**Cas clinique : Une psychose associée à des traits antisociaux**

Madame W.Z, âgée de 25 ans, célibataire et l’ainée d’une fratrie de trois, résidente à Agadir, niveau 2éme année ISTA (option de restauration) et de niveau socio-économique moyen. Il a été ramené par sa famille sous réquisition de la policepour une fugue de son domicile de six jours.

Elle a dans ses antécédents psychiatriques quatre hospitalisations pour le même motif, mise sous Amisulpride avec une bonne amélioration clinique.

Elle est connue tabagique chronique, avec une consommation chronique du cannabis initiéeà l’âge de 13-14 ans, avec une consommation occasionnelle de benzodiazépines.

Elle a également dans les antécédents, des gardes à vue de 24-48h à plusieurs reprises. On n’a pas retrouvé d’antécédents médicaux ni chirurgicaux ni d’antécédents psychiatriques familiaux notables.

**Histoire de la maladie :**

Le début de trouble, semble remonter à l’enfance (5-6ans), par la constatation des parents de quelques troubles du comportement. Elle fille était hyperactive, opposante, elle mordait ses amis à chaque frustration ou chaque conflit, elle coupait et jetait ses habits, les meubles et ses affaires à chaque dispute. Elle cassait la voiture de ses parents, devenait agressive envers ses sœurs avec des propos obscènes. La patiente était mal traitée par son père, Parfois, il la battait à mort même dans la rue, devant les passants.

Notre patiente était une élève assidue, elle obtenait de très bonnes notes selon les témoignages de son entourage, elle était très intelligente, très attentive, mais elle était opposante, agressive et impulsive, au point que ses parents soient convoqués à maintes reprises par la direction de l'école pour ses troubles de comportements.

Cette symptomatologie, a durée jusqu’à l’âge de 13-14 ans, et s’est aggravé par le début des conduites addictives, elle fumait du tabac et du cannabis sans prise de conscience de la gravité de cette conduite. Par la suite, la patiente commençait à quitter son domicile parental à plusieurs reprises, elle fréquentait des inconnus, des vagabonds, des clochards et même des hommes plus âgés qu’elle, passait des nuits avec eux dans la rue, sans aucune estime du risque.

Les parents rapportent également qu’elle leur demandait de l'argent au lieu de leur travail et devant leurs collègues, et s'ils refusaient, elle commençait à créer et à casser.

La patiente était isolée, n’avait pas de relations amicales, mêmeelle n’avaitmême pas de contacts avec ses deux sœurs, se négligeait sur le plan hygiènecorporel et vestimentaire, elle ne prenait sa douche que par obligation, et ceci après un mois voire plus.

Durant cette période, la famille a essayé de la faire occuper avec plusieurs activités plaisantes, mais selon la maman, elle était toujours froide, voire absente, avec une mimique n’exprimant aucune émotions, etparfois un regard fixe et lointain qui effrayait tous les membres de la famille. Elle déambulait sans cesse dans sa maison, n'attendait que l'occasion de fuir la maison. Et si quelqu'un la contrariait, elle devenait irritable, agressive, et surtout elle devient agitée et clastique.

La maman a rapporté également des périodes de soliloquie et de rire immotivés en dehors des moments de la consommation, sans périodes d’excitation ni d’euphorie.

**Entretien psychiatrique:**

A l’admission, l’entretien psychiatrique était pauvre.La patiente s’est présentée avec une tenue mal entretenue, cheveux mal coiffés et sales, les ongles sales, la mimique était figée, mais le contact reste possible, elle répondait de façon succincte. Le discours était de débit normal, marqué par des réponses courtes, des réponses qui se répètent à chaque entretien, une banalisation très frappante

La patiente se dit euthymique, alors que affect est franchement émoussé. Elle parait non angoissée, et réagit de façon très pauvre aux évènements qui a eu lieu durant son enfance.

Elle ne rapporte pas d’idées délirantes franches, ni d’hallucinations. (Par ailleurs la patiente a menti en ce qui concerne le motif d’hospitalisation), cependant son jugement est ambigu et incompréhensible par rapport aux faits rapportés par ses parents, et surtout par rapport aux risques encourus par ses comportements de délinquance et des comportements sexuels à risque.

On ne retrouve pas d’idées suicidaires, ni d’automutilations,

Son insight est pauvre, semble ne pas demander une aide psychologique et ne s’oppose pas au fait qu’il reste à l’hôpital psychiatrique.

**Diagnostics à évoquer :**

1-schizophrénie type indifférenciée

2- Une héboïdophrénie

3-Trouble de la personnalitéantisociale

4-Dépression atypique

5- Un continuum d’un trouble d’attention et déficit de l’attention

6- Troubles des conduites et troubles oppositionnels à l’enfance avec une schizophrénie actuelle

**Discussion diagnostique :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Schizophrénie | Trouble de la personnalité | Dépression atypique |
| Age 25  Début au bas âge | **En faveur**  **contre** | **Possible**  **Très probable** | **Possible**  **Contre** |
| ATCDs psychiatriques | **Possible** | **Très probable** | **Possible** |
| Affect froid | **Très probable** | **Possible** | **Contre** |
| Propos obscènes | **Contre** | **Fort possible** | **contre** |
| Mensonges | **Contre** | **Très probable** | **Contre** |
| Hétéro agressivité, irritabilité, opposition | **Peu probable** | **Très probable** | **Peu probable** |
| Humeur euthymique | **En faveur** | **Possible** | **Contre** |
| Contenu de la pensée | **Possible** | **Possible** | **Possible** |
| Troubles perceptifs absents | **Encore possible** | **Très Possible** | **Possible** |
| Froideur de l’affect  Banalisation des risques | **Fort Probable** | **Possible** | **Contre** |

**Prise en charge :**

1. Hospitalisation
2. Bilan :

Bilan biologique : sérologie VIH, sérologie hépatites B et C, sérologie syphilitique, test de grossesse, Beta HCG

1. Rispéridone 2mg/j+ Nozinan 100mg/j.
2. Réévaluation, un suivi quotidien et une surveillance de son comportement au sein du service.
3. Prévoir les neuroleptiques retard à la sortie.

**Evolution :**

Au cours des 3 premiers jours de l’hospitalisation, la patiente est restée calme, gardant toujours un contact étrange, une tenue sale, une mimique figée et un regard fixe. Elle se dit euthymique avec un affect toujours froid, ne rapportant aucun trouble perceptif ni des idées délirantes franches.

Le 8ème jour d’hospitalisation, la patiente est toujours calme, bien orientée, la tenue est bien entretenue, la mimique devenait mobile, elle souriait au cours de l’entretien, le contact visuel était présent pour la 1ére fois, ne rapportant aucun trouble perceptif, ni trouble de la pensée, tout en gardant un affect froid. Son Insight est relativement amélioré, et elle accepte le traitement qu’on lui propose.

L’évolution à un mois après sa sortie de l’hôpital a été marquée par une bonne amélioration, une bonne observation thérapeutique et une bonne insertion familiale et professionnelle.

**Dr Ouhamou Mina**

**Médecin Résidente**

**Service de Psychiatrie**

**CHU-Agadir**