatrica Scandinavia 1984 ; 70 : 127-39.

MAJOR B., BARR L., ZUBEK J, *Gender differences in self esteem: a metaanalysis in Sexism ans stereotypes in modern society*. Washington ; 1999 : 223-253.

MARCELLI D. *Sources théoriques de la pédopsychiatrie clinique* in Psychopathologie de l'enfant. 4^{ème} édition. Paris : Masson ; 1993 : 26-39.

MARCELLI D. *Les modèles de compréhension de l'adolescence* in Adolescence et psychopathologie. Collection les âges de la vie. 6^{ème} édition. Paris; Masson 2004 : 14-35.

MATLIN M.W. *La petite enfance et l'enfance, le développement du genre* in Psychologie des femmes traduction de W.M. Pullin. Bruxelles: De Boeck ; 2007: 99.

MATLIN M.W. *Concept de soi et identité pendant l'adolescence* in Psychologie des femmes traduction de W.M. Pullin. Bruxelles : De Boeck ; 2007 : 145.

MAUDOUX M., PREVOST P., REPELLIN F., PAILLEUX J.M., COUZINET N. *Evolution des délires chroniques au cours de la grossesse et du post partum* Annales médicopsychologiques 1991 ; mai : 730-3.

MILLER L.J. *Sexuality, reproduction and family planing in women with schizophrenia* Schizophrenia bulletin 1997 ; 23 (4) : 623-35.

MILLER L.J., FINNERTY M. *Sexuality, pregnancy and childrearing among women with schizophrenia spectrum disorders* Psychiatric services 1996 ; 47 : 502-6.

MOREAU DE TOURS *Du haschich et de l'aliénation mentale*. Paris : Fortin –Masson ; 1845.

MOTEL I *La construction de l'identité sexuée* Thérapies psychomotrices et recherches 1999 n°119 : 14-21.

NOPOULOS P., FLAUM M., ANDREASEN N.C. *Sex differences in brain morphology in schizophrenia* American Journal of psychiatry 1997 ; 154 (12) : 1648-54.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE, Traduit par Pull C.B CIM 10 *Troubles mentaux et des troubles du comportement* Classification Internationale des Maladies. 10^{ème} révision. Paris: Masson ; 1993 : 78-86.

PEARLSON G.D. *Neurobiology of schizophrenia* Annales of Neurology 2000 ; 48 : 556-66.

PINEL P. *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale et la manie*. Paris: Richard Caille et Ravier ; An IX (1801). Réédition : Empecheurs de penser en rond. Paris ; 2005.

PLAZE M., BARTRES-FAZ D., MARTINOT J.L., JANUEL D., BELLIVIER F., DE BEAUREPAIRE R., ET AL *Left superior temporal gyrus activation during sentence perception negatively correlates with auditory hallucination severity in schizophrenia patients* Schizophrenia research 2006 ; 87 : 109-15.

RABOCH J. *The sexual development and life of female schizophrenic patients* Archives of sexual behavior 1984 ; 13(4) : 341-9.

RACAMIER C. *Les schizophrénies*. Paris : Payot ; 1980 : 87-94.

RACAMIER C. *L'interprétation psychanalytique des schizophrénies* Encyclopédie Médico Chirurgicale 1976 ; 37-291-A-10.

RACAMIER P.C. cité par Chouvier B. *Œdipe* in Dictionnaire de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent. Paris : Presses Universitaires de France ; 2000 : 471-2.

RAJA M., AZZONI A. *Sexual behavior and sexual problems among patients with severe psychoses* European psychiatry 2003 ; 18(2) : 70-6.

RICALENS E. *Concept de schizophrénie tardive* Communication orale Jersey 2004.

ROCHETTE N. *De l'erreur à la solution délirante*. Thèse pour le diplôme d'état de Docteur en médecine. Angers ; 2006.

ROSOLATO G. cité par Chouvier B. *Œdipe* in Dictionnaire de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent. Paris : Presses Universitaires de France ; 2000 : 471-2.

ROSCH D.S., SAJATOVIC M., SIVEC H. *Behavioral characteristics in delusional pregnancy : a matched control group study* International Journal of psychiatry in medicine 2002 ; 32(3) : 295-303.

ROUSSEAU J.J *Emile ou de l'éducation* cité dans "femmes, histoire des"

SALOKANGAS R. *Pronostic implications of the sex of schizophrenic patients* British Journal of Psychiatry 1983 ; 142 : 145-51.

SALOKANGAS R., HONKONEN T., SAARINEN S. *Women have later onset than men in schizophrenia but only in its paranoid form. Results of the DSP project* European Psychiatry 2003 ; 18 : 274-81.

SALOKANGAS R. *Gender and the use of neuroleptics in schizophrenia* Schizophrenia research 2004 ; 66 : 41-9.

SCHAAL B. ROUBY C. *Le développement des sens chimiques : influences exogènes prénatales, conséquences post natales* Progrès en néonatalogie 1990 ; 10 : 182-201.

SCHNEIDER K. *Klinische psychopathologie*. 10^{ème} édition. Stuttgart : Thieme Verlag ; 1973. Traduction *Psychopathologie clinique*. Louvain : Nauwelaets ; 1976.

SIMONET M. *Modèle cognitivocomportemental de la schizophrénie* Encyclopédie MédicoChirurgicale 2005 ; 37-290-A-10.

SEEMAN M.V. *Interaction of sex, age and neuroleptic dose* Comprehensive psychiatry 1983 ; 24(2) : 125-8.

SEEMAN M.V. *The role of estrogen in schizophrenia* Journal Psychiatry of neurosciences, vol 21, n°2, 1996.

SEEMAN M.V. *Relationnal ethics : When women suffer from psychosis* Archives of Women Mental Health 2004 ; 7(3) : 201-10.

SEEMAN M.V. *Women and schizophrenia* Medscape women's health 2000 ; 5(2) : 1-8.

SEEMAN P., LEE T., CHAU-WONG M., WONG K. *Antipsychotic drug doses and neuroleptic/dopamine receptors* Nature (London) 1976 ; 261 : 717-9.

STAHL S.M. *Psychoses et schizophrénie* in: Psychopharmacologie essentielle. Paris : Flammarion ; 2002 : 365-99.

STERN D. *La constellation maternelle* in La constellation maternelle. Calman Lévy ;1997 : 223-247.

TACHON J.P., NOEL P. *Documents administratifs-IVG et contraception des malades mentaux* L'information psychiatrique 2003 ; 79(7) : 639-40.

TAMBORI A. *Syndromes prémenstruels* Encyclopédie Médicochirurgicale 1994 ; 161-C-10.

TATOSSIAN A. *Les tâches d'une génétique des psychoses. A propos des modèles psychotiques : psychose unitaire et vulnérabilité psychotique* Psychanalyse à l'université 1982 ; 7 : 503-14.

THIBAUT F. *L'hypothèse neurodéveloppementale de la schizophrénie* in : Les schizophrénies, des avancées théoriques à la pratique clinique. Paris : Pil ; 2004 : 71-91.

USALL J., HARO J.M., OCHOA S., MARQUEZ M., ARAYA S. *Influence on gender on social outcome of schizophrenia* Acta Psychiatria Scandinavia 2002 ; 106 : 337-42.

VACHERON M.N., BARDOU H., CHOUDEY M. *Sexualité et éthique chez les patientes psychotiques* Nervure 2006 ; XIX (4) : 23-9.

VIALA A., CHOUDEY M., BENATHZMANE N. *Psychose et grossesse. Données actuelles sur la pharmacothérapie* Nervure ; 19 (4) : 12-22.

WALDER D., SEIDMAN L., CULLEN N., SU J., TSUANG M.T., GOLDSTEIN J.M. *Sex differences in language dysfunction in schizophrenia* American Journal of Psychiatry 2006 ; 163 : 470-7.

WIER J. *De prestigiis daemonum et incantationibus ac beneficiis* 1560, 1564 et 1567.

WINNICOTT D.W. *La préoccupation maternelle primaire* in *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris : Payot ; 1956 : 168-74.

WHITBOURNE S.K. *Identity and adaptation to the aging process* in *Self and society in aging processes*. New York : Springer ; 1998 : 122-149.

WOLFF S., CHICK J. *Schizoid personality in childhood : A controlled full up study* Psychological medicine 1980 ; 10 : 85-100.

ZARBATANY L., MAC DOUGALL P., HYMEL S. *Gender differentiated experiences in the peer culture: links to intimacy in preadolescence* Social développement 2000 ; 9 : 62-79.

"femmes, histoire des" Encyclopédie Microsoft ® Encarta ® en ligne 2006
<http://fr.encarta.msn.com>©1997-2006 Microsoft Corporation.

<http://www.psychiatrie.histoire.free.fr/index.html>

PLAN	11
INTRODUCTION	12
1. NAISSANCE ET EVOLUTION DU CONCEPT DE SCHIZOPHRENIE	14
1.1 De la folie à la schizophrénie	16
1.1.1 Naissance de la folie	16
1.1.2 La période de l'aliénation mentale, de 1793 à 1854.	19
1.1.2.1 Les aliénistes et l'aliénation mentale	19
1.1.2.2 La prise en charge des aliénés.....	21
1.1.3 La période des maladies mentales, de 1854 à 1924.	26
1.1.3.1 En France	26
1.1.3.2 En Allemagne.....	27
1.1.3.3 A Sainte Gemmes sur Loire.....	28
1.1.4 La période des grandes structures, de 1924 à 1977	29
1.1.4.1 En Allemagne.....	29
1.1.4.2 En France	30
1.1.4.3 A Sainte Gemmes sur Loire.....	31
1.2 Approche psychopathologique de la schizophrénie.....	33
1.2.1 Approche psychanalytique de la schizophrénie.....	33
1.2.1.1 Le stade du miroir	35
1.2.1.2 La forclusion du nom du père.....	36
1.2.1.3 L'indifférenciation de soi et de l'objet	37
1.2.1.4 Le processus d'inanité.....	38
1.2.1.5 Déni, Clivage et Projection.....	38
1.2.2 Approche phénoménologique de la schizophrénie	40
1.2.3 Modèle cognitivocomportemental de la schizophrénie.....	41
1.3 Critères actuels de diagnostic de la schizophrénie.....	43
1.3.1 Selon le DSM-IV Texte Révisé	43
1.3.1.1 Différences liées au sexe dans la schizophrénie dans le DSM-IV TR.....	47

1.3.1.2 Place des schizophrénies à début tardif dans le DSM.....	48
1.3.2 Selon la CIM 10.....	49
1.4 Apport des neurosciences	53
1.4.1 Psychopharmacologie de la schizophrénie.....	53
1.4.1.1 Hypothèse dopaminergique	54
1.4.1.2 Hypothèse sérotoninergique	57
1.4.1.3 Autres neurotransmetteurs.....	57
1.4.2 Hypothèse neurodéveloppementale	57
1.4.3 Hypothèse neurodégénérative et hypothèse glutamatergique	59
1.4.4 Imagerie neuro anatomique et fonctionnelle des psychoses schizophréniques.....	60
1.4.5 Génétique des schizophrénies et intérêt du modèle de vulnérabilité.....	61
2 A PROPOS DE LA FEMME	65
2.1 La femme, d'un point de vue physiologique et psychologique	66
2.1.1 La petite enfance et l'enfance.....	66
Le point de vue psychanalytique:.....	67
2.1.1.1 Le stade oral (0 à 12 mois) et le stade anal (2 ^{ème} et 3 ^{ème} années).....	67
2.1.1.2 Le stade phallique (3 ^{ème} et 4 ^{ème} années)	68
2.1.1.3 Le complexe d'Oedipe (5 ^{ème} et 6 ^{ème} années).....	69
2.1.1.4 Autres apports théoriques.....	70
2.1.1.5 La période de latence (de 6 ans à la puberté).....	71
Le point du vue cognitif et social:	72
2.1.2 L'adolescence.....	73
2.1.2.1 La puberté	73
2.1.2.2 D'un point de vue psychanalytique	77
2.1.2.3 D'un point de vue cognitif et social.....	77
2.1.3 La femme.....	79
2.1.3.1 Les effets des œstrogènes sur le cerveau	79
2.1.3.2 Apport de l'imagerie cérébrale.....	80
2.1.3.3 La sexualité féminine	81
2.1.4 La grossesse.....	82
2.1.4.1 D'un point de vue physiologique.....	82
2.1.4.2 La relation mère-enfant pendant la grossesse	83

2.1.4.3 "La constellation maternelle"	84
2.1.5 La ménopause	85
2.1.5.1 D'un point de vue physiologique.....	85
2.1.5.2 Représentation psychosociale de la ménopause	86
2.2 D'un point de vue sociologique et historique	87
2.2.1 Les femmes dans l'Antiquité	87
2.2.2 Les femmes chrétiennes de l'époque médiévale à l'époque moderne	88
2.2.3 Les femmes depuis l'époque contemporaine.....	89
3. SPECIFICITES DE LA SCHIZOPHRENIE CHEZ LES FEMMES	92
3.1 Données épidémiologiques de la schizophrénie.....	93
3. 2 Modalités d'entrée dans la maladie.....	94
3.2.1 Facteurs d'adaptation prémorbide	95
3.2.2 Age de début de la maladie	96
3.3 Clinique de la schizophrénie à la phase d'état	99
3.3.1 Expression symptomatique de la maladie	99
3.3.2 Evolution de la maladie.....	101
3.3.3 Hypothèse protectrice des œstrogènes	103
3.4 Sexualité, fécondité chez les patientes schizophrènes.	105
3.4.1 Sexualité	105
3.4.2 Conjugalité	106
3.4.3 Fertilité, fécondité.....	106
3.5 Grossesse chez la femme schizophrène	108
3.5.1 Désir de grossesse	108
3.5.2 Déroulement de la grossesse.....	109
3.5.2.1 Evolution du trouble psychiatrique pendant la grossesse.....	111
3.5.2.2 Fréquence des décompensations dans le post-partum.....	112
3.5.3 Grossesse et éthique	113
3.5.3.1 Grossesse désirée	113
3.5.3.2 Grossesse non programmée	113

3.5.4 Le délire de grossesse.....	114
3.6 Les mères schizophrènes et leurs enfants.....	116
3.6.1 La mère schizophrène	116
3.6.2 Caractéristiques des interactions entre la mère psychotique et son bébé.....	117
3.6.3 L'enfant de mère schizophrène	117
3.7 Spécificités de la chimiothérapie chez la femme schizophrène.....	119
3.7.1 Adaptations posologiques des neuroleptiques.....	119
3.7.2 Les œstrogènes comme thérapie adjuvante	120
3.7.3 Effets secondaires indésirables	121
3.7.4 La contraception	122
3.7.5 Antipsychotiques et grossesse	124
3.7.5.1 Antipsychotiques de première génération	125
3.7.5.2 Antipsychotiques de deuxième génération.....	125
CONCLUSION.....	128
BIBLIOGRAPHIE	130