



ROYAUME DU MAROC
UNIVERSITE SIDI MOHAMED BEN ABDELLAH
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE FES



MEMOIRE DE FIN DE SPECIALITE :
ENFANCE DES PATIENTS SCHIZOPHRÈNES :
ÉTUDE TRANSVERSALE AUPRÈS DE 100 PATIENTS

PRESENTEE PAR :

Docteur JAAFARI MOUNIR

**POUR L'OBTENTION DU DIPLOME DE
SPECIALISTE EN MEDECINE**

Option : PSYCHIATRIE

Sous la direction de : Professeur AALOUANE RACHID

Session : Mai 2018

PLAN

Introduction	3
Partie pratique.....	6
Résultats	12
Discussion.....	56
Conclusion.....	66
Résumé.....	68
Références.....	70

INTRODUCTION

La schizophrénie est une affection psychotique assez fréquente qui touche environ 1% de la population, soit environ 350.000 marocains. La prise en charge de cette maladie chronique reste donc un enjeu majeur de santé publique. Dans ce sens, de nombreuses études ont tenté d'identifier les facteurs étiologiques et les modèles développementaux de la schizophrénie, afin de mieux comprendre et peut-être mieux maîtriser les symptômes pour améliorer le quotidien de ces Patients.

Depuis le début du XXe siècle, l'étiopathogénie de la schizophrénie a fait l'objet de nombreuses spéculations, allant de l'éventualité d'une psychogenèse pure aux hypothèses neurobiologiques les plus diverses. Cependant, aucun des modèles proposés n'a jamais pu rendre compte, à lui seul, du processus pathologique en cause. Aujourd'hui, la grande majorité des auteurs s'accorde sur le caractère étiologique multifactoriel du trouble et sur le fait que le processus schizophrénique ne peut être réduit à l'action d'une seule catégorie de facteurs.

De nombreuses études rétrospectives ont tenté de retracer l'histoire prémorbide des sujets ayant développé une schizophrénie, c'est-à-dire l'histoire de la phase allant de la naissance aux premiers signes précurseurs de la maladie, à la recherche de signes et de symptômes qui pourraient être considérés comme des indicateurs précoces de vulnérabilité. Leurs résultats apparaissent extrêmement disparates, en raison notamment de l'hétérogénéité des moyens d'investigation utilisés (1-3).

Les signes et les symptômes ainsi retrouvés dans l'enfance des sujets schizophrènes sont multiples, non spécifiques, variables selon l'âge et le sexe : retard et troubles du développement psychomoteur, retard et troubles du langage, anomalies du regard, difficultés alimentaires précoces, troubles du sommeil, énurésie, troubles de la concentration, troubles formels de la pensée, idées « presque » délirantes, difficultés d'adaptation et faibles performances scolaires, troubles de la socialisation (enfants décrits comme introvertis, solitaires, isolés, passifs, extrêmement sages, repliés sur eux-mêmes, irritables, émotionnellement instables, timides), troubles du comportement (agitation, inhibition, agressivité, bizarreries), troubles anxieux (4-8).

Des études de cohortes, plus récentes, confirment cependant que l'enfance des sujets futurs schizophrènes se différencie de celle des sujets de la population générale sur de nombreux points : retard et troubles du développement psychomoteur, déficits cognitifs, troubles du comportement (9-11). Les études portant sur l'évolution des enfants à haut risque de schizophrénie, c'est-à-dire ayant au moins un parent schizophrène, apportent aussi des

données intéressantes et montrent que ceux qui développent une schizophrénie à l'âge adulte présentent, comparativement à des témoins, des retards dans différents domaines du développement et une moins bonne adaptation sociale. Toutes ces données montrent que des signes et des symptômes prémorbides peuvent être repérés précocement dans l'histoire des sujets schizophrènes. Plusieurs études ont tenté d'en mieux préciser la nature et la spécificité.

La présente étude, au moyen d'un hétéro-questionnaire et des échelles d'évaluation, sera consacrée à la recherche des indices de l'enfance, qui sont prédictifs d'un éventuel développement de la schizophrénie à l'âge adulte. Un maximum d'antécédents pré-morbides de la vie infantile a été recueilli et plusieurs paramètres ont été étudiés, avec l'espoir de contribuer à un repérage précoce de la maladie et la surveillance des patients à risque.

PARTIE PRATIQUE

A. Contexte :

La schizophrénie est une affection psychotique assez fréquente qui touche 1% de la population. De nombreuses hypothèses existent sur sa cause, les théories étiopathogéniques actuelles tendent à une approche intégrative du modèle neurodéveloppemental, génétique et environnemental.

Au Maroc, contrairement à d'autres pays, les études concernant l'enfance des schizophrènes sont très rares, c'est pourquoi on a jugé nécessaire et opportun de mener cette étude et d'explorer la vie infantile des patients atteints de schizophrénie.

B. Objectifs :

Les objectifs de cette étude se situent sur différents axes :

- La collecte d'un maximum des antécédents pré-morbides de l'enfance des patients schizophrènes.
- L'étude des spécificités cliniques durant l'enfance.
- La recherche du rapport entre le fonctionnement de l'enfance / la nature et la sévérité des symptômes de la schizophrénie.
- Le repérage précoce de la maladie et la surveillance des patients à risque.

C. Type d'étude :

Notre étude est une étude transversale à recrutement prospectif, à propos d'un groupe de 100 patients schizophrènes, vus à l'hôpital Ibn Al Hassan, sur une durée de 8 mois allant de Décembre 2016 jusqu'au juillet 2017.

D. Population étudiée :

1. Population observée :

La population cible est constituée de patients atteints de schizophrénie, qui sont hospitalisés ou suivis en consultation à l'hôpital Ibn Al Hassan de Fès.

2. Critère d'inclusions :

- Les patients dont le diagnostic de schizophrénie est confirmé.
- Les patients ayant un âge entre 18-30 ans.
- Les patients qui ont donné leur accord et dont les parents ont eux aussi accepté de participer à l'étude (après avoir signé le consentement).

3. Critères d'exclusion :

- Les patients âgés de plus de 30 ans ou de moins de 18 ans.
- Les patients schizophrènes ayant un retard mental associé.
- Les patients ayant refusé de participer à l'étude.
- Les patients dont les parents ont refusé de participer à l'étude.

E. Recueil des données :

Une fiche d'exploitation (annexe 1) comprenant un hétéro-questionnaire a été remplie à partir d'un interrogatoire avec le patient et ses parents, précisant :

1. Les données socio-démographiques :

Le sexe, l'âge, la situation maritale, le nombre d'enfants, l'activité professionnelle, le niveau socio-économique, le lieu de résidence, le mode de recrutement et le niveau scolaire.

2. Les antécédents personnels et familiaux :

Les antécédents médico-chirurgicaux et psychiatriques personnels, les conduites addictives, les antécédents de tentative de suicide, d'automutilation, juridiques, de traumatisme durant l'enfance, d'évènements stressants et les antécédents familiaux de schizophrénie.

3. Les données concernant la schizophrénie :

La forme clinique de la schizophrénie, l'ancienneté du trouble psychiatrique, la date des premiers symptômes, la date de la première consultation et de la première hospitalisation, le nombre et la durée cumulative des hospitalisations.

4. Les facteurs périnataux :

L'âge de la mère à la grossesse, le désir de grossesse, une pathologie maternelle durant la grossesse, une dépression / carences nutritionnelles / consommation de médicaments au cours de la grossesse, le mois et le milieu de naissance, le terme de la grossesse, le mode et le déroulement de l'accouchement, le poids de naissance, la réanimation néonatale et le séjour du nouveau-né en incubateur.

5. Les facteurs développementaux :

a) Développement moteur :

L'âge de la tenue de la tête, de la position assise et de la marche, la présence d'une énurésie ou encoprésie.

b) Troubles du langage :

L'âge de début du langage, une difficulté à prononcer certains mots, un manque de vocabulaire à l'enfance, une difficulté à poursuivre une discussion normale, une notion de bégaiement.

c) Développement cognitif :

La scolarisation et le rendement scolaire.

6. Facteurs d'adaptation sociale et comportementale : (annexe 2)

a) Socialisation

Enfant timide, trop sage, tendance à être rejeté par les autres, préférence aux jeux solitaires, replié sur lui-même, malheureux, peu actif, pleure souvent, tentative de suicide, troubles du sommeil, s'inquiète, se ronge les ongles, s'inquiète, nerveux, sensibilité élevée au stress, anticipation accrue d'une menace, perturbation de soi et de l'image corporelle.

b) Troubles du comportement :

Se dispute souvent, détruit des affaires personnelles ou des autres, désobéissant à la maison ou à l'école, enfreint les règles à la maison ou ailleurs, troubles alimentaires, signes de conversion, tendance à avoir des accidents, se bagarre souvent, a de mauvaises fréquentations, ment ou triche, frappe les autres, fugue de la maison, fume du tabac ou se drogue.

F. Liste de comportement pour enfant (LCE) :

Domaine d'application :

La LCE permet en principe de dépister en population générale les enfants à risque susceptibles de présenter des troubles émotionnels et comportementaux, mais elle ne permet pas le diagnostic DSM ou CIM.

Dans notre étude, la LCE nous a permis de caractériser les patients schizophrènes qui présentaient des troubles de comportement durant l'enfance.

Mode de passation :

La LCE a été remplie à partir d'un interrogatoire de l'un ou des deux parents de nos patients.

Cotation :

L'échelle des problèmes de comportement comprend 112 items cotés de 0 à 2. L'item 56 est formé de 7 questions fermes ; ce qui porte le total des questionnaires à 118. Le score total peut se subdiviser en problèmes externes et problèmes internes. Et il explore les syndromes suivant :

- Anxiété.
- Trouble obsessionnel compulsif.
- Difficultés attentionnelles et hyperactivité.
- Problèmes des conduites.
- Dépression.
- Trouble oppositionnel/provocateur.
- Symptômes psychotiques
- Problèmes sociaux et immaturité.
- Problèmes sexuels.
- Somatisation.

Normes :

Pour la version française, une note seuil de 41 a été établie, plus précisément 37 pour les filles et 40 pour les garçons.

G. le score de PANSS : (Annexe 3)

Domaine d'application :

PANSS ou échelle des symptômes positifs et négatifs, est une échelle utilisée pour mesurer la sévérité des symptômes chez les patients atteints de schizophrénie. Elle a été publiée en 1987 par Stanley Kay, Lewis Opler et Abraham Fiszbein.

Mode de passation :

L'échelle a été remplie à partir de l'interrogatoire de nos patients.

Cotation :

L'échelle est subdivisée en 3 sous échelles :

- Echelle positive cotée de 7 à 49.
- Echelle négative cotée de 7 à 49.
- Echelle psychopathologique générale cotée de 16 à 112

Normes :

Le score total permet de classer les patients dans 5 catégories :

- Rémission : pour un score inférieur à 40.
- Légèrement malade pour un score entre 40 et 65.
- Modérément malade pour un score entre 66 et 85.
- Notoirement malade pour un score entre 86 et 105.
- Sévèrement malade pour un score supérieur à 106.

G. Méthode statistique:

Les données ont été saisies et codées sur Excel. Puis l'analyse statistique a été effectuée en utilisant le logiciel SPSS (version 20.0).

Les variables qualitatives étaient décrites en termes de proportions et les variables quantitatives en termes de moyenne, valeurs extrêmes et écart-type.

L'association entre les différents paramètres étudiés a été recherchée. Les tests paramétriques classiques (Test de Khi2, test de Student, ANOVA), ainsi que les tests non paramétriques en cas de faiblesses de certains effectifs ont été utilisés pour tester ces associations. Pour chaque test statistique utilisé, le test est considéré comme significatif lorsque p (degré de signification) était inférieur à 0,05.

H. Aspects éthiques :

Une fiche de de consentement à la participation à l'étude (annexe 4) était remplie et signée par nos patients ainsi que leurs parents, après approbation de la part du comité d'éthique de la faculté de médecine et de pharmacie de Fès, conformément aux bonnes pratiques en épidémiologie.

RESULTATS

A. Etude descriptive :

I- Données sociodémographiques :

1. Âge :

L'âge moyen de nos patients était de 25.36ans +/- 3,54, d'un minimum de 18 ans et d'un maximum de 30 ans.

2. Sexe :

Parmi les 100 patients inclus dans notre étude, 20 étaient de sexe féminin (20%) .

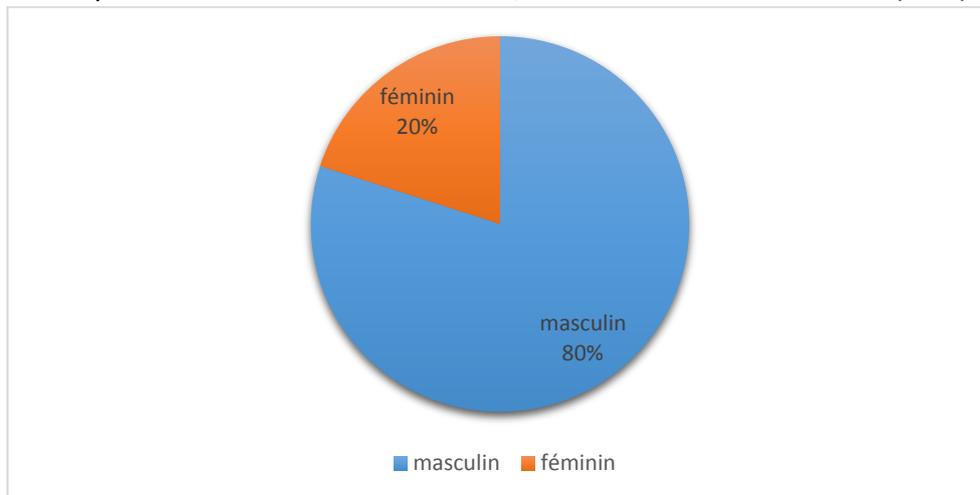


FIGURE 1 : Répartition des Patients selon le sexe

3. Situation maritale :

On a constaté que 89 patients (89%) étaient célibataires, 6 patients mariés (6%), 5 patients divorcés (5%), 7 de nos patients avaient des enfants.

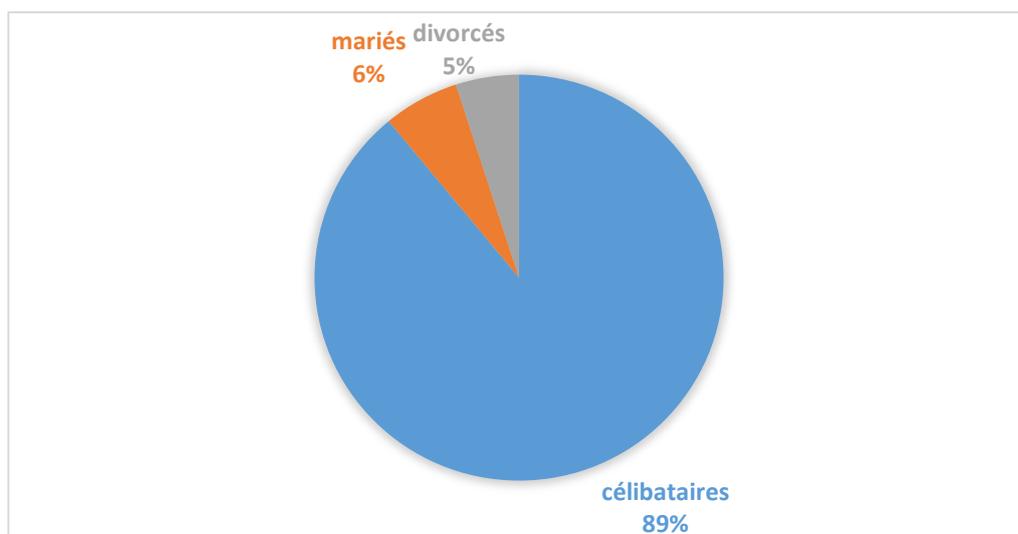


FIGURE 2 : Répartition des patients selon le statut marital

4. Activité professionnelle :

Dans notre échantillon, 82 (82%) patients étaient sans activité professionnelle, 6 (6%) avaient une activité régulière et 12 (12%) avaient une activité irrégulière.

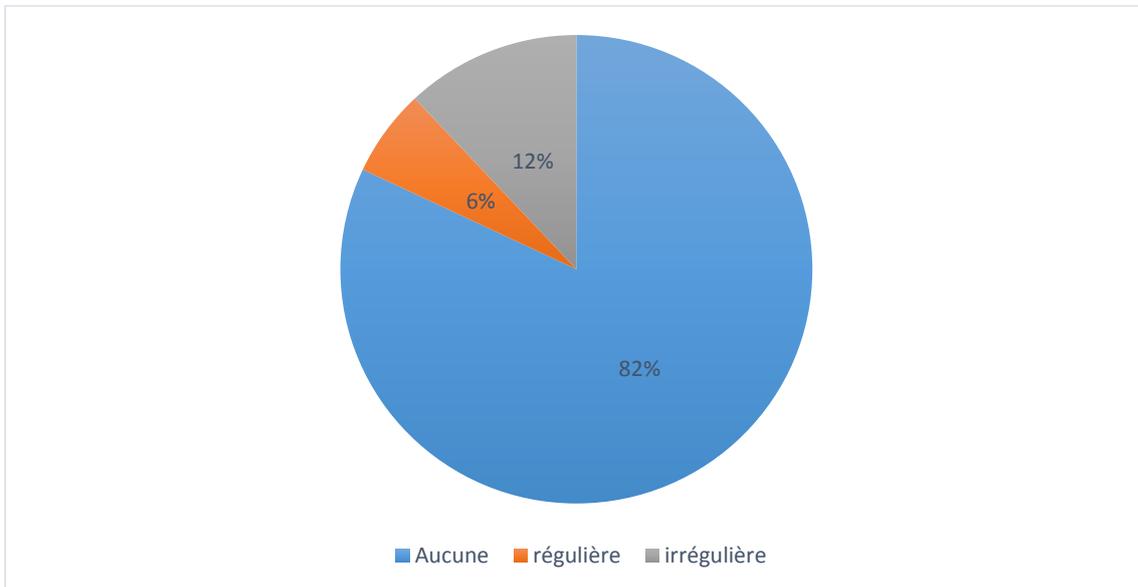


Figure 3 : Répartition des patients selon leur activité professionnelle

5. Niveau socioéconomique :

Quatre-vingt-quatorze patients (94%) avaient un revenu mensuel inférieur à 2000 Dhs, six seulement avaient un revenu entre 2000 Dhs et 5000 Dhs par mois.

Concernant le revenu familial mensuel, 46 familles (46%) avaient un revenu mensuel inférieur à 2000 Dhs, 42 familles (42%) avaient un revenu entre 2000 Dhs et 5000 Dhs par mois, 10 familles (10 %) avaient un revenu mensuel entre 5000 et 10000 Dhs, et 2 familles (2%) avaient un revenu mensuel supérieur à 10000 Dhs.

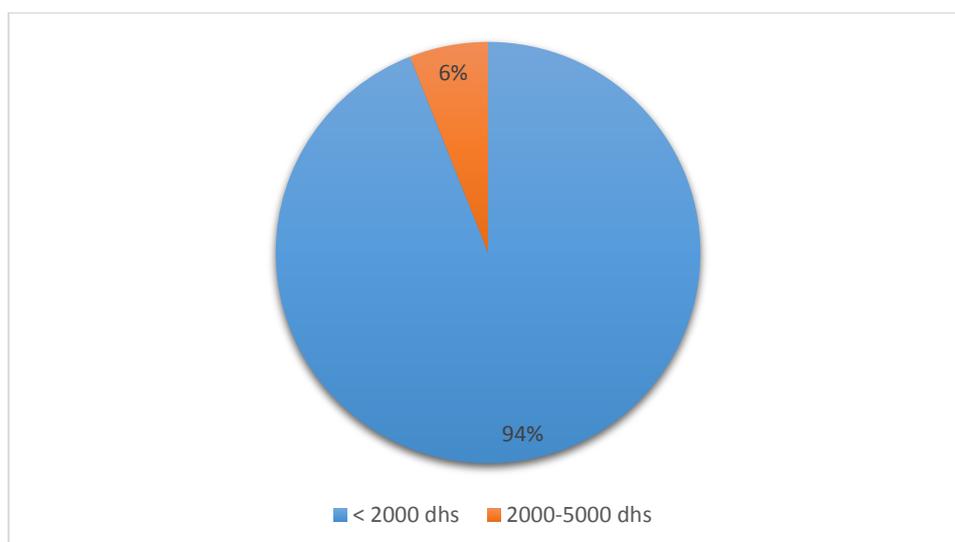


Figure 4 : Répartition des patients selon le revenu personnel mensuel

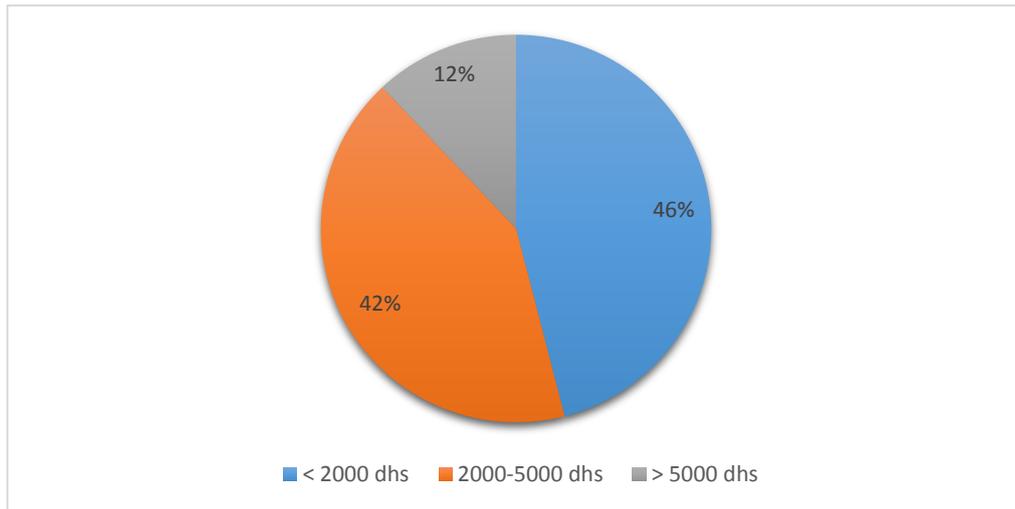


Figure 5 : Répartition des patients selon le revenu familial mensuel

6. Lieu de résidence :

On a constaté que 66 patients (66%) vivaient dans un milieu urbain, 34 (34%) patients vivaient dans un milieu rural.

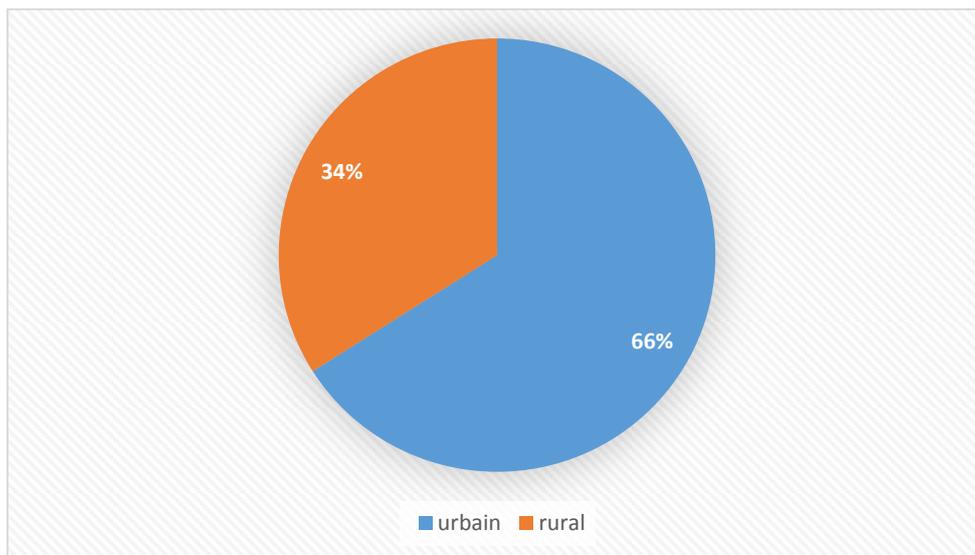


Figure 6 : répartition des patients selon le lieu de résidence

Parmi nos patients, 4 patients (3.3%) vivaient seuls, 74 patients (74%) avec les deux parents, 20 patients (20%) avec leurs mères.

7. Mode de recrutement :

Trente-neuf de nos patients (39 %) étaient hospitalisés au service, alors que 61 patients (61%) ont été recrutés en consultation.

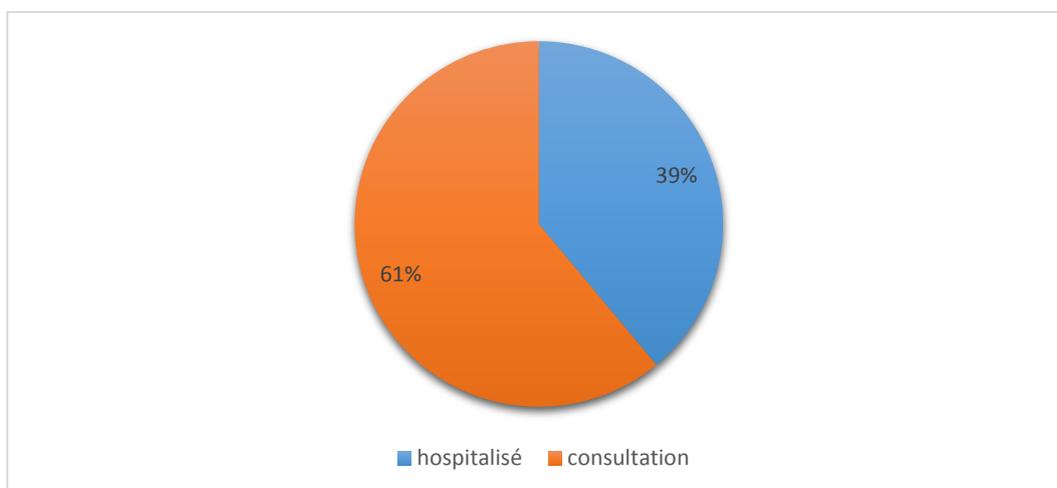


Figure 7 : Répartition des patients selon le mode de recrutement

8. Niveau scolaire :

On a noté que 5 patients (5%) n'ont jamais été scolarisés, 35 patients (35%) ont arrêté leurs études en primaire, 47(47%) en secondaire, et 13 patients (13%) ont poursuivi leurs études jusqu'en université.

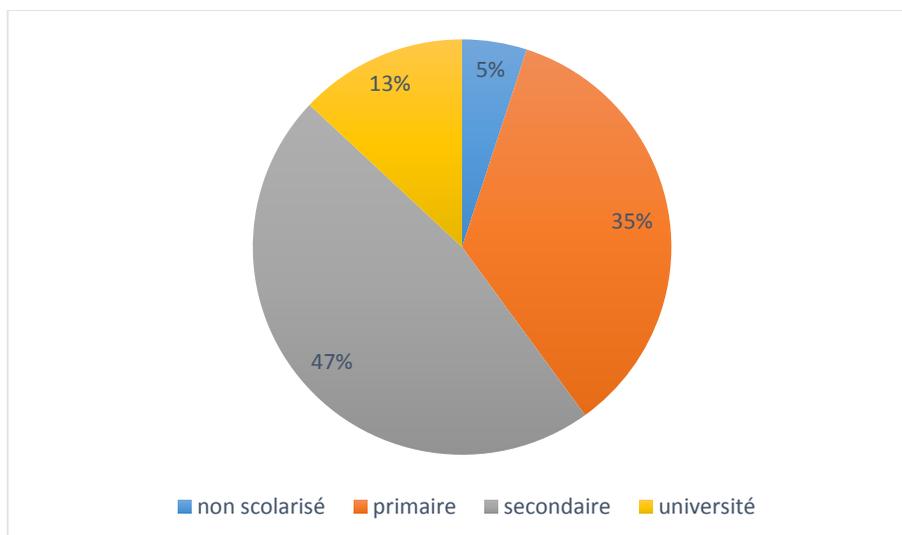


Figure 8 : Répartition des patients selon leur niveau scolaire

II- Antécédents personnels et familiaux :

1. Antécédents médico-chirurgicaux :

Dans notre échantillon, 98 patients (98%) ne présentaient aucun antécédent médico-chirurgical.

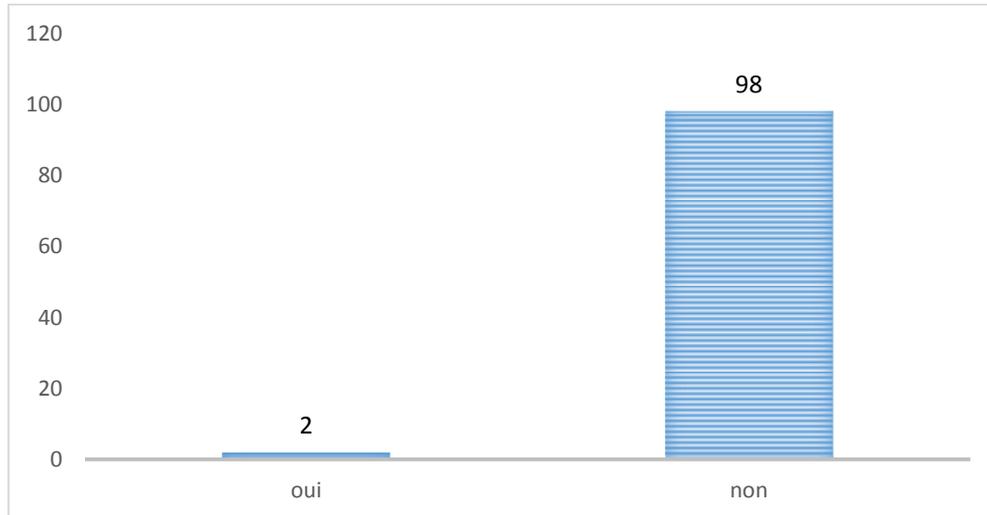


Figure 9 : Pourcentage des patients ayant un antécédent chirurgical

2. Antécédents psychiatriques :

Aucun ATCD psychiatrique n'a été rapporté par les parents de nos patients.

3. Conduites addictives :

Pour les conduites addictives, 37 patients (37%) n'utilisaient aucune substance, 14 (14%) présentaient une dépendance, alors que 49 patients (49%) utilisaient des substances de manière abusive.

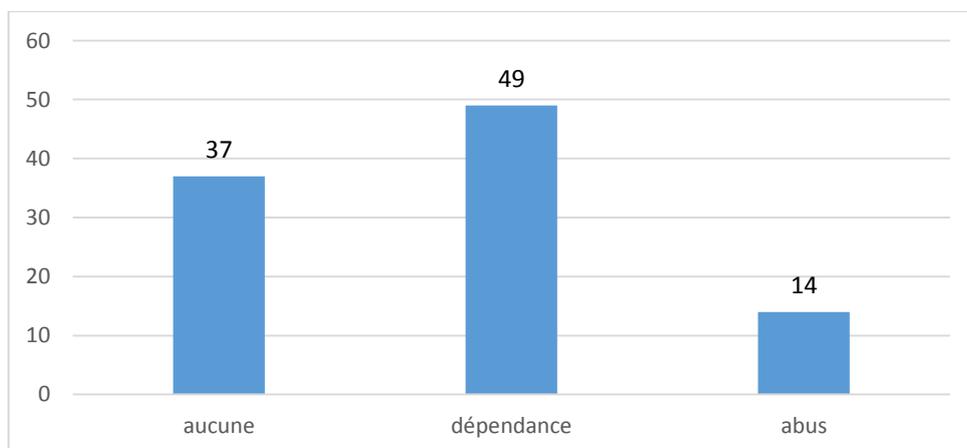


Figure 10 : répartition des patients selon les conduites addictives

Concernant la nature des substances utilisées, 63 de nos patients (63%) consommaient du tabac, 26 patients (26%) consommaient de l'alcool, 56 patients (56%) utilisaient du cannabis, 1 patient (1%) prenait la cocaïne et 5 patients (5%) étaient dépendants aux anxiolytiques.

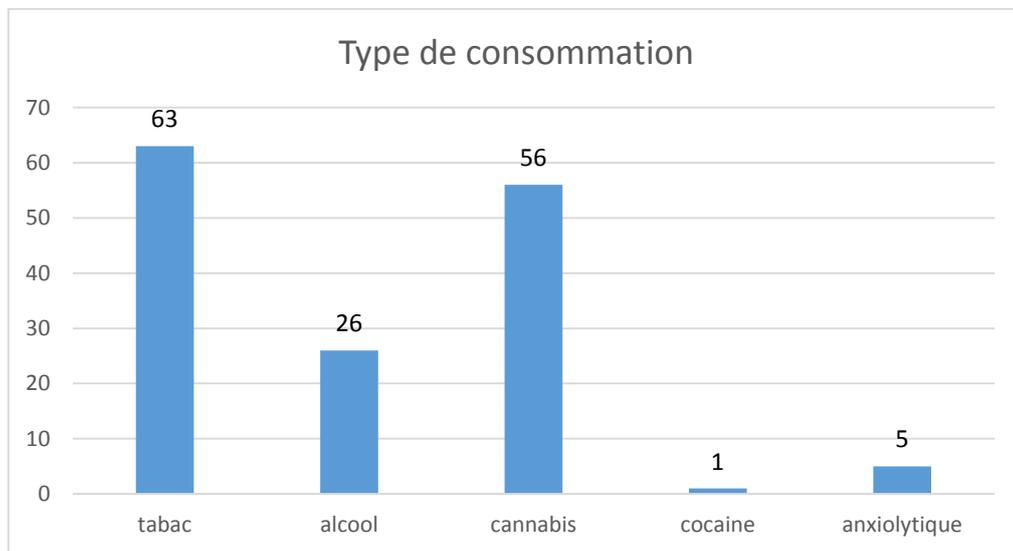


Figure 11 : répartition des patients selon la nature des substances utilisées

4. Antécédents de TS :

Douze patients (12%) ont déjà fait des tentatives de suicide, le nombre de tentative de suicide varie entre une et 6 fois.

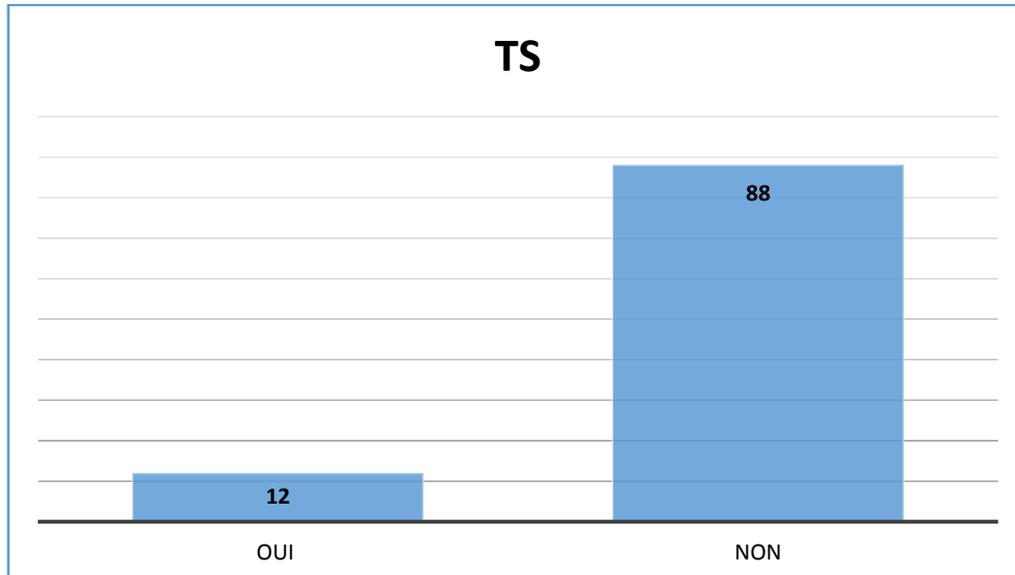


Figure 12 : Répartition des patients selon leur antécédent de tentative de suicide

5. Antécédent d'automutilation :

Vingt-cinq de nos patients (25%) se sont déjà automutilé ; le nombre d'automutilation varie entre une et quinze fois.

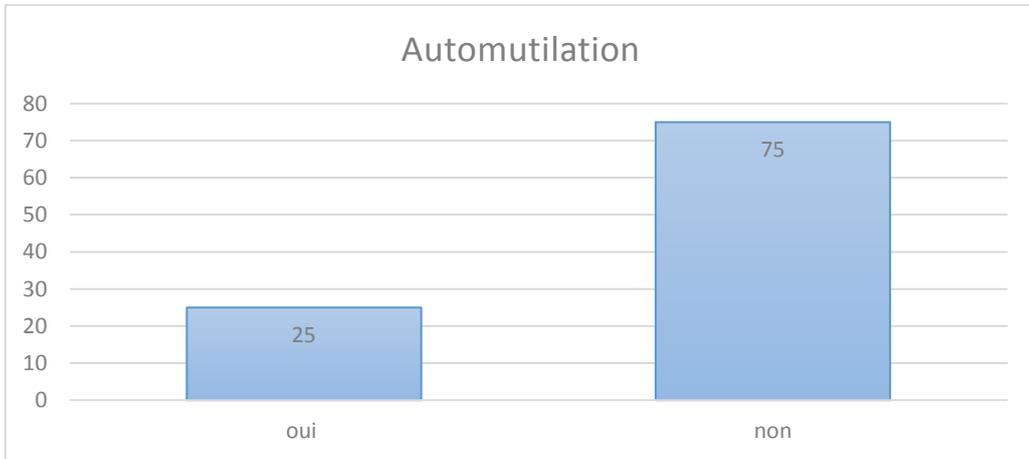


Figure 13 : Nombre de patients ayant un antécédent d'automutilation

6. Antécédents juridiques :

Onze patients (11%) avaient des antécédents juridiques. Les motifs d'incarcération variaient entre le vol, le port d'arme blanche et pour coup et blessure.

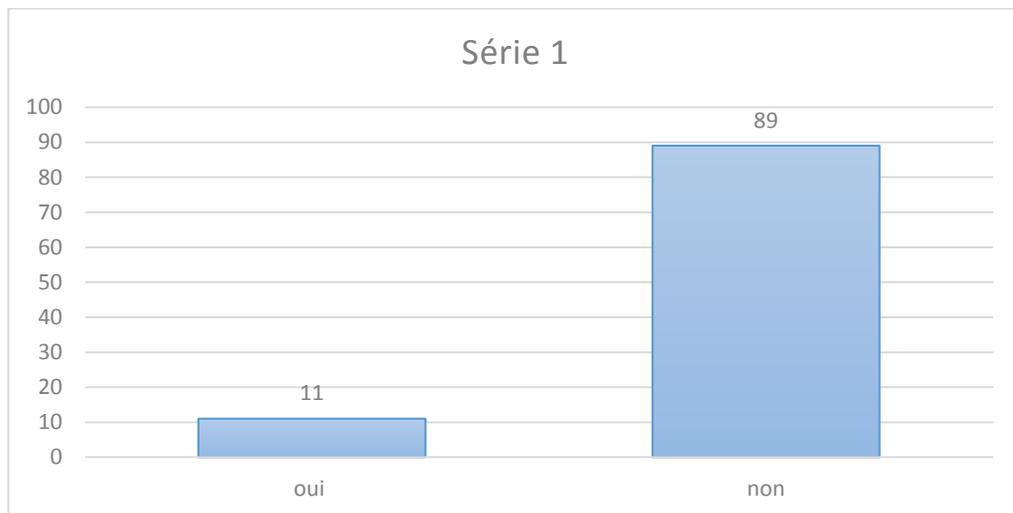


Figure 14 : Nombre de patients ayant des antécédents juridiques

7. Traumatisme pendant l'enfance :

On a constaté que 13 patients (13%) dont les parents ont rapporté un antécédent de traumatisme durant l'enfance. Un seul patient parmi eux était victime d'un abus sexuel ; trois patients ont été victime de maltraitance physique et psychique.

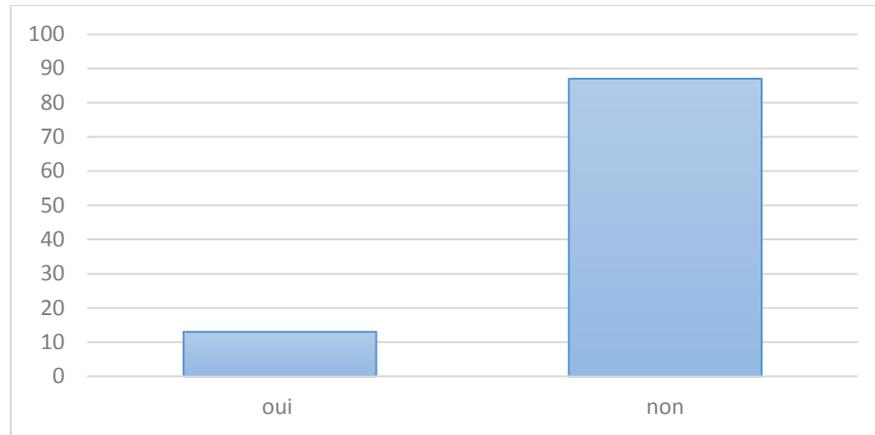


Figure 15 : Nombre de patients avec antécédent de traumatisme durant l'enfance

8. Evénement stressants :

Des événements stressants ont été retrouvés chez 19 patients (19%) dont 16 ont souffert d'un deuil.

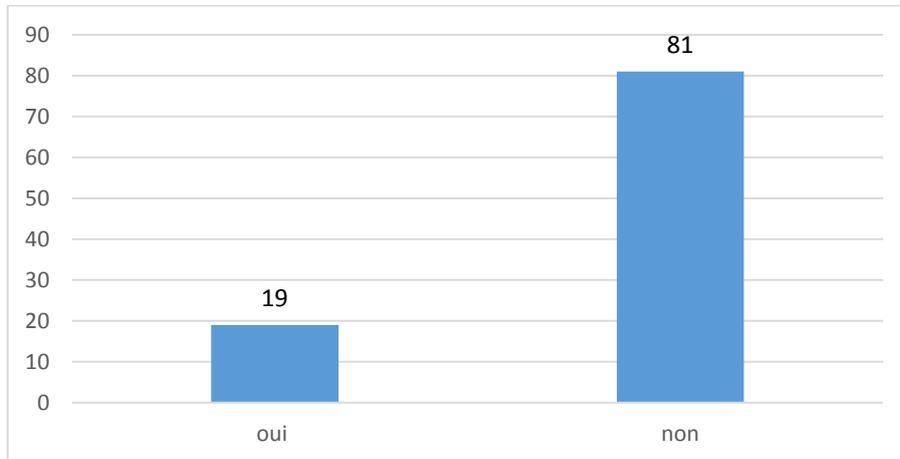


Figure 16 : Nombre de patients ayant vécu des événements stressants dans l'enfance

9. Antécédents psychiatriques familiaux :

25 patients (25%) ont des antécédents familiaux de psychose chronique. 7 patients avaient un cousin psychotique, 7 autres avaient un oncle ou une tante psychotique, deux parmi eux avaient un frère psychotique, deux patients avaient un père psychotique et deux autres avaient une mère psychotique.

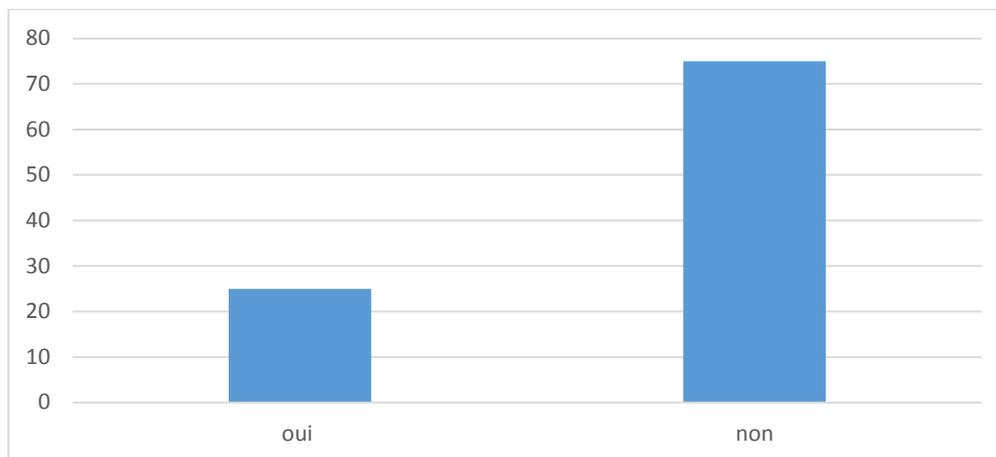


Figure 17 : Nombre de patient avec antécédent familial de psychose chronique

III- Données concernant la schizophrénie :

1. Type :

Parmi les 100 patients étudiés, 72 patients (72%) avaient une schizophrénie paranoïde, 19 (19%) présentaient une schizophrénie désorganisée alors que neuf (9%) étaient atteints d'une schizophrénie indifférenciée.

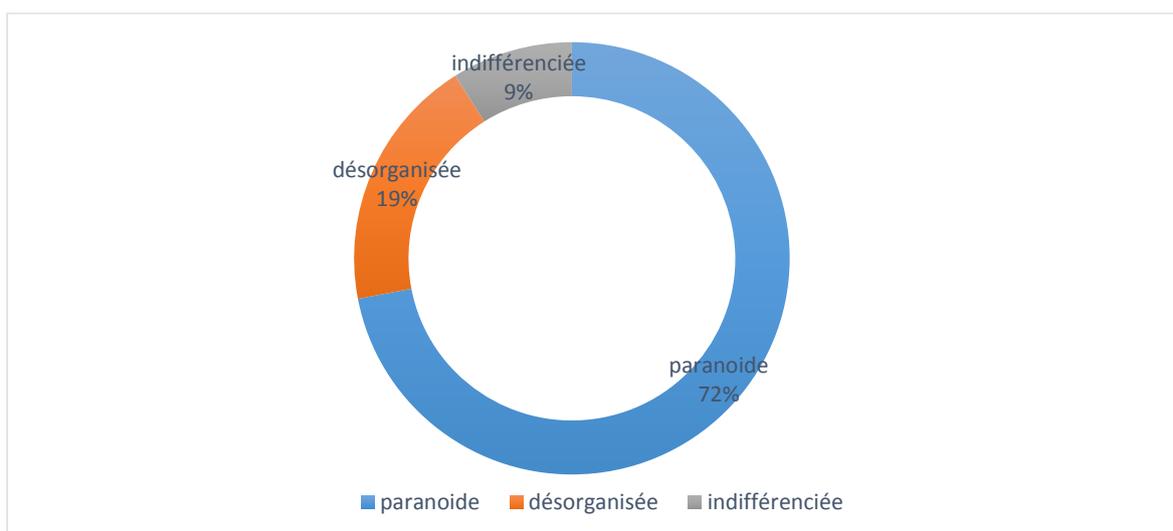


Figure 18 : Répartition des patients selon le type de schizophrénie :

2. Ancienneté :

La moyenne d'ancienneté (+/- écart-type) du trouble était de 4.10 ans +/- 2.74, d'un minimum de 6 mois et d'un maximum de 10 ans.

3. Nombre et durée cumulative des hospitalisations :

Vingt-huit de nos patients n'ont jamais été hospitalisés. Le nombre d'hospitalisation variait entre une fois et neuf fois.

La moyenne de la durée cumulative des hospitalisations était de 32.66 jours avec un maximum de 135 jours et un minimum de 4 jours.

IV- Facteurs périnataux :

1. Âge de la mère à la grossesse :

L'âge moyen (+/- écart-type) de la mère à la grossesse était de 26.14 ans +/- 5.617 avec un maximum de 40 ans et un minimum de 12 ans.

2. Désire de la grossesse :

La grossesse était désirée dans 86% des cas non désirée seulement chez 14 % des cas.

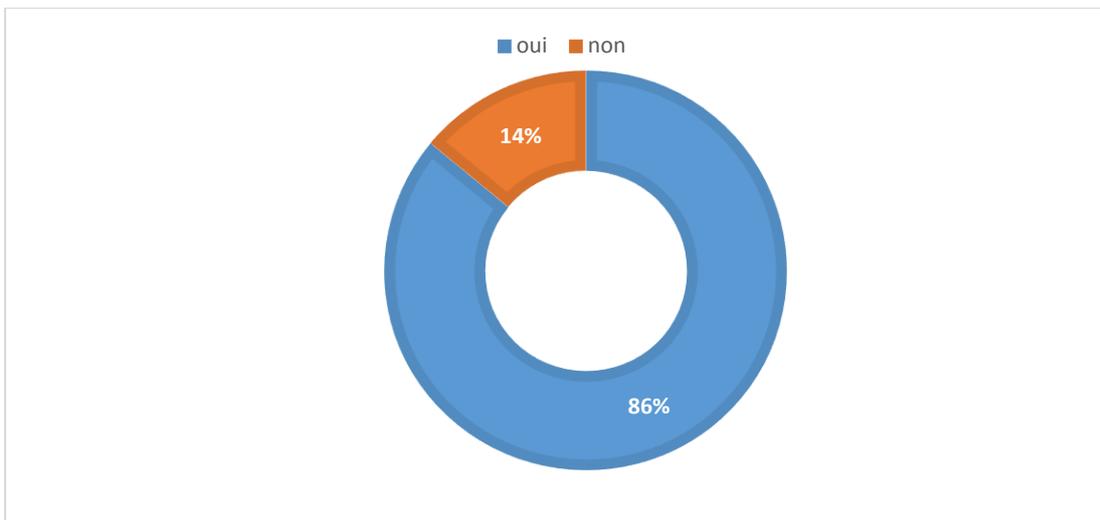


Figure 19 : pourcentage de mères dont la grossesse n'était pas désirée

3. Pathologie maternelle durant la grossesse :

Dans la majorité des cas, la grossesse n'était pas suivie, donc, aucune pathologie maternelle n'a pu être décelée.

4. Dépression maternelle au cours de la grossesse :

La notion de dépression était rapportée chez 33 mères de patientes (33%)

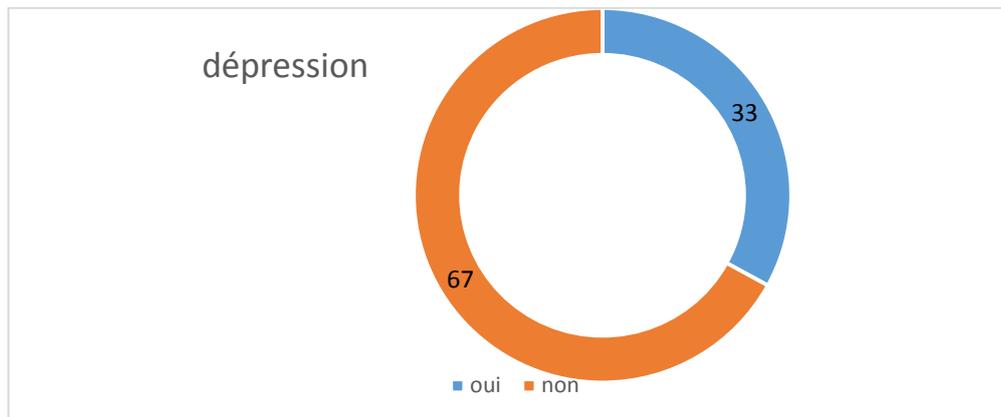


Figure 20 : Pourcentage des mères ayant rapporté une dépression pendant la grossesse

5. Carences nutritionnelles :

On a noté seulement deux cas (1.7%) de carence nutritionnelle. Mais dans la majorité des cas, la grossesse n'était pas suivie.

6. Consommation de médicaments au cours de la grossesse :

Seulement deux mères de patients prenaient un traitement médicamenteux lors de leur grossesse.

7. Saison de naissance :

Dans notre échantillon, 46 patients (46%) sont nés en hiver, 25 patients (21.7%) en printemps, 9 patients (9%) en automne alors que six patients sont nés en été.

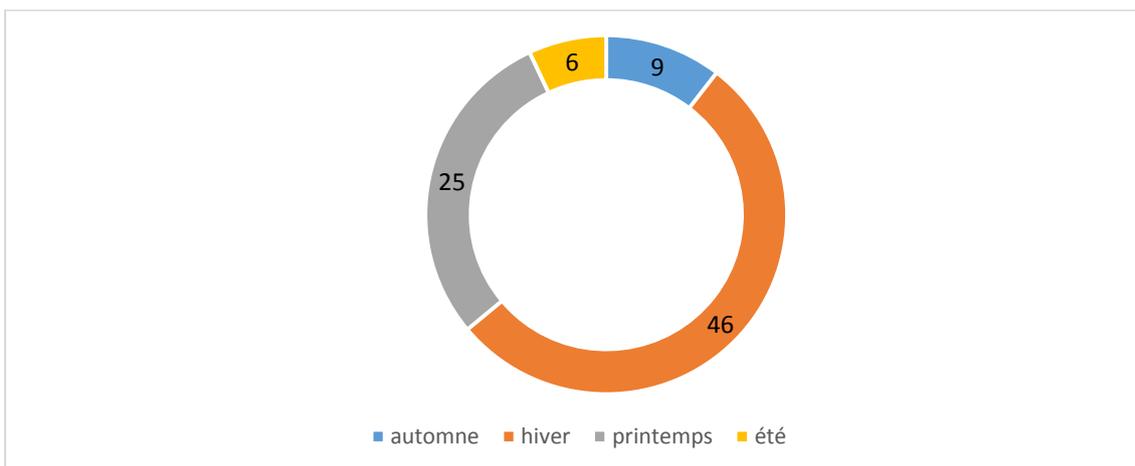


Figure 21 : Répartition des patients selon la saison de naissance

8. Sérologie rubéole :

Aucun cas de sérologie rubéole positive n'a été rapporté, mais dans la majorité des cas, la grossesse n'était pas suivie.

9. Milieu de naissance :

On a constaté que 55 patients (55%) sont nés dans un milieu urbain alors que 5 patients (46.7%) sont nés en milieu rural.

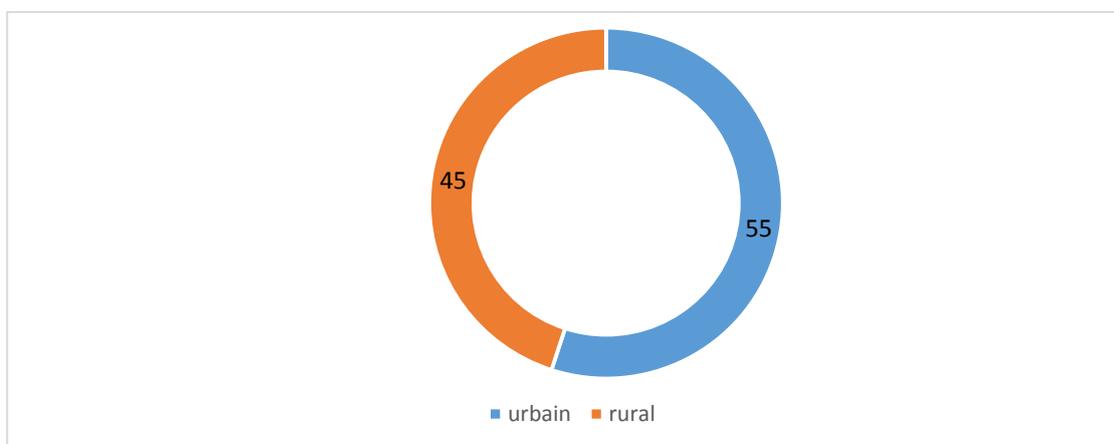


Figure 22 : Répartition de patients selon le milieu de naissance

10. Terme de la grossesse :

Seulement 4 cas (4%) de prématurité ont été retrouvés.

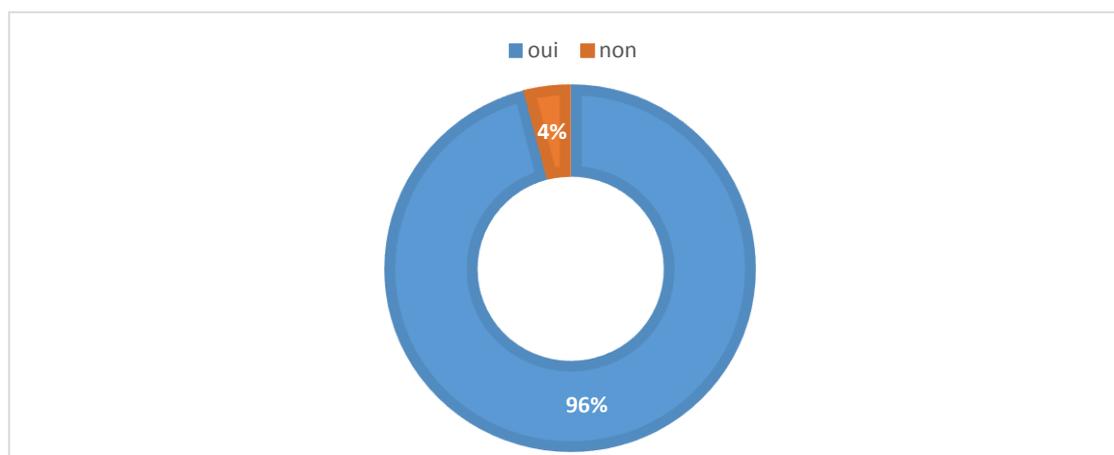


Figure 23 : Pourcentage de grossesses ayant été menée à terme.

11. Mode d'accouchement :

Seulement quatre patients (4%) ont été accouchés par voie haute.

12. Déroulement de l'accouchement :

Deux cas (2%) d'accouchement difficile ont été retrouvés.

13. Réanimation néonatale :

Un seul cas (1%) de réanimation néonatale a été retrouvé.

14. Séjour de l'enfant en incubateur :

Aucun cas .

V- Facteurs développementaux :

1. Développement moteur :

i. Âge de tenue de la tête :

L'âge moyen de tenue de la tête (+/- écart-type) était de 3.33 mois +/- 0.766, d'un maximum de 6 mois et d'un minimum de 3 mois.

ii. Âge de du maintien de la position assise :

L'âge moyen de la position assise (+/- écart-type) était de 6.26 mois +/- 0.944, d'un maximum de 12 mois et d'un minimum de 6 mois.

iii. Âge de la marche :

L'âge moyen de la marche (+/- écart-type) était de 13.42 mois +/- 5.222, d'un maximum de 48 mois et d'un minimum de 9 mois.

iv. Trouble du développement sphinctérien :

Une énurésie a été retrouvée chez 26 patients (26%).

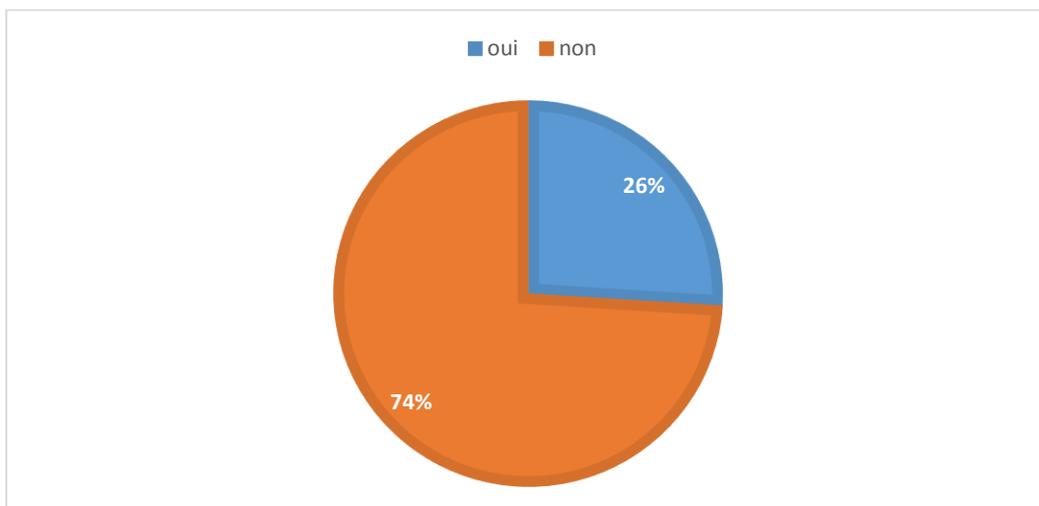


Figure 24 : Pourcentage de patients avec énurésie durant l'enfance

Seulement deux cas d'encoprésie ont été retrouvés.

2. Troubles du langage :

i. Âge du 1^{er} mot :

L'âge moyen du 1^{er} mot (+/- écart-type) était de 14.13 mois +/- 7.852, d'un maximum de 60 mois et d'un minimum de 08 mois.

ii. Âge de la 1^{ère} phrase :

L'âge moyen de la 1^{ère} phrase (+/- écart-type) était de 26.01 mois +/- 7.35, d'un maximum de 72 mois et d'un minimum de 12 mois.

iii. Difficultés à prononcer certains mots :

18 patients (18%) présentaient des difficultés de la parole, 82 (82%) n'avaient pas aucun problème .

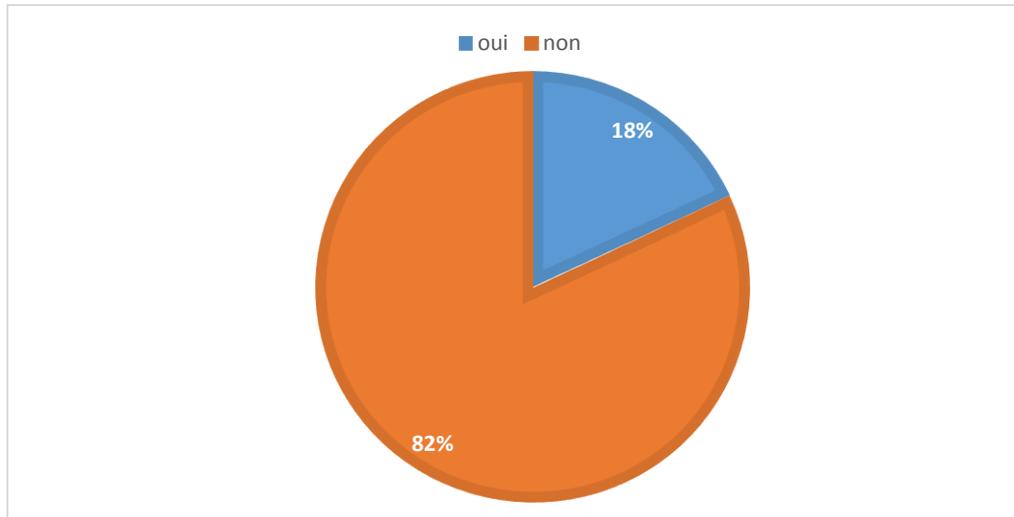


Figure 25 : Pourcentage de patients ayant eu des difficultés de prononciation

iv. Manque de vocabulaire :

13 patients (13%) présentaient un manque de vocabulaire.

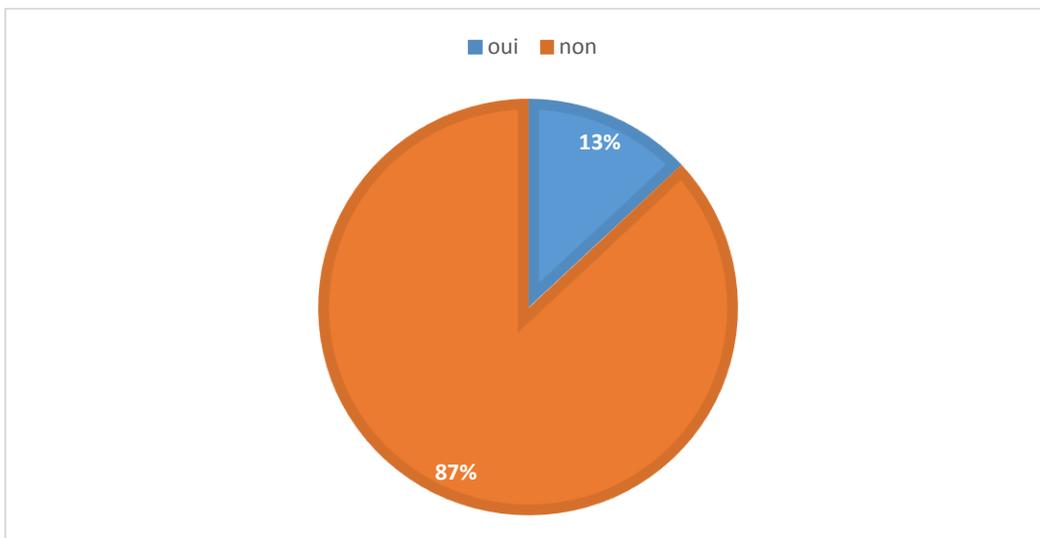


Figure 26 : pourcentage de patients avec manque de vocabulaire à l'enfance

v. Difficulté à poursuivre une discussion :

11 patients (11%) trouvaient des difficultés à poursuivre une discussion normale.

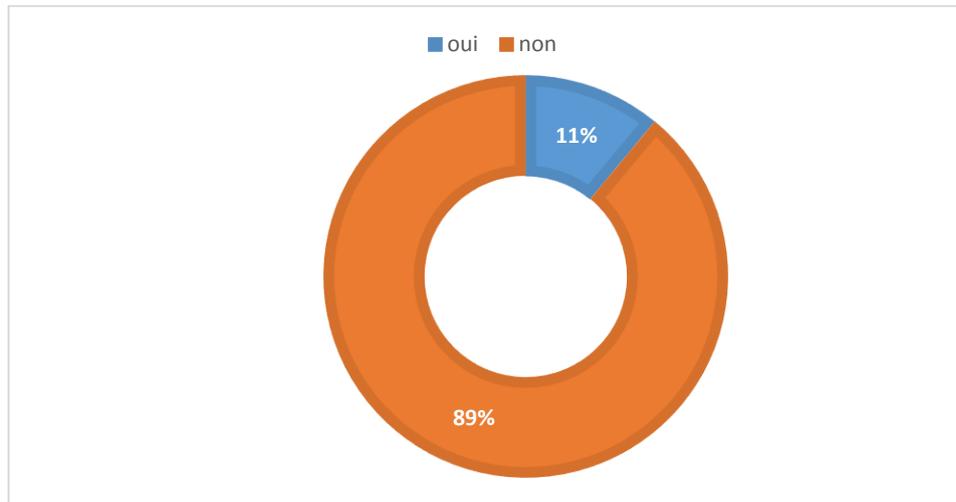


Figure 27 : pourcentage de patients avec des difficultés à poursuivre une discussion normale à l'enfance

vi. Notion de bégaiement :

La notion de bégaiement a été retrouvée chez 8 patients (8%).

3. Développement cognitif :

i. Scolarisation :

On a noté que 94 patients (94%) ont été scolarisés, 6 (6%) n'ont jamais été scolarisés .

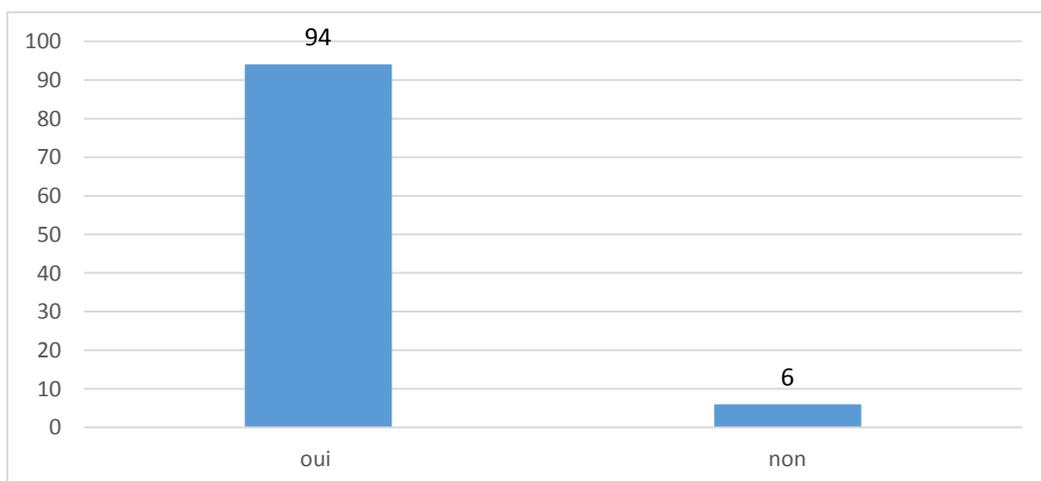


Figure 28 : Nombre de patients scolarisés

ii. Rendement scolaire :

51 patients (51%) avaient un mauvais rendement scolaire, 34 patients (34%) avaient un rendement moyen, et seulement 9 patients (9%) avaient un bon rendement alors que 6 étaient non scolarisés.

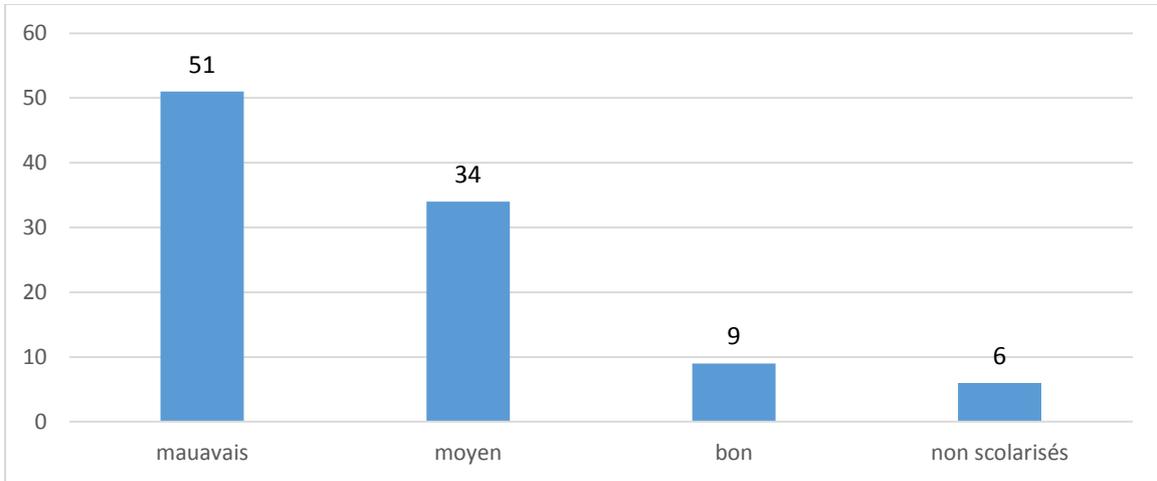


Figure 29 : Répartition des patients selon leur rendement scolaire à l'enfance

iii. Redoublement de classe :

Parmi les patients scolarisés 79 patients (84%) ont déjà redoublés une classe ou plus.

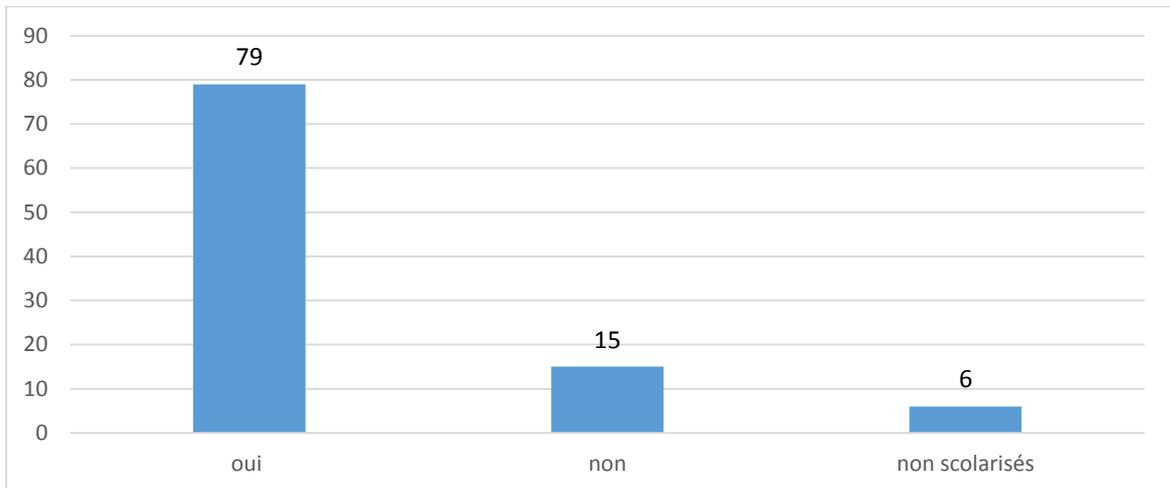


Figure 30 : Nombre de patients ayant redoublés une classe

VI- Facteurs d'adaptation sociale :

1. Socialisation :

i. Enfant timide :

On a retrouvé 61cas (61%) d'enfants trop timides.

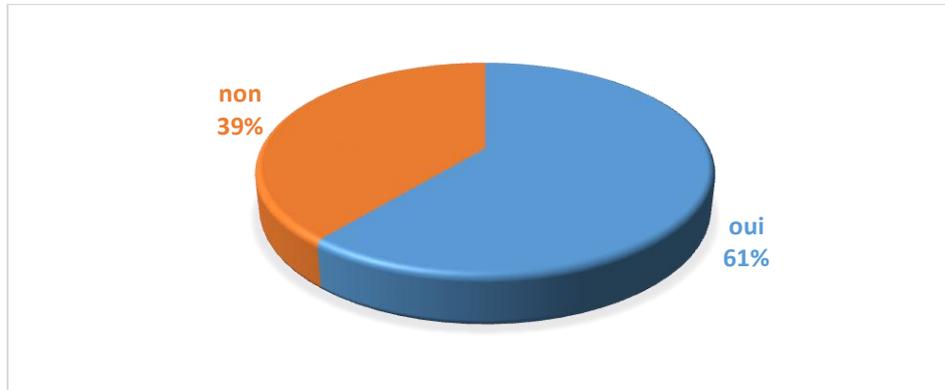


Figure 31 : Pourcentage de patients ayant été trop timides

ii. Enfant trop sage :

On a retrouvé 57 cas (57%) d'enfants trop sages.

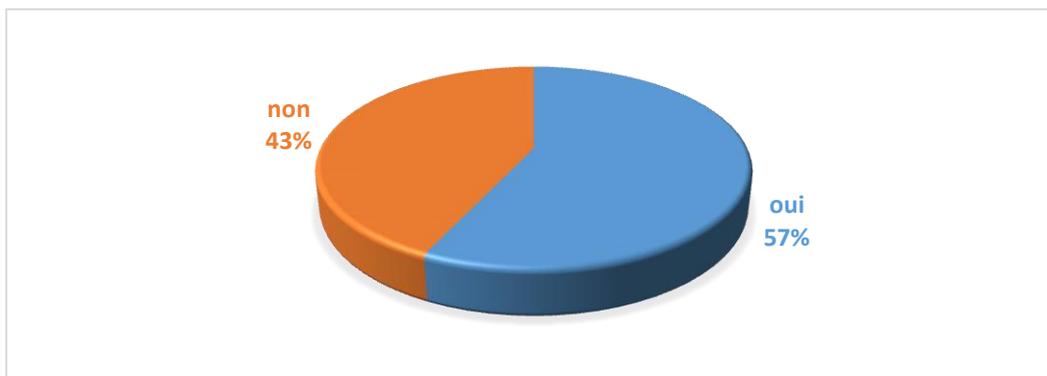


Figure 32 : Pourcentage de patients ayant été trop sages

iii. Préférence pour les jeux solitaires :

33 patients (33%) préféraient jouer seuls

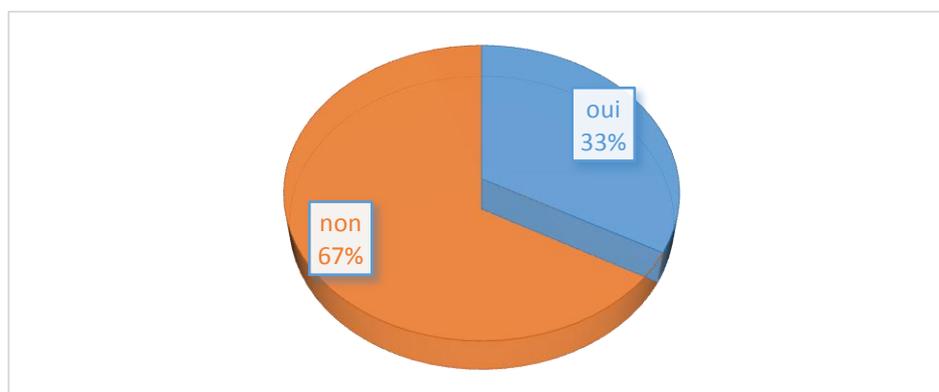


Figure 33 : Nombre de patients qui avaient une préférence aux jeux solitaires

vii. Tendance à être rejeté :

19 patients (19%) avaient tendance à être rejeté.

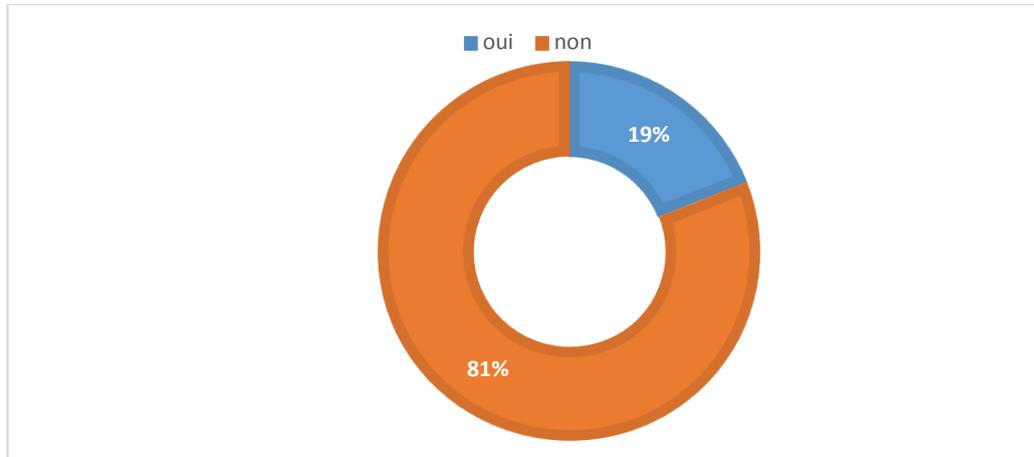


Figure 34 : Pourcentage de patients qui avaient tendance à être rejeté par les autres

Viii Enfant replié sur lui-même :

41 patients (41%) étaient repliés sur eux-mêmes.

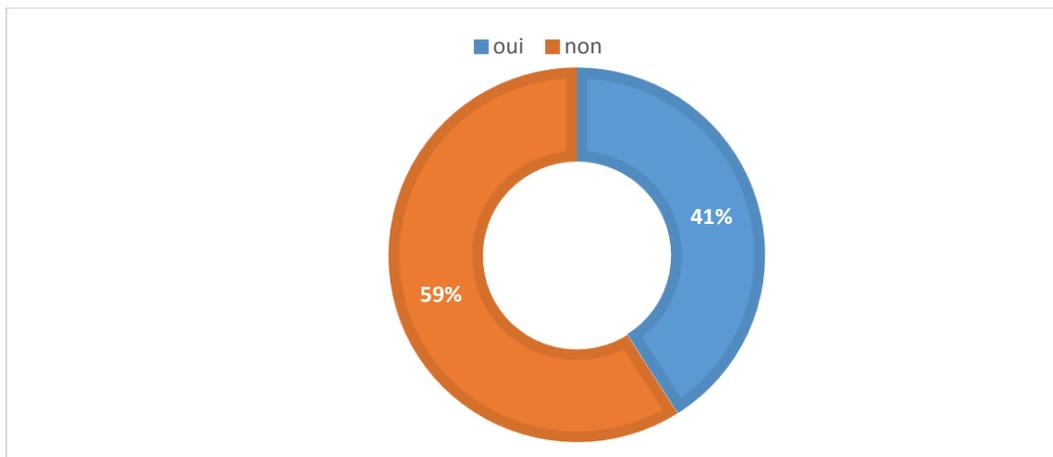


Figure 35 : Pourcentage des enfants qui étaient repliés sur eux-mêmes

19 Enfant malheureux :

23 patients (23%) étaient malheureux durant leur enfance.

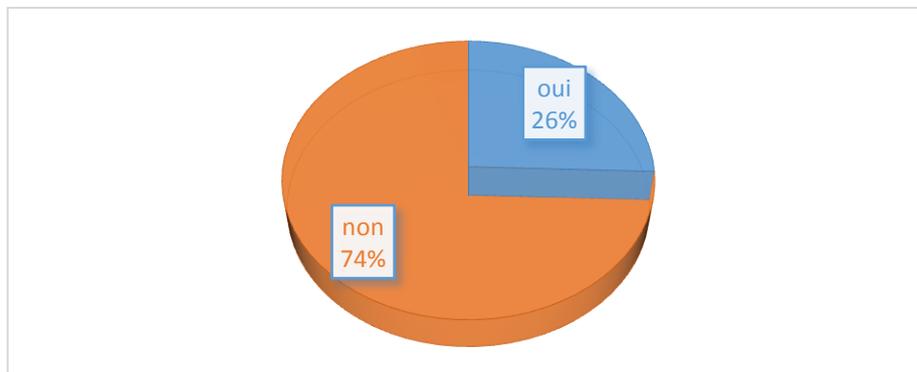


Figure 36 : pourcentage des patients qui étaient malheureux

20 Enfant peu actif :

17 patients (17%) étaient peu actifs durant leur enfance.

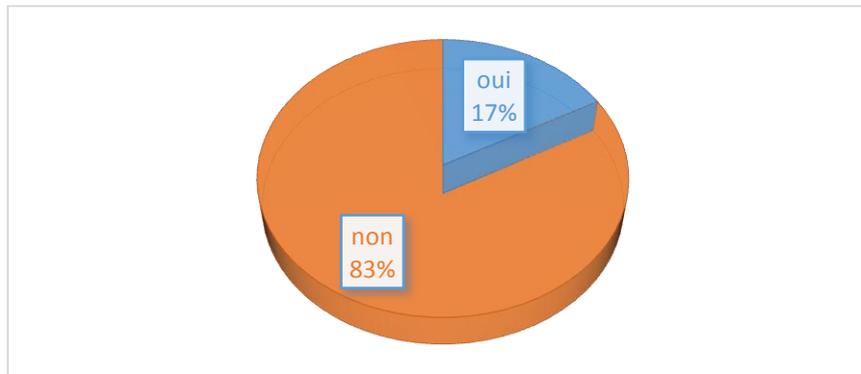


Figure 37 : Pourcentage des patients qui étaient peu actifs

21 Enfant qui pleure souvent :

22 patients (22%) pleuraient souvent.

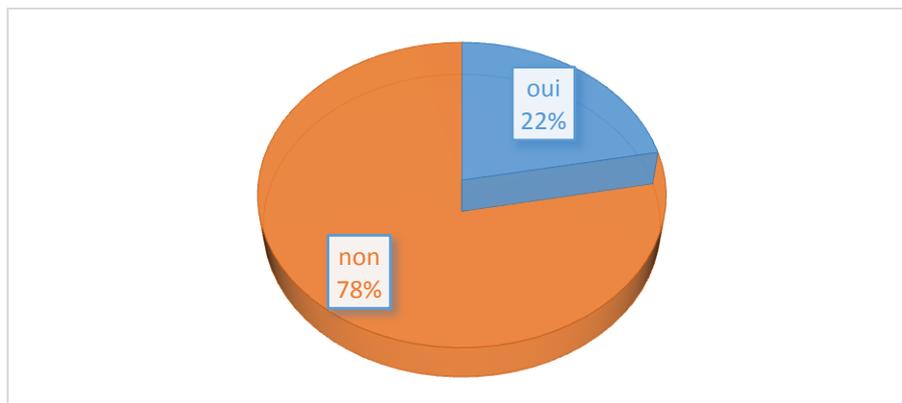


Figure 38 : pourcentage des patients qui pleuraient souvent

22 Tentative de suicide durant l'enfance :

Quatre cas (4%) de tentative de suicide à l'enfance ont été rapportés.

23 Trouble de sommeil :

10 atteints (10%) présentaient des troubles du sommeil.

26 Enfant qui s'inquiète beaucoup :

44 patients (44%) s'inquiétaient de façon exagérée.

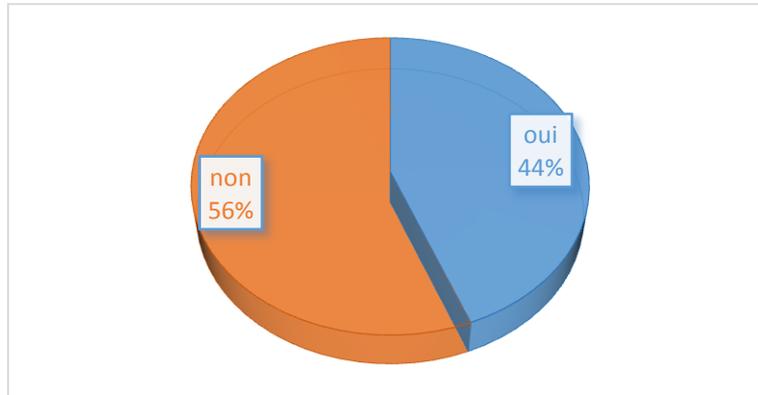


Figure 39 : Pourcentage des patients qui s'inquiétaient beaucoup

27-Enfant qui se ronge les ongles :

22 patients (22%) se rongeaient les ongles durant leur enfance.

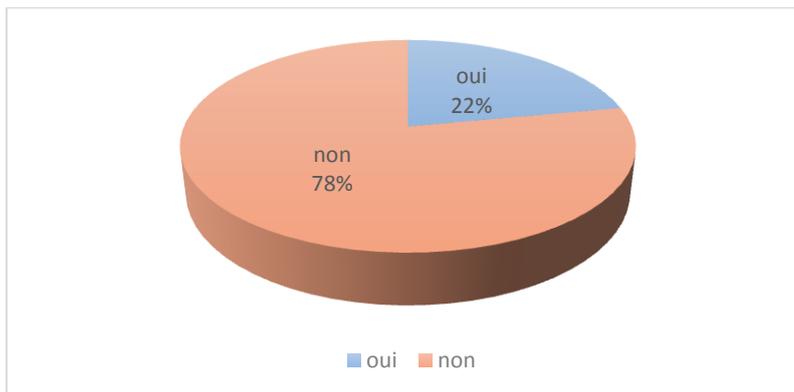


Figure 40 : Pourcentage des patients qui se rongeaient les ongles

28 Sensibilité élevée au stress :

44 patients (44%) présentaient une sensibilité élevée au stress.

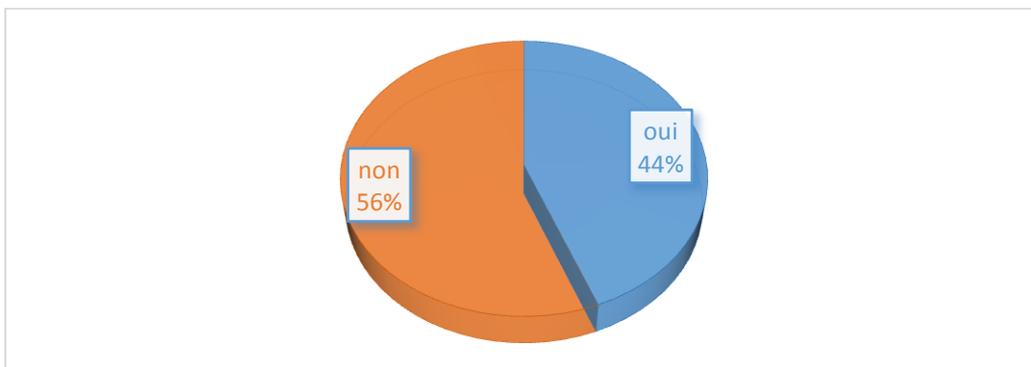


Figure 41 : pourcentage de patients qui présentaient une sensibilité élevée au stress

29 Nerveux, tendu :

57 patients (57%) étaient nerveux.

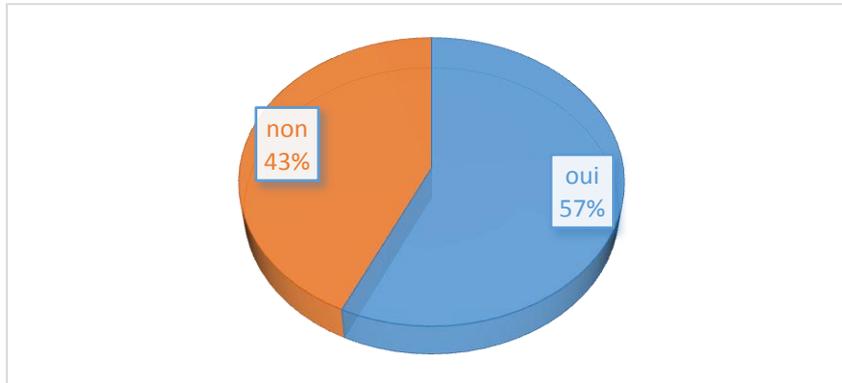


Figure 42 : Pourcentage des patients qui étaient nerveux

30 Anticipation accrue d'une menace :

27 patients (27%) anticipaient de façon accrue une éventuelle menace.



Figure 43 : Pourcentage de patients qui anticipaient de façon accrue une menace

31 Perturbation de l'image de soi :

Un seul cas (1%) a été noté.

2. Troubles du comportement :

1- Enfant qui se dispute souvent :

27 patients (27%) qui se disputaient souvent.

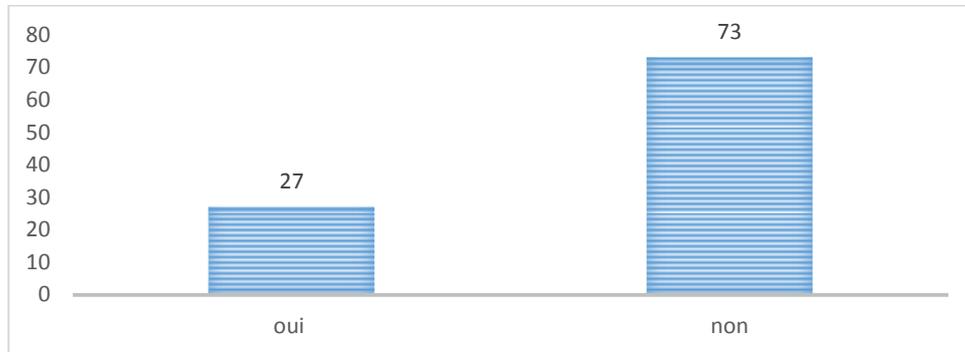


Figure 44 : Nombre des patients qui se disputaient souvent

2- Détruit des affaires personnelles ou appartenant aux autres :

22 patients (22%).

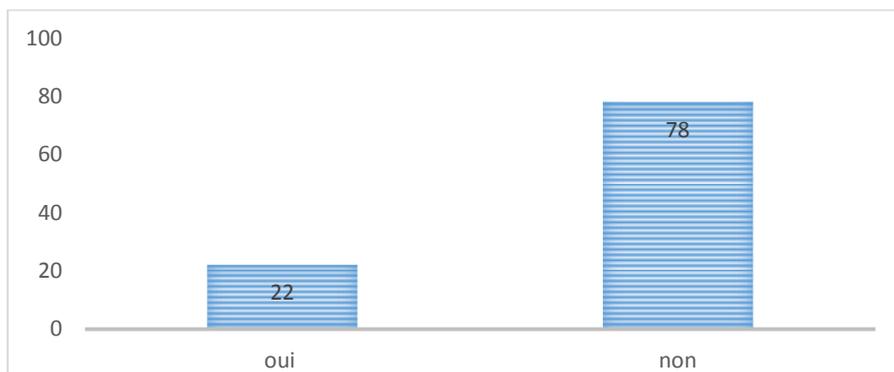


Figure 45 : Nombre des patients qui détruisaient leurs affaires ou celles des autres

3-Désobéissant à la maison :

31patients (31%).

4-Désobéissant à l'école :

32 patients (32%).

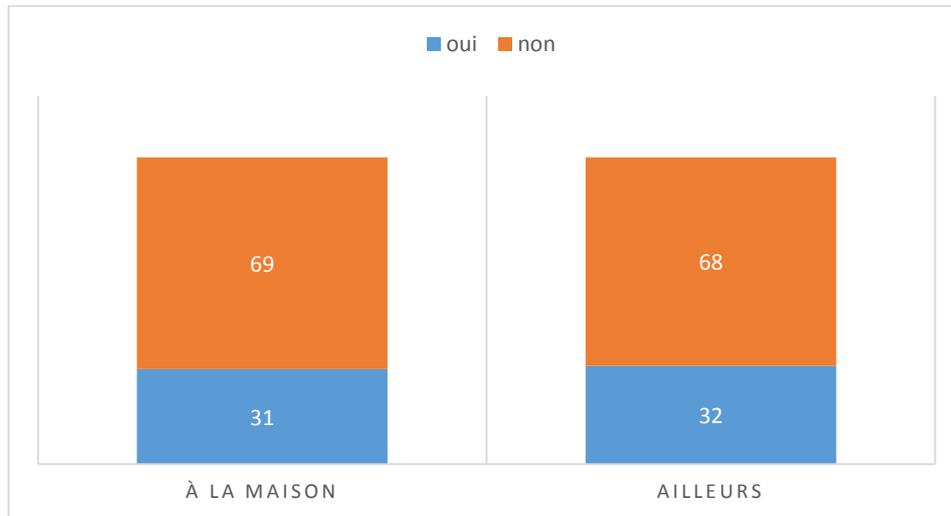
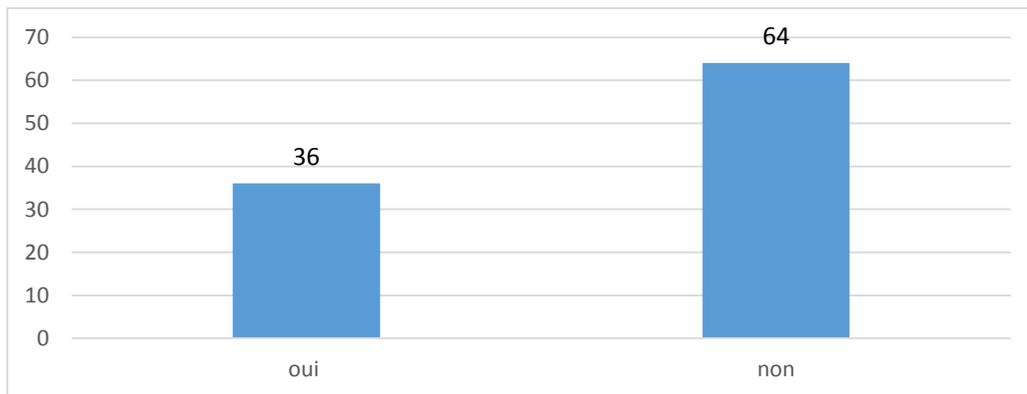


Figure 46 : Nombre de patients qui étaient désobéissants

5-Enfreint les règles à la maison ou ailleurs :

36 patients (36%).



6- Troubles alimentaires :

Un seul cas (1%).

7- Signes de conversion :

12 patients (12%).

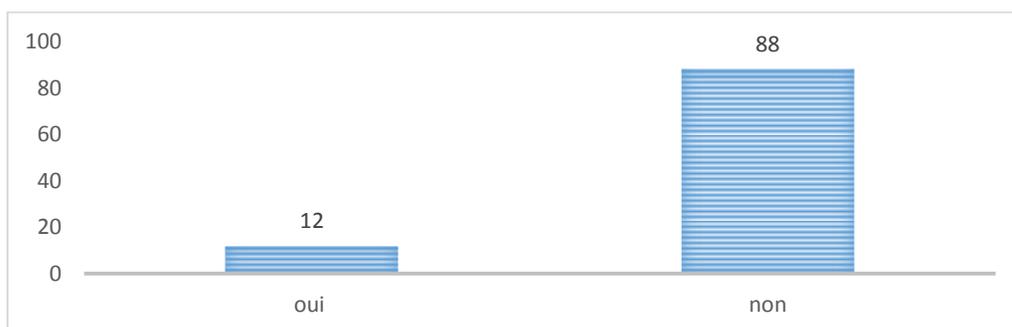


Figure 47 : Nombre de patients avec des signes de conversion à l'enfance

8- Se fait souvent mal :

16 patients (16%).

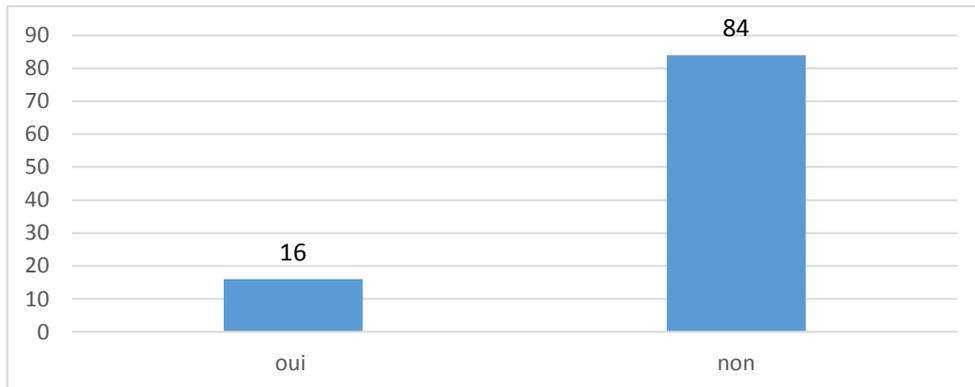


Figure 48 : Nombre d'enfants qui avaient tendance à se faire mal

9-Se bagarre souvent :

28 patients (28%).

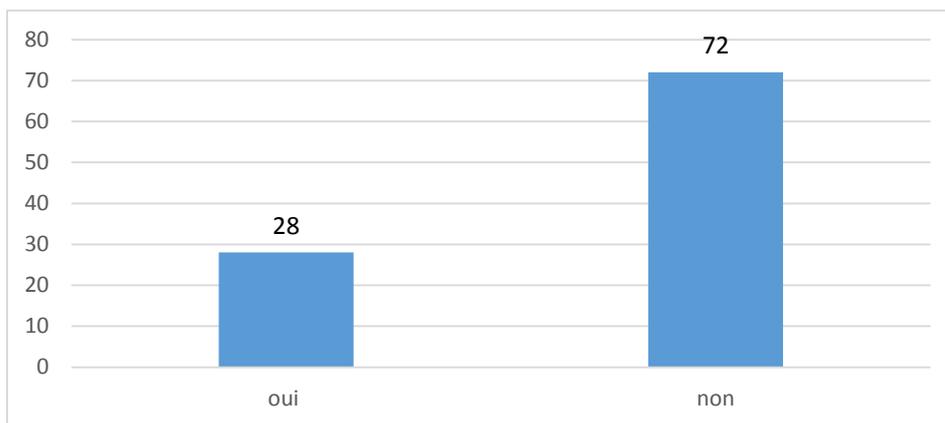


Figure 49 : Nombre de patients qui se bagarraient souvent

10-Ment ou triche :

18 patients (18%).

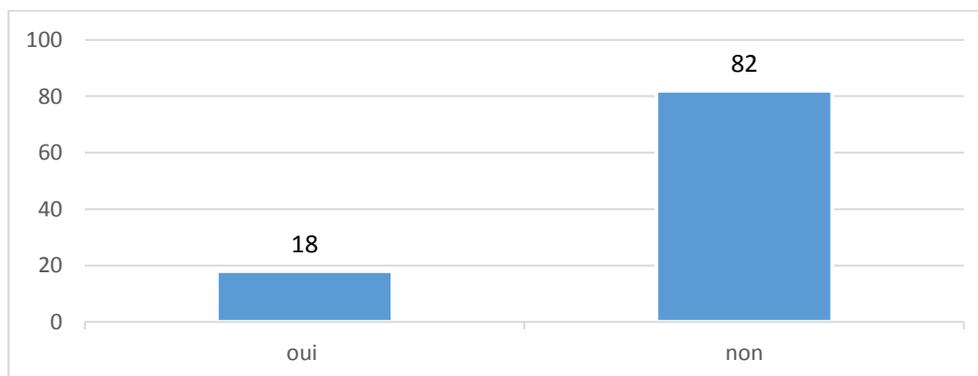


Figure 50 : Nombre de patients avec une tendance à mentir ou tricher

11-Frappe ou agresse physiquement les autres :

15 patients (15%).

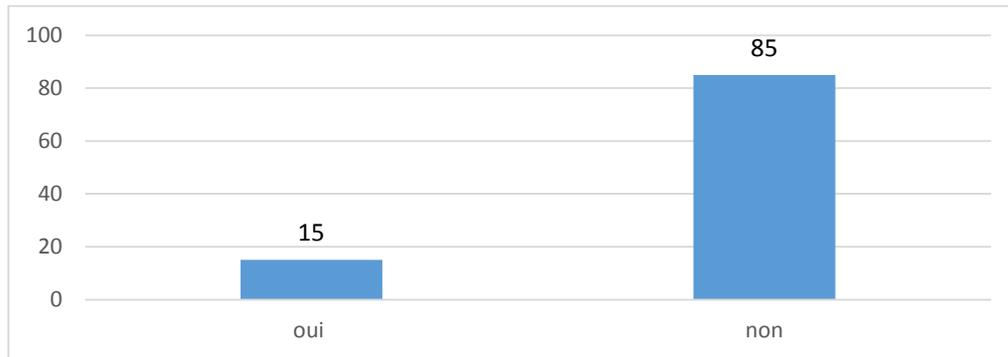


Figure 51 : Nombre de patients qui agressaient les autres

12- Fugue :

16 patients (16%).

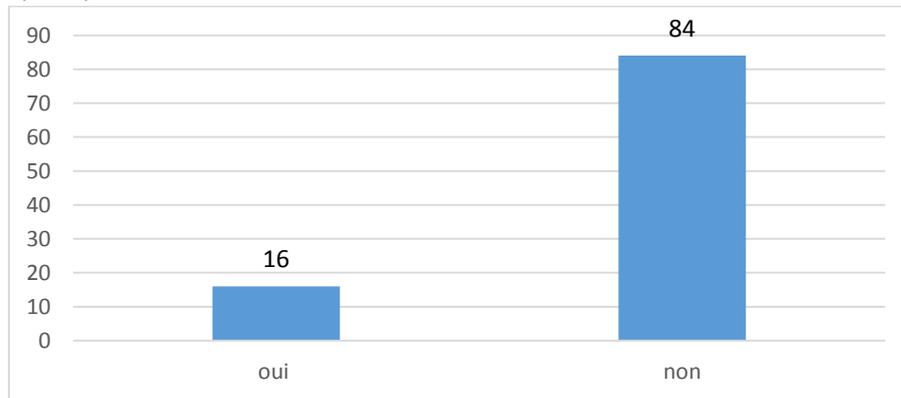


Figure 52 : Nombre de patients qui faisaient des fugues

13- Fume des cigarettes :

54 patients (54%).

14- Se drogue :

39 patients (39%).

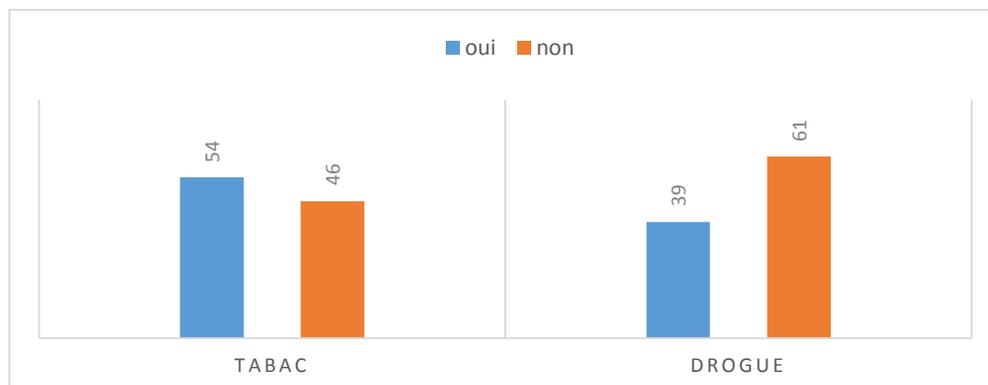


Figure 53 : nombre de qui fumaient du tabac ou utilisaient ue drogu

VII- Positive and négative syndrome scale :

Le score moyen (+/- écart-type) de l'échelle positive était de 13.53 +/-6.62, avec un maximum de 39 et un minimum de 7.

Le score moyen (+/- écart-type) de l'échelle négative était de 13.33 +/-6.62, avec un maximum de 37 et un minimum de 7.

Le score moyen (+/- écart-type) de l'échelle psychopathologique générale était de 27.41 +/- 9.761, avec un maximum de 80 et un minimum de 13.

Le score total moyen (+/- écart-type) était de 54.07 +/- 20.06, avec un maximum de 131 et un minimum de 30

Parmi nos 100 patients, 27 (27%) étaient en rémission, 48 (48%) étaient légèrement malades, 18 (18%) étaient modérément malades, 4 patients (4%) étaient notoirement malades et 3 patients (3%) étaient sévèrement malades.

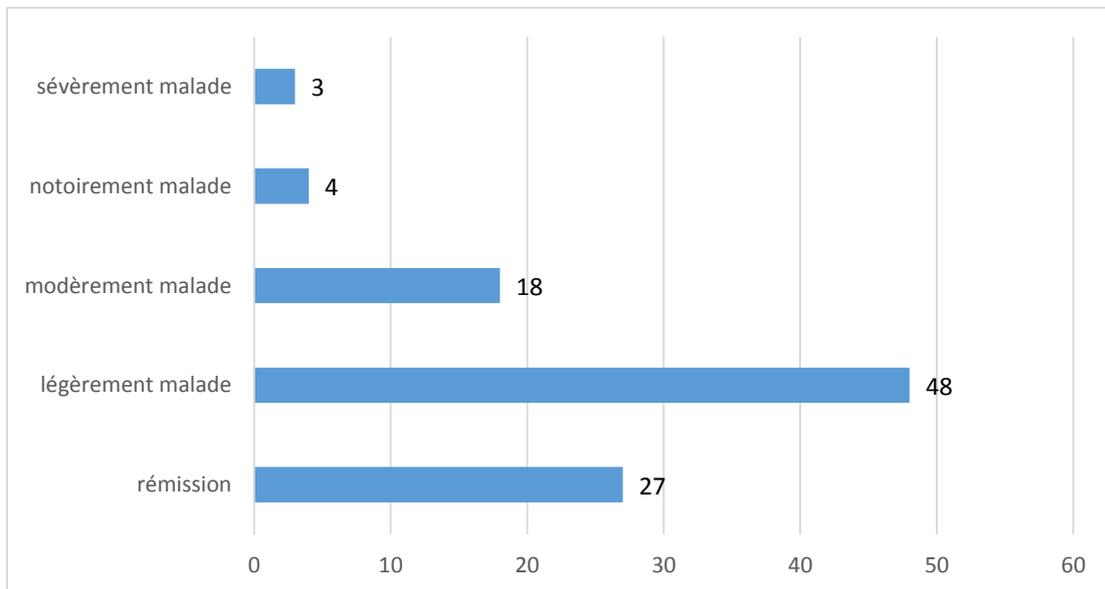


Figure 54 : répartition des patients selon le score de Panss

VIII- Inventaire du comportement :

1-Echelle des problèmes de comportement :

Au sein de notre échantillon, 47 patients (47%) avaient un score supérieur au seuil (40 pour les hommes et 37 pour les femmes) et présentaient donc un trouble de comportement.

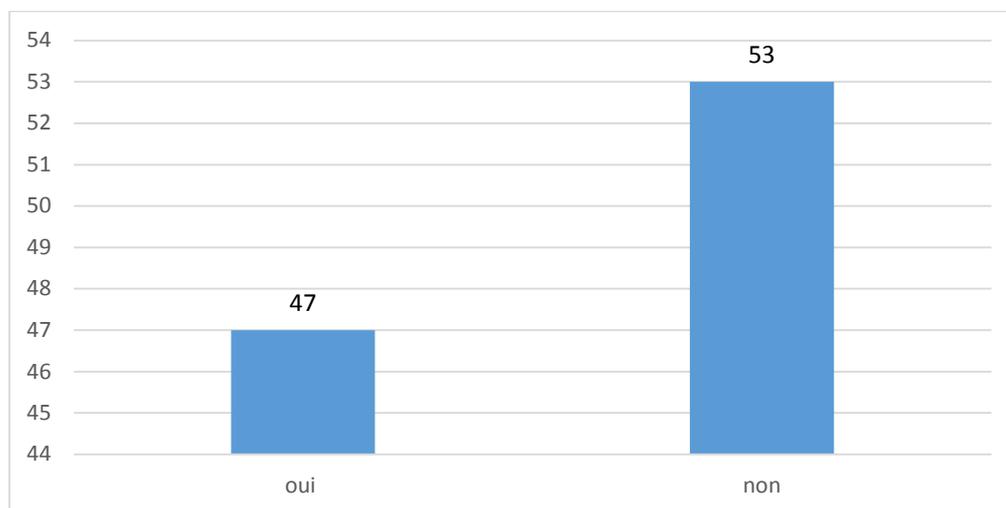


Figure 55 : Nombre de patients qui avaient un trouble de comportement à l'enfance

B. Etude analytique :

- On a réalisé une étude uni-variée afin de déterminer une association entre :

- La forme clinique de la schizophrénie avec : les facteurs périnataux, les facteurs développementaux, les facteurs de socialisation et comportementaux, les scores de l'échelle LCE.
- L'âge de début de la maladie avec : les facteurs périnataux, les facteurs développementaux, les facteurs de socialisation et comportementaux, les scores de l'échelle LCE.
- Les antécédents familiaux de psychose chronique avec : les facteurs périnataux, les facteurs développementaux, les facteurs de socialisation et comportementaux, les scores de l'échelle LCE.
- Du score de Panss avec : les facteurs périnataux, les facteurs développementaux, les facteurs de socialisation et comportementaux, les scores de l'échelle LCE.

1. Corrélation entre la forme clinique de schizophrénie et les paramètres étudiés

a. Les facteurs périnataux :

Variable étudiés		Forme clinique de schizophrénie			p
		Paranoïde	désorganisée	indifférenciée	
Age de la mère à la grossesse (années)		25.35 (+/-3.776)	25.53 (+/-2.716)	25.11 (+/-3.480)	0.988
Désir de grossesse :	Oui	63	15	8	0.612
	Non	9	4	1	
Pathologie maternelle durant la grossesse :	Oui	0	0	0	-
	Non	72	19	9	
Dépression maternelle durant la grossesse :	Oui	24	6	3	0.989
	Non	48	13	6	
Carences nutritionnelles durant la grossesse :	Oui	2	0	0	0.672
	Non	70	19	9	
Consommation de médicaments durant la grossesse :	Oui	2	0	0	0.672
	Non	70	19	9	
Saison de naissance :	Automne	4	5	0	0.133
	Hivers	33	9	4	
	Printemps	17	4	4	
	Été	5	0	1	
Milieu de naissance :	Urbain	39	11	5	0.958
	Rural	33	8	4	
Grossesse menée à terme :	Oui	70	18	8	0.462
	Non	2	1	1	
Mode d'accouchement :	Voie basse	69	19	8	0.371
	Voie haute	3	0	1	
Déroulement normal de l'accouchement :	Oui	70	19	8	0.672
	Non	2	9	1	
Réanimation néonatale :	Oui	1	0	0	0.822
	Non	71	19	9	
Séjour en incubateur :	Oui	0	0	0	-
	Non	72	19	9	

b. Facteurs développementaux :

i. Développement moteur :

Variable étudié		Forme clinique de la schizophrénie			p
		paranoïde	désorganisée	indifférenciée	
Age de tenue de la tête (en mois)		3.32(+/-0.728)	3.37(+/-0.831)	3.33(+/-1.00)	0.970
Age de la position assise (en mois)		6.26(+/-0.933)	6.26(+/-0.931)	6.22(+/-0.667)	0.992
Age de la marche (en mois)		13.43(+/-3.39)	14.89(+/-8.266)	12.33(+/-1.414)	0.325
Enurésie	Oui	20	2	4	0.130
	Non	52	17	5	
Encoprésie	Oui	2	0	0	0.672
	Non	70	19	9	

ii. Troubles du langage :

Variable étudiés		Forme clinique de schizophrénie			P
		Paranoïde	désorganisée	indifférenciée	
Age du 1 ^{er} mot		13.81(+/-6.389)	15.00(+/-8.854)	15.00(+/-5.339)	0.755
Age de a 1 ^{ère} phrase (en mois)		25.74(+/-6.7)	28.25 (+/-10.37)	24.11(+/-5.487)	0.340
Difficultés à prononcer des mots :	Oui	11	3	4	0.096
	Non	61	16	5	
Manque de vocabulaire :	Oui	8	3	2	0.596
	Non	64	16	7	
Difficulté à poursuivre une discussion normale :	Oui	7	3	1	0.754
	Non	65	16	7	
Bégaiement :	Oui	6	1	1	0.851
	Non	65	18	8	

iii. Développement cognitif :

Variable étudiés		Forme clinique de schizophrénie			P
		Paranoïde	Désorganisée	Indifférenciée	
Scolarisation :	Oui	68	17	9	0.525
	Non	4	2	0	
Rendement scolaire :	Mauvais	35	11	5	0.489
	Moyen	26	6	2	
	Bon	7	0	2	
A redoublé une classe :	Oui	57	14	8	0.855
	Non	11	3	1	

c. Facteurs d'adaptation sociale et comportementale :

ii. socialisation :

Variable étudiés		Forme clinique de schizophrénie			p
		Paranoïde	Désorganisée	Indifférenciée	
Était timide :	Oui	47	9	4	0.341
	Non	25	10	5	
Trop sage	Oui	43	9	5	0.642
	Non	29	10	4	
Tendance à être rejeté par les autres :	Oui	15	2	2	0.576
	Non	57	17	7	
Préférence aux jeux solitaires :	Oui	25	4	4	0.395
	Non	47	15	5	
Replié sur lui-même :	Oui	30	6	5	0.473
	Non	42	13	4	
Malheureux, triste :	Oui	16	4	3	0.738
	Non	56	15	6	
Peu actif :	Oui	14	1	2	0.313
	Non	58	18	7	
Pleure souvent :	Oui	17	3	2	0.765
	Non	55	16	7	
Tentatives de suicide :	Oui	3	0	1	0.371
	Non	69	19	8	
Troubles du sommeil :	Oui	9	0	1	0.269
	Non	63	19	8	
S'inquiète :	Oui	33	8	3	0.763
	Non	39	11	6	
Se ronge les ongles :	Oui	16	6	0	0.169
	Non	56	13	9	
Nerveux, tendu :	Oui	44	9	4	0.408
	Non	28	10	5	
Sensibilité élevée au stress :	Oui	32	9	3	0.775
	Non	40	10	6	
Anticipation accrue d'une menace :	Oui	19	6	2	0.852
	Non	53	13	7	
Perturbation de l'image corporelle de soi :	Oui	0	0	1	0.006
	Non	72	19	8	

iii- troubles du comportement :

Variable étudiés		Forme clinique de schizophrénie			p
		Paranoïde	Désorganisée	Indifférenciée	
Se dispute souvent :	Oui	19	4	4	0.424
	Non	52	15	5	
Détruit des affaires personnels ou des autres :	Oui	15	3	4	0.215
	Non	56	16	5	
Désobéissant à la maison :	Oui	21	4	6	0.044
	Non	50	15	3	
Désobéissant à l'école :	Oui	23	3	6	0.033
	Non	48	16	3	
Enfreint les règles :	Oui	26	5	5	0.322
	Non	45	14	4	
Troubles alimentaires :	Oui	1	0	0	0.817
	Non	70	19	9	
Signes de conversion :	Oui	8	3	1	0.862
	Non	63	16	8	
Tendance à avoir des accidents, à se faire mal :	Oui	9	4	3	0.231
	Non	62	15	6	
Se bagarre souvent :	Oui	20	4	4	0.438
	Non	51	15	5	
A de mauvaises fréquentations :	Oui	38	12	5	0.754
	Non	33	7	4	
Ment, triche :	Oui	12	5	1	0.542
	Non	59	14	8	
Frappe ou agresse physiquement les autres :	Oui	12	1	2	0.549
	Non	59	18	7	
Fugue de la maison :	Oui	12	3	1	0.905
	Non	59	16	8	
Fume du tabac :	Oui	39	9	6	0.627
	Non	32	10	3	
Se drogue ;	Oui	28	8	3	0.906
	Non	43	11	6	

e. LCE comportements :

Variable étudiés		Forme clinique de schizophrénie			p
		paranoïde	désorganisée	indifférenciée	
Score total :	Oui	36	6	5	0.311
Troubles de comportement	Non	36	13	4	

3. Corrélation entre l'âge de début de la maladie et les paramètres étudiés :

a. Les facteurs périnataux :

Variable étudiés		Age de début de la maladie	p
Age de la mère à la grossesse (années)		-	0.726
Désir de grossesse :	Oui	21.424+/-3.061	0.074
	Non	19.857+/-2.684	
Pathologie maternelle durant la grossesse :	Oui	21.205+/-3.048	--
	Non	--	
Dépression maternelle durant la grossesse :	Oui	21.061+/-2.925	0.741
	Non	21.276+/-3.126	
Carences nutritionnelles durant la grossesse :	Oui	23.000+/-7.071	0.403
	Non	21.168+/-2.983	
Consommation de médicaments durant la grossesse :	Oui	25.500+/-0.707	0.044
	Non	21.117+/-3.015	
Saison de naissance :	Automne	19.667+/-2.291	0.322
	Hivers	21.043+/-2.943	
	Printemps	21.760+/-3.086	
	Eté	21.500+/-2.881	
Milieu de naissance :	Urbain	21.336+/-3.388	0.636
	Rural	21.044+/-2.602	
Grossesse menée à terme :	Oui	21.276+/-3.086	0.256
	Non	19.500+/-1.000	
Mode d'accouchement :	Voie basse	21.141+/-3.007	0.303
	Voie haute	22.750+/-4.113	
Déroulement normal de l'accouchement :	Oui	21.128+/-2.999	0.075
	Non	25.00+/-4.242	
Réanimation néonatale :	Oui	14.00	0.017
	Non	21.878+/-2.973	
Séjour en incubateur :	Oui		--
	Non	21.205+/-3.048	

b. Facteurs développementaux :

i. Développement moteur :

Variable étudié		Age de début de la maladie	P
Age de tenue de la tête (en mois)		--	0.594
Age de la position assise (en mois)		--	0.815
Age de la marche (en mois)		--	0.805
Enurésie	Oui	22.192+/-2.638	0.980
	Non	21.179+/-3.053	
Encoprésie	Oui	22.500+/-3.535	0.547
	Non	21.179+/-3.053	

ii. Troubles du langage :

Variable étudiés		Age de début de la maladie	P
Age du 1 ^{er} mot		--	0.136
Age de a 1 ^{ère} phrase (en mois)		--	0.029
Difficultés à prononcer des mots :	Oui	21.778+/-3.590	0.381
	Non	21.079+/-2.926	
Manque de vocabulaire :	Oui	22.077+/-3.277	0.271
	Non	21.075+/-3.011	
Difficulté à poursuivre une discussion normale :	Oui	23.909+/-2.211	0.001
	Non	20.871+/-2.978	
Bégaïement :	Oui	23.625+/-4.405	0.013
	Non	20.995+/-2.838	

iii. Développement cognitif :

Variable étudiés		Age de début de la maladie	P
Scolarisation :	Oui	21.197+/-3.118	0.405
	Non	21.333+/-1.751	
Rendement scolaire :	Mauvais	20.951+/-2.437	0.405
	Moyen	21.147+/-3.710	
	Bon	22.778+/-3.993	
A redoublé une classe :	Oui	21.057+/-3.158	0.986
	Non	21.933+/-2.890	

c. Facteurs d'adaptation sociale et comportementale :

i. socialisation :

Variable étudiés		Age de début de la maladie	P
Etait timide :	Oui	21.025+/-3.185	0.462
	Non	21.487+/-2.890	
Trop sage :	Oui	20.850+/-3.380	0.382
	Non	21.674+/-2.504	
Tendance à être rejeté par les autres :	Oui	20.868+/-2.857	0.595
	Non	21.284+/-3.103	
Préférence aux jeux solitaires :	Oui	21.500+/-3.605	0.500
	Non	21.060+/-2.751	
Replié sur lui-même :	Oui	20.988+/-3.410	0.555
	Non	21.365+/-2.790	
Malheureux, triste :	Oui	20.478+/-2.967	0.184
	Non	21.422+/-3.057	
Peu actif :	Oui	20.706+/-2.931	0.629
	Non	21.307+/-3.079	
Pleure souvent :	Oui	20.386+/-2.811	0.765
	Non	21.436+/-3.089	
Tentatives de suicide :	Oui	23.500+/-2.380	0.125
	Non	21.109+/-3.045	
Troubles du sommeil :	Oui	23.400+/-3.204	0.016
	Non	20.961+/-2.949	
S'inquiète :	Oui	20.875+/-2.978	0.340
	Non	21.464+/-3.104	
Se ronge les ongles :	Oui	20.250+/-2.802	0.096
	Non	21.474+/-3.077	
Nerveux, tendu :	Oui	21.491+/-3.012	0.282
	Non	20.826+/-3.089	
Sensibilité élevée au stress :	Oui	21.491+/-3.012	0.744
	Non	21.116+/-2.807	
Anticipation accrue d'une menace :	Oui	21.148+/-2.865	0.910
	Non	21.226+/-3.132	
Perturbation de l'image corporelle de soi :	Oui	24.000	0.359
	Non	21.177+/-3.050	

ii- troubles du comportement :

Variable étudiés		Age de début de la maladie	P
Se dispute souvent :	Oui	20.852+/-2.797	0.444
	Non	21.382+/-3.141	
Détruit des affaires personnels ou des autres :	Oui	20.909+/-2.758	0.569
	Non	21.331+/-3.134	
Désobéissant à la maison :	Oui	21.355+/-2.640	0.797
	Non	21.184+/-3.232	
Désobéissant à l'école :	Oui	21.139+/-2.901	0.625
	Non	21.385+/-3.149	
Enfreint les règles :	Oui	21.139+/-2.850	0.809
	Non	21.294+/-3.174	
Troubles alimentaires :	Oui	18.000	0.288
	Non	21.27+/-3.044	
Signes de conversion :	Oui	21.000+/-2.796	0.755
	Non	21.270+/-3.093	
Tendance à avoir des accidents, à se faire mal :	Oui	21.250+/-2.516	0.986
	Non	21.235+/-3.152	
Se bagarre souvent :	Oui	21.000+/-2.788	0.629
	Non	21.331+/-3.156	
A de mauvaises fréquentations :	Oui	21.473+/-2.089	0.393
	Non	20.943+/-3.938	
Ment, triche :	Oui	20.944+/-2.858	0.654
	Non	21.302+/-3.100	
Frappe ou agresse physiquement les autres :	Oui	21.400+/-3.180	0.824
	Non	21.208+/-3.041	
Fugue de la maison :	Oui	20.812+/-2.663	0.545
	Non	21.319+/-3.123	
Fume du tabac :	Oui	21.315+/-2.516	0.627
	Non	21.144+/-3.609	
Se drogue ;	Oui	21.308+/-2.451	0.854
	Non	21.192+/-3.397	

e. LCE comportements :

Variable étudiés		Age de début de la maladie	p
Score total :	Oui	21.192+/-2.810	0.967
Troubles de comportement	Non	21.817+/-3.272	

3- Corrélation entre les antécédents familiaux de psychose chronique et les paramètres étudiés :

a. Les facteurs périnataux :

Variable étudiés		Antécédent de psychose chronique		p
		oui	non	
Age de la mère à la grossesse (années)		24.92+/-5.385	26.56+/-5.669	0.209
Désir de grossesse :	Oui	22	64	0.517
	Non	2	11	
Pathologie maternelle durant la grossesse :	Oui	--	--	-
	Non	25	75	
Dépression maternelle durant la grossesse :	Oui	12	21	0.057
	Non	13	54	
Carences nutritionnelles durant la grossesse :	Oui	0	2	0.561
	Non	25	73	
Consommation de médicaments durant la grossesse :	Oui	1	1	0.672
	Non	24	74	
Saison de naissance :	Automne	2	7	0.315
	Hivers	14	32	
	Printemps	4	21	
	Eté	3	3	
Milieu de naissance :	Urbain	15	40	0.365
	Rural	10	35	
Grossesse menée à terme :	Oui	23	73	0.260
	Non	2	2	
Mode d'accouchement :	Voie basse	23	73	0.260
	Voie haute	2	2	
Déroulement normal de l'accouchement :	Oui	25	73	0.672
	Non	0	2	
Réanimation néonatale :	Oui	0	1	0.822
	Non	25	74	
Séjour en incubateur :	Oui	--	--	--
	Non	25	75	

b. Facteurs développementaux :

i. Développement moteur :

Variable étudié		Antécédent familiaux de psychose chronique		P
		oui	non	
Age de tenue de la tête (en mois)		3.36+/-0.907	3.32+/-0.720	0.822
Age de la position assise (en mois)		6.36+/-1.254	6.23+/-0.831	0.546
Age de la marche (en mois)		12.76+/-2.570	13.89+/-5.106	0.290
Enurésie	Oui	8	18	0.294
	Non	17	57	
Encoprésie	Oui	1	1	0.439
	Non	24	74	

ii. Troubles du langage :

Variable étudiés		Antécédent familiaux de psychose chronique		P
		oui	non	
Age du 1 ^{er} mot		15.48+/-9.929	13.63+/-5.090	0.242
Age de a 1 ^{ère} phrase (en mois)		26.64+/-10.193	25.78+/-6.076	0.620
Difficultés à prononcer des mots :	Oui	6	12	0.267
	Non	19	63	
Manque de vocabulaire :	Oui	5	8	0.192
	Non	20	67	
Difficulté à poursuivre une discussion normale :	Oui	5	6	0.102
	Non	20	69	
Bégaiement :	Oui	5	20	0.022
	Non	3	72	

iii. Développement cognitif :

Variable étudiés		Antécédent familiaux de psychose chronique		P
		oui	non	
Scolarisation :	Oui	23	71	0.469
	Non	2	4	
Rendement scolaire :	Mauvais	17	34	0.062
	Moyen	5	29	
	Bon	1	8	
A redoublé une classe :	Oui	23	56	0.016
	Non	0	15	

c. Facteurs d'adaptation sociale et comportementale :

i. socialisation :

Variable étudiés		Antécédent familiaux de psychose chronique		p
		oui	non	
Etait timide :	Oui	11	50	0.341
	Non	14	25	
Trop sage	Oui	11	46	0.100
	Non	14	29	
Tendance à être rejeté par les autres :	Oui	4	15	0.454
	Non	21	60	
Préférence aux jeux solitaires :	Oui	8	25	0.554
	Non	17	50	
Replié sur lui-même :	Oui	9	32	0.365
	Non	16	43	
Malheureux, triste :	Oui	5	18	0.456
	Non	20	57	
Peu actif :	Oui	5	12	0.426
	Non	20	63	
Pleure souvent :	Oui	3	19	0.131
	Non	22	56	
Tentatives de suicide :	Oui	1	3	0.740
	Non	24	72	
Troubles du sommeil :	Oui	3	7	0.478
	Non	22	68	
S'inquiète :	Oui	11	33	0.594
	Non	14	42	
Se ronge les ongles :	Oui	3	19	0.169
	Non	22	56	
Nerveux, tendu :	Oui	13	44	0.368
	Non	12	31	
Sensibilité élevée au stress :	Oui	9	35	0.244
	Non	16	40	
Anticipation accrue d'une menace :	Oui	6	21	0.456
	Non	19	54	
Perturbation de l'image corporelle de soi :	Oui	0	1	0.750
	Non	54	74	

ii- troubles du comportement :

Variable étudiés		Antécédent familiaux de psychose chronique		p
		Oui	non	
Se dispute souvent :	Oui	6	21	0.442
	Non	19	53	
Détruit des affaires personnels ou des autres :	Oui	6	16	0.502
	Non	19	58	
Désobéissant à la maison :	Oui	8	23	0.559
	Non	17	51	
Désobéissant à l'école :	Oui	8	24	0.571
	Non	17	49	
Enfreint les règles :	Oui	8	28	0.392
	Non	17	46	
Troubles alimentaires :	Oui	0	1	0.747
	Non	25	73	
Signes de conversion :	Oui	1	11	0.137
	Non	24	63	
Tendance à avoir des accidents, à se faire mal :	Oui	4	12	0.626
	Non	21	62	
Se bagarre souvent :	Oui	6	22	0.392
	Non	19	52	
A de mauvaises fréquentations :	Oui	16	39	0.227
	Non	9	35	
Ment, triche :	Oui	4	12	0.626
	Non	21	62	
Frappe ou agresse physiquement les autres :	Oui	3	12	0.549
	Non	22	62	
Fugue de la maison :	Oui	2	14	0.167
	Non	23	60	
Fume du tabac :	Oui	16	38	0.627
	Non	9	36	
Se drogue ;	Oui	11	49	0.906
	Non	14	25	

e. LCE comportements :

Variable étudiés		Forme clinique de schizophrénie		p
		oui	non	
Score total :	Oui	14	33	0.209
Troubles de comportement	Non	11	42	

2. Corrélation entre les scores PANSS positif et négatif et les paramètres étudiés :

a. Les facteurs périnataux :

Variable étudiés		score PANSS négatif	p	Score PANSS positif	p
Age de la mère à la grossesse (années)		--	0.616	--	0.846
Désir de grossesse :	Oui	13.26+/-6.658	0.783	13.22+/-6.355	0.249
	Non	13.79+/-6.670		15.43+/-8.093	
Pathologie maternelle durant la grossesse :	Oui	--	--	13.53+/-7.381	-
	Non	13.79+/-6.670			
Dépression maternelle durant la grossesse :	Oui	11.42+/-4.848	0.043	12.24+/-4.562	0.174
	Non	14.27+/-7.200		14.16+/-7.381	
Carences nutritionnelles durant la grossesse :	Oui	10.00+/-1.414	0.476	11.50+/-0.707	0.664
	Non	13.40+/-6.678		13.57+/-6.684	
Consommation de médicaments durant la grossesse :	Oui	12.50+/-7.778	0.859	12.50+/-7.778	0.825
	Non	13.35+/-6.649		13.55+/-6.643	
Saison de naissance :	Automne	18.33+/-7.000	0.045	18.44+/-9.262	0.011
	Hivers	12.48+/-6.649		11.98+/-5.183	
	Printemps	12.08+/-4.573		11.48+/-4.104	
	Été	15.33+/-7.005		12.83+/-6.080	
Milieu de naissance :	Urbain	13.25+/-6.788	0.901	14.27+/-7.051	0.217
	Rural	13.42+/-6.503		12.62+/-6.01	
Grossesse menée à terme :	Oui	13.40+/-6.732	0.629	13.63+/-6.723	0.485
	Non	11.75+/-3.403		11.25+/-2.986	
Mode d'accouchement :	Voie basse	13.40+/-6.730		15.50+/-8.813	0.546
	Voie haute	11.75+/-3.500		13.45+/-6.564	
Déroulement normal de l'accouchement :	Oui	13.42+/-6.661	0.353	13.59+/-6.673	0.516
	Non	9.000+/-2.820		10.50+/-2.121	
Réanimation néonatale :	Oui	7	0.340	10.00	0.595
	Non	13.39+/-6.631		13.57+/-6.647	
Séjour en incubateur :	Oui	--	--		-
	Non	13.33+/-6.629		13.53+/-6.623	

b. Facteurs développementaux :

i. Développement moteur :

Variable étudié		score PANSS négatif	p	score PANSS positif	p
Age de tenue de la tête (en mois)		--	0.07	--	0.000
Age de la position assise (en mois)		--	0.037	--	0.001
Age de la marche (en mois)		--	0.103	--	0.000
Enurésie	Oui	10.42+/-4.130	0.09	12.88+/-6.035	0.566
	Non	14.35+/-7.049		13.76+/-6.842	
Encoprésie	Oui	10.00+/-2.828	0.478	21.50+/-7.778	0.086
	Non	13.40+/-2.828		13.37+/-6.543	

ii. Troubles du langage :

Variable étudiés		score PANSS négatif	p	score PANSS positif	P
Age du 1 ^{er} mot		--	0.271	--	0.02
Age de a 1 ^{ère} phrase (en mois)		--	0.400	--	0.311
Difficultés à prononcer des mots :	Oui	12.17+/-5.698	0.414	13.72+/-5.758	0.893
	Non	13.59+/-6.812		13.49+/-6.830	
Manque de vocabulaire :	Oui	10.46+/-4.594	0.095	14.31+/-6.143	0.652
	Non	13.76+/-6.798		13.41+/-6.718	
Difficulté à poursuivre une discussion normale :	Oui	12.00+/-4.583	0.414	16.64+/-6.531	0.754
	Non	13.49+/-6.841		13.15+/-6.569	
Bégaiement :	Oui	11.75+/-5.800	0.485	13.75+/-5.148	0.923
	Non	13.47+/-6.705		13.51+/-6.759	

iii. Développement cognitif :

Variable étudiés		score PANSS négatif	p	score PANSS positif	p
Scolarisation :	Oui	13.07+/-6.485	0.128	13.23+/-6.330	0.077
	Non	17.33+/-8.189		18.17+/-9.786	
Rendement scolaire :	Mauvais	11.98+/-5.715	0.110	12.24+/-5.945	0.359
	Moyen	13.65+/-6.897		14.53+/-6.689	
	Bon	17.11+/-7.833		14.00+/-6.801	
A redoublé une classe :	Oui	12.82+/-6.692	0.494	12.95+/-6.143	0.504
	Non	14.40+/-5.250		14.73+/-7.285	

c. Facteurs d'adaptation sociale et comportementale :

ii. socialisation :

Variable étudiés		score PANSS négatif	p	score PANSS positif	P
Etait timide :	Oui	3.89+/-7.158	0.297	13.92+/-6.960	0.341
	Non	12.46+/-5.684		12.92+/-6.097	
Trop sage	Oui	14.42+/-7.179	0.058	14.46+/-6.985	0.642
	Non	11.88+/-5.577		12.92+/-6.097	
Tendance à être rejeté par les autres :	Oui	12.32+/-6.421	0.461	17.42+/-6.475	0.576
	Non	13.57+/-6.693		12.62+/-6.375	
Préférence aux jeux solitaires :	Oui	12.79+/-6.04	0.569	13.52+/-5.466	0.395
	Non	13.60+/-6.928		13.54+/-7.163	
Replié sur lui-même :	Oui	13.17+/-6.771	0.842	12.68+/-5.208	0.473
	Non	13.44+/-6.584		14.12+/-7.437	
Malheureux, triste :	Oui	11.26+/-6.517	0.088	11.96+/-5.076	0.738
	Non	13.95+/-6.577		14.00+/-6.979	
Peu actif :	Oui	11.41+/-4.258	0.192	11.41+/-4.638	0.313
	Non	13.72+/-6.971		13.96+/-6.903	
Pleure souvent :	Oui	12.14+/-6.483	0.341	15.36+/-6.835	0.765
	Non	13.67+/-6.672		13.01+/-6.514	
Tentatives de suicide :	Oui	12.75+/-3.594	0.859	18.50+/-7.234	0.371
	Non	13.35+/-6.736		13.32+/-6.556	
Troubles du sommeil :	Oui	12.80+/-6.215	0.791	16.40+/-6.450	0.269
	Non	13.39+/-6.704		13.21+/-6.600	
S'inquiète :	Oui	11.30+/-5.773	0.006	12.00+/-5.158	0.763
	Non	14.93+/-6.885		14.73+/-7.404	
Se ronge les ongles :	Oui	14.09+/-7.559	0.545	16.73+/-8.102	0.169
	Non	13.12+/-6.380		12.63+/-5.895	
Nerveux, tendu :	Oui	11.95+/-5.923	0.016	13.44+/-6.188	0.408
	Non	15.16+/-7.125		13.65+/-7.108	
Sensibilité élevée au stress :	Oui	12.48+/-7.264	0.220	13.18+/-6.013	0.775
	Non	14.05+/-6.053		13.80+/-7.108	
Anticipation accrue d'une menace :	Oui	12.48+/-7.186	0.419	13.15+/-5.628	0.852
	Non	14.05+/-6.053		13.67+/-6.986	
Perturbation de l'image corporelle de soi :	Oui	16.00	0.688	21	0.259
	Non	13.30+/-6.657		13.45+/-6.614	

ii- troubles du comportement :

Variable étudiés		score PANSS négatif	p	score PANSS positif	p
Se dispute souvent :	Oui	12.67+/-6.481	0.680	14.15+/-6.786	0.539
	Non	13.25+/-6.150			
Détruit des affaires personnels ou des autres :	Oui	11.55+/-5.535	0.187	13.00+/-5.798	0.706
	Non	13.53+/-6.715			
Désobéissant à la maison :	Oui	11.42+/-4.992	0.071	12.52+/-5.195	0.334
	Non	13.85+/-6.591			
Désobéissant à l'école :	Oui	11.25+/-4.197	0.053	12.13+/-5.198	0.172
	Non	13.79+/-6.715			
Enfreint les règles :	Oui	11.28+/-4.521	0.027	12.47+/-5.619	0.258
	Non	14.13+/-6.819			
Troubles alimentaires :	Oui	9.00	0.511	11.00	0.710
	Non	13.13+/-6.232			
Signes de conversion :	Oui	10.75+/-4.864	0.165	12.58+/-6.067	0.622
	Non	13.41+/-6.333			
Tendance à avoir des accidents, à se faire mal :	Oui	12.18+/-5.890	0.528	12.31+/-5.986	0.447
	Non	13.27+/-6.294			
Se bagarre souvent :	Oui	11.82+/-5.683	0.203	13.93+/-6.787	0.671
	Non	13.59+/-6.380			
A de mauvaises fréquentations :	Oui	11.95+/-5.539	0.040	11.98+/-5.797	0.012
	Non	14.52+/-6.790			
Ment, triche :	Oui	14.06+/-6.898	0.634	17.89+/-8.663	0.001
	Non	12.88			
Frappe ou agresse physiquement les autres :	Oui	12.40+/-5.02	0.712	16.20+/-7.692	0.084
	Non	13.21+/-6.421			
Fugue de la maison :	Oui	12.56+/-6.011	0.712	13.94+/-8.481	0.762
	Non	13.19+/-6.28			
Fume du tabac :	Oui	12.59+/-6.126	0.385	13.24+/-6.790	0.703
	Non	13.69+/-6.335			
Se drogue :	Oui	11.31+/-4.878	0.021	11.90+/-6.065	0.056
	Non	14.25+/-6.734			

e. LCE comportements :

Variable étudiés		score PANSS négatif	p	score PANSS positif	P
Score total : Troubles de comportement	Oui	11.85+/-5.875	0.035	12.15+/-5.229	0.049
	Non	14.64+/-7.082			

DISCUSSION

I. Argumentaire de l'étude

La schizophrénie est une affection psychotique assez fréquente qui touche environ 350.000 marocains. C'est une maladie invalidante ayant un impact important sur l'adaptation sociale et entraînant une grande souffrance chez la personne et ses proches. Sa prise en charge est lourde et représente donc un problème majeur de santé publique. Plusieurs études ont essayé de caractériser les facteurs étiologiques de la maladie. Au Maroc, les études concernant l'enfance des schizophrènes sont très rares, c'est pourquoi on a jugé nécessaire et opportun de mener cette étude et d'explorer la vie infantile des patients atteints de schizophrénie. Nos résultats sont d'un grand intérêt et ont participé à avoir une idée globale sur les différents symptômes qui pourraient prédire la survenue de la maladie.

II. Données sociodémographiques

En analysant nos résultats nous retrouvons que l'âge moyen de notre échantillon était de 25.36 ans +/- 3.54, proche à celui retrouvé à l'étude de Obacz et al. (12) à 24 ans +/- 3.4, alors que celui de Meurice et al. (13) était de 37 ans. Dans notre échantillon, 80 % étaient de sexe masculin qui est toujours proche du pourcentage du sexe masculin dans les autres études similaires qui était de 78% pour Obacz et al. (125), 70% pour Chamagne et al. (14) et 80% pour Meurice et al. (13). La majorité de nos patients soit 82% était sans profession, 89% étaient célibataires reflétant ainsi l'impact social de la maladie. Ces résultats rejoignent les données de la littérature(12-14).

III. Antécédents personnels et familiaux

Au sein de la population étudiée, 13% des patients ont subi un traumatisme durant leur enfance et étaient donc victime de maltraitance physique ou psychique ainsi que de négligence. Chamagne et al. (14) ont étudiés les antécédents traumatiques pendant l'enfance de façon plus précise et ont abouti aux résultats suivants : 45% de cas de dislocation familiale, 20% de carence affective, 25% de sévices physiques et 20% de patients ont été victimes d'abandon. Ces traumatismes seraient incriminés dans des perturbations psychologiques initiant le processus schizophrénique.

Concernant les antécédents familiaux, 25% de nos patients avaient des antécédents familiaux de psychose chronique. Ces résultats sont concordants à ceux de Chamagne et al. (14) avec 27% de patients ayant un antécédent familial que ça soit du 1er ou 2ème degré. Cela fait poser l'hypothèse d'un prédéterminisme génétique. Par ailleurs, les études de jumeaux monozygotes

et dizygotes montrent des taux de concordance pour la schizophrénie plus élevés pour les jumeaux monozygotes (47%) que pour les dizygotes (7%). Les études d'adoption montrent quant à elle que le fait d'avoir des parents biologiques schizophrènes augmente le risque de développer une schizophrénie alors que des parents adoptifs présentant la maladie n'augmentent pas ce risque. Dans ce cadre, un certain nombre de gènes prédisposant à la schizophrénie sont actuellement à l'étude (1). Il y aurait donc une susceptibilité constitutionnelle présente chez les futurs patients schizophrènes.

L'individu hériterait une vulnérabilité à présenter une schizophrénie et non pas la schizophrénie en elle-même. C'est l'interaction de cette vulnérabilité avec des facteurs de stress environnementaux (16) qui constituerait le lit de la schizophrénie et qui par la suite conduirait à l'éclosion de la maladie (17). Des altérations épigénétiques pourraient être à l'origine d'anomalie du développement cérébral(18). Le déterminisme génétique ne serait donc pas suffisant pour induire une schizophrénie en l'absence de facteurs environnementaux mais provoquerait des décompensations en présence de facteurs de stress majeurs, chez les sujets vulnérables (19). Ainsi, il existerait des variations phénotypiques pour la même vulnérabilité génétiquement déterminée.

IV. Données concernant la schizophrénie

Parmi les soixante patients inclus dans notre étude, 72% présentaient une schizophrénie paranoïde, 19% avaient une schizophrénie hébéphrénique ou désorganisée alors que 9% avaient une schizophrénie indifférenciée. Ces résultats rejoignent ceux des autres études dont la répartition était la suivante : Pour Obacz et al. (12) (tableau ..), 58% des cas avaient une schizophrénie paranoïde, 18% des cas étaient classés comme ayant une schizophrénie désorganisée, 10% avaient une schizophrénie indifférenciée alors que 10 % des patients avaient d'autres formes plus rares. Pour Chamagne et al. (14) (tableau ..) la forme paranoïde représentait 62% des cas, 14% pour la forme désorganisée, 11% pour la forme indifférenciée et 15% pour les autres formes.

Etude	Obacz et al (2012)	Champgne et al (2015)	Meurice et al (2011)	Notre étude
Pays	France	France	Belgique	Maroc
Taille	50	124	27	100
Date	2008	2015	2011	2017
Sexe :				
-Masculin	78%	70%	80%	80%
-Féminin	22%	30%	20%	20%
Antécédent personnel de maltraitance physique pendant l'enfance	--	20%	--	13%
Antécédents familiaux de psychose chronique	--	27%	--	25%
Formes clinique de la schizophrénie :				
- paranoïde	- 58%	- 62%	--	-72%
- désorganisée	- 18%	- 14%		-19%
- indifférenciée	- 10%	- 9%		-9%
- autre	- 10%	- 15%		-0%
Age moyen de diagnostic de la schizophrénie : (ans)	21.4+/-3	20.86+/-3.66	--	21.20+/- 3.0485

Concernant l'âge de diagnostic de la maladie, selon Bailly (20), la moyenne de survenue de la schizophrénie varie de 14 à 30 ans, jusqu'à 35 ans dans certains cas. Pour D'Amato (21), son début se situe en moyenne à 23 ans chez les hommes et 27 ans chez les femmes. Dans notre échantillon, le diagnostic de schizophrénie est posé relativement tôt (21.20 ans +/- 3.0485 en moyenne). Cette moyenne est proche de celle retrouvée dans l'étude de Obacz et al. (12) (21.4 ans +/- 3) et celle de Chamagne et al. (14) (20.86 ans +/-3.66)

V. Facteurs de risque périnataux

Parmi les résultats les plus significatifs de notre étude, on trouve la saison de naissance. 46% de nos patients sont nés en hiver, 25% en Printemps, 9% en automne, et 6% en été, la période hiver et automne a donc connue 71 % des naissances . Les résultats de Chamagne et al. (14) rejoignent ceux de notre étude avec un maximum de naissance en Hiver et automne (57%). Ce paramètre a fait l'objet de nombreux travaux. Certains auteurs soutiennent l'hypothèse que les sujets schizophrènes nés en hiver présentent des altérations précoces de la substance blanche (21). D'autres, plus nombreux, ont évoqué une hyposécrétion maternelle de mélatonine impliquant des anomalies du développement hippocampique fœtal pour les patients naissants en hiver (22). Les infections virales présentées pendant le second trimestre de grossesse auraient également des répercussions sur l'organogenèse (23), et plus particulièrement sur la neurogénèse (24).

En ce qui concerne le milieu de naissance, 55% des patients sont nés dans un milieu urbain. Cette distinction a été étudiée dans une étude néerlandaise (25), qui a investigué les relations entre schizophrénie et « naissance » versus « résidence urbaine » au moment de la première hospitalisation. Le risque de schizophrénie est augmenté spécifiquement chez les sujets nés dans la zone la plus densément peuplée (RR = 2,05 pour les sujets nés dans cette zone et résidant dans des zones moins peuplées au début de l'âge adulte ; RR = 1,96 pour les sujets nés et résidant dans la zone urbaine). Il n'existe pas d'augmentation de risque chez les sujets nés dans des zones non urbaines, quel que soit leur lieu de résidence au début de l'âge adulte. Une étude conduite à partir du registre de patients danois (26) a également montré que les sujets nés dans la zone à plus haute densité urbaine avaient un risque multiplié par 2,4 de développer une schizophrénie par rapport à ceux nés dans les zones les moins densément peuplées.

L'exposition au virus de la rubéole n'a pas pu être identifiée dans notre étude vu que la plupart des grossesses n'étaient pas suivies. Par contre, plusieurs études ont analysé ce paramètre. Le virus de la rubéole semblerait capable d'empêcher la migration neuronale au deuxième trimestre, comme le suggèrent un type de cellules nerveuses contenant une enzyme (la nicotinamide-adéninedinucléotide phosphatédiaphorase [NADP-d]) retrouvées profondément enfouies à l'autopsie du cerveau de sujets schizophrènes, ou l'anomalie des stries des empreintes digitales des schizophrènes liée à l'absence de migration des cellules dermiques vers le cortex (27).

Même choses pour les complications obstétricales, ces dernières n'ont pas pu être identifiées car la plupart des accouchements ont eu lieu à domicile et ne sont donc pas documentés. Cependant, ce paramètre a fait sujet de plusieurs études et il semble que tous les évènements qui engendrent une hypoxie soient des facteurs de risque potentiels. Utilisant la grille de renseignements de Lewis et Murray (28) à propos de 1 000 patients, Geddes et al. (29) ont évoqué un risque de schizophrénie multiplié par 2,0 lorsqu'il y a eu une complication de la grossesse ou de l'accouchement. Plus récemment, les mêmes auteurs (30) ont comparé un collectif de 700 malades à 835 témoins. Les sujets du groupe témoin étaient diversement sélectionnés, soit à partir d'autres malades présentant des désordres non schizophréniques, soit à partir du personnel soignant, soit encore à partir des frères et sœurs des patients, ou des naissances suivant celles des sujets atteints, repérées sur les registres d'accouchement. Cette étude a établi une relation significative entre la schizophrénie et la rupture prématurée des membranes, la naissance avant 37 semaines d'aménorrhée et la nécessité d'une réanimation néonatale ou d'un séjour de l'enfant en incubateur. Globalement, ces complications obstétricales ne semblent pas avoir d'influence sur l'âge d'apparition des premiers symptômes de la maladie (31). Cependant, il apparaît que lorsque la naissance est survenue dans un contexte de souffrance foetale aiguë, les signes de psychose sont détectés plus précocement dans l'adolescence ou au début de l'âge adulte (32,33). En effet, à partir d'une étude collaborative internationale portant sur 854 patients schizophrènes répertoriés par 11 équipes, Verdoux et al.(34) ont établi que les malades dont les symptômes avaient débuté avant l'âge de 22 ans étaient 2,67 fois plus souvent nés dans une variété de présentation anormale, notamment en siège et avaient 10 fois plus souvent été extraits lors d'un accouchement compliqué finissant par une césarienne en urgence. Les deux principales faiblesses de ces études cas-contrôles résident dans la qualité très variable des informations obstétricales, recueillies le plus souvent à partir d'un simple interrogatoire maternel, et dans la sélection très hétérogène de la population témoin. Les carences nutritionnelles graves durant la grossesse, surtout au cours du 1er ou 2ème trimestre, c'est-à-dire à un moment où le système nerveux fœtal se différencie et où les inter-relations neuronales s'établissent, semble être un facteur de risque de développement de la schizophrénie. Dans ce sens, Susser et al. (35), en étudiant une population ayant été exposée à la famine durant la grossesse, ont noté une multiplication par un facteur de deux de la prévalence des schizophrénies lorsque la famine est survenue au 1er trimestre. Là encore, puisque les grossesses n'ont pas été suivies, ce paramètre n'a pas été traité dans notre étude. L'exposition au stress in utero serait également un facteur de risque

significatif ainsi que la dépression maternelle. Dans notre étude 33% des mères ont rapportés la notion de dépression durant la grossesse.

Au total, les différentes études démontrent la présence de nombreux facteurs de risque périnataux pendant l'enfance des schizophrènes. En revanche, la nature du lien de causalité entre d'une part les facteurs de risques périnataux et la schizophrénie reste inconnue. La première hypothèse serait que ces facteurs de risque engendrent des anomalies cérébrales précoces, qui elles-mêmes seraient responsables des troubles schizophréniques. Autre hypothèse possible : les facteurs de risque périnataux pourraient engendrer des anomalies cérébrales précoces qui pourraient elles-mêmes être responsables d'un trouble de la relation précoce, qui à son tour pourrait être un facteur de risque supplémentaire pour développer une schizophrénie. Ainsi, bien que les facteurs de risque périnataux soient bien identifiés, la nature des relations entre les différentes variables reste à explorer. Nous ne savons pas encore comment ces différentes variables s'organisent entre elles ni à quel moment pour développer ou pas un trouble psychopathologique tel que la schizophrénie.

VI. Facteurs de risques développementaux

Concernant le développement moteur, Deux grands types de trouble sont retrouvés plus fréquemment chez les enfants futurs schizophrènes, et ce dans plusieurs études : les retards à l'acquisition de la propreté (énurésie (36,37), encoprésie (38) et retard à l'acquisition de la propreté sans précision (39) , et les retards à la réussite d'une étape clé du développement moteur (retard au maintien de la position assise sans appui (38,40) et retard à l'apprentissage à la marche sans aide (36,41,42). Il existerait donc plus de troubles du développement chez les patients futurs schizophrènes en comparaison de la population générale ou de patients atteints d'une autre pathologie psychiatrique.

Au sein de notre échantillon, seulement 5% des patients présentaient selon leurs parents un retard de la marche. Ce pourcentage est plus important dans l'étude de Obacz et al. (12) avec 28% des cas. 26% de nos patients présentaient une énurésie durant l'enfance, ce qui rejoint les résultats des autres études avec 20% pour Obacz et al. et 18.5% pour Meurice et al. (13).

la validité globale des troubles du langage pour prédire une schizophrénie semble intéressante. Ainsi dans l'étude de Bearden et al. (43), la présence de perturbations du discours à l'âge de 7 ans est significativement associée à une future schizophrénie, avec un odd ratio de 12,7. De

plus, ces perturbations du discours ne sont retrouvées ni dans le groupe contrôle ni dans la fratrie asymptomatique. Quant au domaine précis perturbé, il semble que tous les niveaux impliqués dans la production du discours puissent être atteints : lexical, syntaxique, sémantique et pragmatique.

Dans notre étude, 11% des patients ont présenté un retard du langage. Là aussi, ce pourcentage est plus important pour Obacz et al. (12) (tableau ..) avec 32% des cas, ainsi que pour Meurice (13) avec 18.5% des malades. D'autres troubles du langage ont été recueillis dans notre étude avec 18% de cas de difficultés à prononcer certains mots, 13% de cas de manque de vocabulaire, 11% de cas de difficulté à poursuivre une discussion normale et 8% de cas de bégaiement. 94% de nos patients étaient scolarisés, mais la moitié (51%) avait un mauvais rendement et une grande proportion (84%) a redoublé au moins une classe.

Dans le même sens, plusieurs travaux ont étudié les parcours scolaires des sujets schizophrènes. Jones et al. (44), dans une étude prospective sur plus de 13000 sujets, retrouvent un niveau scolaire plus faible chez les garçons par rapport aux sujets contrôles. En revanche, les filles schizophrènes ne semblent pas avoir eu plus de difficultés scolaires que les filles témoins. Les sujets schizophrènes ont par ailleurs été souvent considérés comme un peu atypiques, ou comme « hyperactifs ». Les troubles spécifiques des apprentissages (dyscalculies, dyslexies) sont significativement plus fréquents chez les sujets qui ont développé une schizophrénie que chez les sujets sans troubles psychopathologique.

Etude	Obacz et al (2012)	Meurice et al (2011)	Notre étude
Pays	France	Belgique	Maroc
Taille	50	27	100
Date	2008	2011	2017
Trouble du développement moteur :			
-énurésie	20%	18.5%	26%
-retard de la marche	28%	--	5%
Retard du langage	32%	18.5%	11%

VII. Facteurs d'adaptation sociale et comportementale :

Les difficultés de socialisation sont les problèmes les mieux documentés dans la littérature. Certaines études rétrospectives réalisées chez les sujets schizophrènes, retrouvent des enfants plus souvent isolés et repliés sur eux-mêmes, des enfants plutôt passifs, trop sages voire « impopulaires ». Les résultats de notre étude vont dans le même sens puisqu'on a trouvé que 61% des patients étaient trop timides, 57% trop sage alors que 41% étaient repliés sur eux-mêmes.

Jones et al. (42) retrouvent également dans l'enfance des schizophrènes une préférence pour les jeux solitaires. Ce caractère intéressait 33% de nos patients. Enfin, dans une étude prospective, Cannon, et al. (45) ont comparé dans une population clinique, les enfants qui allaient devenir schizophrènes avec ceux qui allaient développer d'autres troubles psychiatriques. Il semble que ce soit la méfiance et la susceptibilité qui différencient le mieux les deux populations. En d'autres termes, on retrouve plus de méfiance et de susceptibilité pendant l'enfance du schizophrène. Cette étude retrouve également chez les schizophrènes des antécédents plus fréquents de difficultés relationnelles avec les pairs et les enseignants. Les difficultés sociales sont donc probablement les signes précurseurs les plus fréquents chez l'enfant à risque de développer une schizophrénie. Les résultats de notre étude vont dans le même sens puisque 44% des patients s'inquiétaient beaucoup, 44% présentaient une sensibilité élevée au stress, alors que 27% anticipaient une menace de façon accrue.

Les troubles du comportement sont aussi des signes fréquemment retrouvés pendant l'enfance du schizophrène. Nous retrouvons une impulsivité, une agressivité, une hostilité, une agitation ainsi qu'une irritabilité plus importantes. En effet, notre étude a montré que 28% des patients se bagarraient souvent, 32% enfreignaient les règles que ça soit à la maison ou ailleurs, 54% fumaient des cigarettes alors que 32% se droguaient. L'analyse des Echelles de comportement, elle aussi a montré que 47% des patients avaient un trouble de comportement.

Cannon et al. (46) soulignent d'ailleurs que ces troubles du comportement pourraient prédire le type de schizophrénie avec en l'occurrence une prédominance de signes positifs. À l'inverse, ces mêmes auteurs stipulent que les enfants ayant des troubles de la socialisation (isolés, très timides, etc.) seraient susceptibles de développer une schizophrénie avec des signes négatifs prédominants. Ces éléments sont à considérer avec prudence car ils n'ont pas été confirmés par d'autres études.

VIII. Apport et limites de l'étude

1. Apport de l'étude

Au Maroc, contrairement à d'autres pays, les études concernant l'enfance des schizophrènes sont rares. Ce travail nous a donc fourni un ensemble d'informations, aussi bien d'un point de vue descriptif qu'analytique. Nous avons pu enquêter un effectif de 100 patients, ce qui permet une comparaison avec d'autres études internationales similaires qui se sont intéressées à cette thématique.

2. Limites et difficultés de l'étude

Parmi les limites de notre étude, un grand nombre de facteurs périnataux n'a pas été étudié puisque, dans la majorité des cas, la grossesse n'était pas suivie et l'accouchement a eu lieu à domicile. Egalement les échelles utilisées étaient traduites en arabes mais ne sont pas encore validées.

Un groupe témoin aurait permis une comparaison pertinente avec les phases précoces d'autres catégories nosologiques et aurait apporté une puissance statistique supérieure dans le repérage des symptômes à risque d'évolution vers la schizophrénie.

CONCLUSION

Il semble que l'enfance du schizophrène soit émaillée d'une multitude de facteurs de risque périnataux, développementaux et psychosociaux en comparaison à l'enfance des sujets sains. Ces multiples facteurs de risque sont-ils pour autant spécifiques de la schizophrénie ? Il semble en effet, que chez les enfants présentant un trouble envahissant du développement, on retrouve des facteurs de risque assez similaires. De la même manière, ces facteurs de risque se retrouvent dans de nombreux autres troubles psychopathologiques.

Nous pouvons donc penser que ces facteurs de risque environnementaux sont aspécifiques dans la mesure où ils favorisent le développement de divers troubles psychiatriques. En revanche, ce sont probablement les facteurs génétiques associés qui vont déterminer le type de trouble psychopathologique. Ce modèle de vulnérabilité qui prend en compte à la fois les facteurs génétiques et les facteurs environnementaux semble actuellement le plus pertinent pour comprendre l'éthiopathogénie de la schizophrénie.

Il n'existe donc pas dans l'enfance ou dans l'histoire développementale d'un sujet de signes qui nous permettent de prédire de manière certaine la survenue d'une schizophrénie. En revanche, il serait peut-être intéressant dans le futur d'essayer d'identifier des précurseurs plus spécifiques de la schizophrénie. En effet, la plupart des études comparent l'enfance des sujets schizophrènes avec celle de sujets sains. Seules des études comparant l'enfance des sujets schizophrènes avec celle de sujets présentant d'autres troubles psychopathologiques pourraient permettre d'identifier des facteurs de risque vraiment spécifiques. Enfin, même si ces facteurs de risque sont peu spécifiques de la schizophrénie, leur présence simultanée et leur persistance doivent alerter le clinicien sur la probabilité non négligeable de développer une schizophrénie. Il ne s'agit pas de présenter l'enfant comme un sujet à haut risque de schizophrénie, mais de lui proposer une prise en charge adaptée à ses réelles difficultés développementales. Ainsi, le suivi individuel, familial et scolaire devrait permettre de diminuer le risque de développer une schizophrénie

RESUME

Objectifs : En général les symptômes psychotiques de la schizophrénie ne se manifestent généralement pas avant la fin de l'adolescence ou au début de l'âge adulte, plusieurs symptômes de différents types peuvent être présents à l'adolescence et peut-être même à l'enfance. La présente étude a pour objectif principal est d'étudier le comportement de nos patients schizophrènes à leur enfance et leur adolescence, et à rechercher les troubles de comportement.

Méthodes : Notre étude est transversale à recrutement prospectif, à propos d'un groupe de patients schizophrènes suivis au service universitaire de psychiatrie de Fès. Pour étudier le comportement de nos patients à leur enfance et adolescence, les parents ont répondu avec oui ou non à des questions directes concernant le comportement des patients à leur enfance et adolescence. Egalement nous avons utilisé la version pour adolescents de la Liste de comportements pour enfants (child behavior checklist 4-18 (CBCL)).

Résultats : 100 patients schizophrènes et leurs parents ont participé à notre étude. L'âge moyen de nos patients était de 25.36ans +/- 3,54, avec des extrémités d'âge de 18 ans et de 30 ans. Nous avons une prédominance masculine avec seulement vingt qui étaient de sexe féminin (20%). la moyenne d'ancienneté du trouble était de 4.10 ans +/- 2.74. le score total brut de CBCL a objectivé un score moyen de 41.69+/-26.397 avec quarante-sept patients (47%) qui avaient un score supérieur au seuil. Plusieurs facteurs étaient significativement liés à un score élevé : sexe , âge précoce de début de la maladie, présence d'un événement traumatique à l'enfance.

Conclusion : L'enfance et l'adolescence des schizophrènes sont caractérisées par la présence d'une multitudes de symptôme et de troubles de comportement. Même si ces symptômes sont peu spécifiques, leur présence doit alerter le clinicien sur la probabilité non négligeable de développer une schizophrénie.

REFERENCES

- 1- Watkins JM, Asarnow RF, Tanguay PE. Symptom development in childhood onset schizophrenia *Child. Psychol Psychiatry*. 1988;29:865-978
- 2- Speranza M. Approche psychopathologique et développementale de la schizophrénie infantile. *Neuropsychiatr enfance adolesc* 2006;54:45-53.
- 3- Walker EF, Lewine RJ. Prediction of adult-onset schizophrenia from childhood home movies of the patients. *Am J Psychiatry* 1990;147:1052-56.
- 4-Baum KM, Walker EF. Childhood behavioral precursors of adult symptom dimensions in schizophrenia. *SchizophrRes* 1995 ; 16 : 111–20.
- 5- Lewine RRJ, Watt N, Prentky RA et al. Childhood behavior in schizophrenia, personality disorder, depression, and neurosis. *Br J Psychiatry* 1978 ; 133 : 347–57.
- 6- Roff JD, Knight R, Wertheim E. A factor-analytic study of childhood symptoms
- 7- Schaeffer JL, Ross RG. Childhood-onset schizophrenia : premorbid and prodromal diagnostic and treatment histories. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2002 ; 41 : 538–45.
- 8- Watt NF. Patterns of childhood social development in adult schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 1978 ; 35 : 160–5.
- 9- Cannon M, Jones P, Huttunen MO et al. School performance in Finnish children and later development of schizophrenia : a population-based longitudinal study. *Arch Gen Psychiatry* 1999 ; 56 : 457–63.
- 10-Done DJ, Crow TJ, Johnstone EC et al. Childhood antecedents of schizophrenia and affective illness : social adjustment at ages 7 and 11. *Br Med J* 1994 ; 309 : 699–703.
- 11- Jones PB, Rodgers B, Murray RM, et al. Child developmental risk factors for adult schizophrenia in the 1946 British birth cohort. *Lancet* 1994 ; 344 : 1398–402
- 12-C. Obacz, N. Jayb, F. Ligier a et al Service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, hôpital d'enfants, rue du Morvan, 54511 Vandoeuvre-LesNancy cedex, France.
- 13- Meurice E, Casteleyn M, de Lamotte M et al, Service de psychiatrie de la Faculté de médecine de l'université de Liège, groupe interdisciplinaire d'étude et de recherche sur la psychose (GIERP), 4000 Liège, Belgique

- 14-Charlotte CHAMAGNE et Marie DUMAS, le 26 juin 2015, thèse Pour obtenir le grade de Doctorat en médecine, Nancy, Paris.
- 15-Harrison PJ. Schizophrenia susceptibility genes and neurodevelopment. *Biol Psychiatry*.15 mai 2007;61(10):1119-20.
- 16- Bota RG, Sagduyu K, Munro JS. Factors associated with the prodromal progression of schizophrenia that influence the course of the illness. *CNS Spectr*. Déc 2005;10(12):937-42.
- 17-Karl T, Arnold JC. Schizophrenia: a consequence of gene-environment,interactions *Front BehavNeurosci*.2014;8:435.
- 18-Rivollier F, Lotersztajn L, Chaumette B et al. [Epigenetics of schizophrenia: a review]. *L'Encéphale*. oct 2014;40(5):380-6.
- 19-Coyle JT. Glutamate and schizophrenia: beyond the dopamine hypothesis. *Cell Mol Neurobiol*.août 2006;26(4-6):365-84.
- 20- Bailly D. Adolescence et schizophrénie. *Encephale*.2009;35(Suppl. 1):S10–9.
- 21-Giezendanner S, Walther S, Razavi N et al. Alterations of white matter integrity,related to the season of birth in schizophrenia: aDTI study. *PloS One*.,2013;8(9):e75508.
- 22- Schwartz PJ. Season of birth in schizophrenia: a maternal-fetal chronobiological hypothesis. *Med Hypotheses*.juin 2011;76(6):785-93.
- 23-Cai L, Wan C-L, He L et al. Psychosis and Gestational Influenza: Meta-Analysis. *Med ChemShariqah United Arab Emir*. 29 avr 2015.
- 24-Anderson G, Maes M. Schizophrenia: linking prenatal infection to cytokines, the tryptophan catabolite (TRYCAT) pathway, NMDA receptor hypofunction, neurodevelopment and neuroprogression. *Prog*
- 25- MARCELIS M, TAKEI N, VAN OS J. Urbanization and the risk of schizophrenia : does the effect operat before or around the time of illness onset ? *Psychol Med* 1999, 29 : 1197-1203
- 26- MORTENSEN PB, PEDERSEN CB, WESTEGAARD T H et coll. Effects of family history and place and season of birth on the risk of schizophrenia. *N Engl J Med* 1999, 340 : 603-608 *NeuropsychopharmacolBiolPsychiatry*.5 avr 2013;42:5-19.

- 27- Durand VM, Barlow DH. La schizophrénie et les troubles psychotiques apparentés. In Psychopathologie. Une perspective multi-dimensionnelle. De Boeck Université, Paris, 2002, 643-93.
- 28- Lewis SW, Murray RM. Obstetric complications, neurodevelopmental deviance and risk of schizophrenia. *J Psychiatr Res* 1987; 21: 413-21.
- 29-Geddes JR, Lawrie SM. Obstetric complications and schizophrenia: a metaanalysis. *Br J Psychiatry* 1995; 167: 786-93.
- 30- Geddes JR, Verdoux H, Takei N et al. Schizophrenia and complications of pregnancy and labor: an individual patient data meta-analysis. *Schizophrenia Bull* 1999; 25: 413-23.
- 31-Nicolson R, Malaspina D, Giedd JN et al, Rapoport JL. Obstetrical complications and childhood-onset schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1999; 156: 1650-2.
- 32- Rosso JM, Cannon TD, Huttunen T et al. Obstetric risk factors for early-onset schizophrenia in a Finnish birth cohort. *Am J Psychiatry* 2000; 157: 801-7.
- 33Cannon TD, Rosso JM, Hollister JM et al. A prospective cohort study of genetic and perinatal influences in the etiology of schizophrenia. *Schizophr Bull* 2000; 26: 351-66.
- 34- Verdoux H, Geddes JR, Takei N et al. Obstetric complications and age at onset in schizophrenia: an international collaborative meta-analysis of individual patient data. *Am J Psychiatry* 1997; 154: 1220-7.
- 35- Susser E, Neugebauer R, HoekHWet al. Schizophrenia after prenatal famine. Further evidence. *Arch Gen Psychiatry* 1996; 53: 25-31.
- 36- Henriksson KM, McNeil TF. Health and development in the first 4 years of life in offspring of women with schizophrenia and affective psychoses: Well-Baby Clinic information. *Schizophr Res* 2004;70:39-48.
- 37-Hollis C. Developmental precursors of child-end adolescent-onset schizophrenia and affective psychoses: Diagnostic specificity and continuity with symptom dimensions. *Br J Psychiatry* 2003;182:37-44
- 38- Isohanni M, Jones PB, Moilanen K, Rantakallio P et al. Early developmental milestones in adult schizophrenia and other psychoses. A 31-year follow-up of the Northern Finland 1966 Birth Cohort. *SchizophrRes* 2001;52:1-19.

- 39- Verdoux H, Pauillac P, Fournet O et al. Antécédents infantiles dans les troubles psychotiques. Spécificité diagnostique et relations avec l'âge de début. *Ann MédPsychol*1998;156:659-67
- 40- Murray GK, Jones PB, Moilanen K et al. Infant motor development and adult cognitive functions in schizophrenia. *SchizophrRes* 2006;81:65-74.
- 41- Cannon M, Caspi A, Moffitt TE et al. Evidence for early childhood, pandevelopmental impairment specific to schizophreniform disorder: results from a longitudinal birth cohort. *Arch. Gen psychiatry* 2002;59:449- 57.
- 42- Jones P, Rodgers B, Murray R et al. Child developmental risk factors for adult schizophrenia in the British 1946 birth cohort. *Lancet* 1994;344(8934):1398- 402.
- 43- Bearden CE, RossolM, Hollister JM et al. A prospective study of childhood behavioral deviance and language abnormalities as predictors of adult schizophrenia *Schizophr Bull* 2000;26:395-410.
- 44- Jones P, Rodgers B, Murray R et al. Child development risk factors for adult schizophrenia in the British 1946 birth cohort. *Lancet* 1994 ; 344 : 1398-402.
- 45-Cannon M, Walsh E, Hollis C et al. Predictors of later schizophrenia and affective psychosis among attendees at a child psychiatry department. *Br J Psychiatry* 2001 ; 178 : 420-6.
- 46- Cannon M, Jones P, Huttunen MO et al. School performance in Finnish children and later development of schizophrenia : a population-based longitudinal study. *Arch Gen Psychiatry*, 1999 ; 56 (5) : 457-63.