

S O M M A I R E

É D I T O R I A L
PAR J.-P. CHABANNES

p. 2

JOURNAL CLINIQUE ET BIOLOGIQUE

Apport de la stimulation magnétique transcrânienne répétée pour le traitement des dépressions résistantes. Résultats préliminaires.

PAR M.N. VACHERON-TRYSTRAM, A. PHAM-SCOTTEZ, B. FORGEOT D'ARC,
L. MASCRET, B. GUEGUEN, P. MARTIN, J.-D. GUELFY, F. CAROLI,

p. 3

Interféron et troubles psychiatriques. A propos d'un cas médico-légal

PAR V. EPAIN, C. DESSOUBRAY, P. FREMONT

p. 11

D O S S I E R

PSYCHANALYSE ET PSYCHIATRIE

Création artistique, pathologie mentale et traitements psychotropes: antinomies ?

PAR T. BOTTAÏ, I. COTTON

p. 17

*Le syndrome de Münchhausen: difficultés diagnostiques et de prise en charge
A propos d'un cas clinique*

PAR P. GAUTIER, E. QUÉZÉDÉ, A.S. CHOCARD, F. JUAN

p. 20

*Etude du devenir d'une population de schizophrènes paranoïdes
suivis au dispensaire du secteur 28G01*

PAR V. LOVEJOY-OLIVIER, V. DEFFEZ-CERBONESCHI, D. CHINO

p. 25

JOURNAL II

*Les Japonais en voyage pathologique à Paris : un modèle original
de prise en charge transculturelle*

PAR A. VIALA, H. OTA, M.N. VACHERON, P. MARTIN, F. CAROLI

p. 31

I N D E X

Les articles parus dans NERVURE en 2003

p. 35

De la psychiatrie et de la neurologie de la langue française

La 102ème session du CPNLF vient de se tenir à DAKAR. Elle a été, malgré certaines vicissitudes, un véritable succès. 120 psychiatres européens et 100 représentants des divers pays francophones d'Afrique Noire ont pu débattre et travailler pendant toute une semaine. Il est, nous semble-t-il, du devoir de la psychiatrie française de militer au maintien de cette culture francophone que nous avons encore bien identifiée tout au long de ce Congrès en terre sénégalaise. Il est, nous semble-t-il, du devoir du Secrétaire Général du CPNLF de rappeler que quelques firmes pharmaceutiques se sont désengagées de cette « aventure » et que cela fut fort préjudiciable à l'avancée de notre initiative qui aurait pu réunir bien plus de psychiatres hexagonaux. D'autres firmes par contre se sont, elles, beaucoup plus engagées et n'ont eu qu'à s'en féliciter. Certes, le DSM IV devient une référence entre Tropiques et Equateur sur ce continent africain comme partout ailleurs dans le monde. Cependant, le savoir clinique français, largement ancré dans la formation des référents du Bénin,

du Sénégal, du Burkina Faso et autre Cameroun, reste une valeur sûre qui nous permet des échanges fructueux qu'il serait mal venu d'abandonner.

Dans sa ligne éditoriale, le CPNLF publiera chaque année :

• *Deux rapports aux Editions Masson. Cette année ils concernent :*

« La pédopsychiatrie de liaison » par H. DESOMBRE, M. WISS et J. MALVY

« Evénements de vie et psychiatrie » par Ph. GORWOOD

• *un numéro spécial de NERVURE qui reprendra les communications faites dans le Congrès et sélectionnées par notre Comité Scientifique sous la houlette du Professeur Laurent SCHMITT.*

C'est le premier de ces numéros qui reprend les publications des sessions antérieures à celle de DAKAR que vous allez découvrir dans les pages qui viennent.

Gageons que cette nouvelle dynamique aboutisse à un regain d'intérêt pour la francophonie en terme de psychiatrie.

*Centre Hospitalier
Secteur 38G07
38521 Saint-Egrève

Apport de la stimulation magnétique transcrânienne répétée pour le traitement des dépressions résistantes.

Résultats préliminaires sur douze cas.

M.-N. VACHERON TRYSTRAM*, B. FORGEOT D'ARC*, L. MASCLET*,
B. GUEGUEN***, A. PHAM-SCOTTEZ**, J.-D. GUELFII**, P. MARTIN*,
F. CAROLI*

Introduction

Depuis son introduction en 1985 par Baker et al., la stimulation magnétique transcrânienne (TMS) s'est rapidement développée comme nouvelle méthode d'exploration non invasive et indolore du système nerveux central [1]. Le principe consiste en la production d'un courant électrique puissant et rapide, libéré de façon intermittente par la décharge de condensateurs, à travers une petite bobine électromagnétique dirigée vers le scalp. Ce courant génère par inductance un champ magnétique d'une force de un à deux tesla. Les oscillations du champ magnétique induisent un courant électrique au contact des tissus cérébraux à l'origine d'un potentiel d'action au sein des neurones situés à 1,5-2 cm de la bobine. Selon le type de neurones, la propagation a des effets directement observables et des effets indirects par la propagation de ce potentiel d'action à d'autres centres nerveux situés à distance de la stimulation. Les stimulations peuvent être uniques (TMS), séparées de quelques secondes ou répétées (rTMS). Les études thérapeutiques utilisent des séries d'impulsions avec l'application durant plusieurs secondes à minutes de plusieurs trains d'impulsions séparés par des intervalles de repos. Le nombre d'impulsions varie de 1 toutes les 10 secondes à 100 par seconde (0,1 à 100 Hz).

Plusieurs éléments ont guidé les essais de la TMS dans la dépression : d'une part, l'amélioration de certains patients neurologiques pour lesquels la TMS était utilisée à des fins diagnostiques, d'autre part l'apport de l'imagerie fonctionnelle et de la tomographie par émission de positrons. Un vaste réseau cortico-sous-cortical (régions corticales préfrontales, cingulaires, pariétales et temporales, striatum, thalamus et hypothalamus) étant vraisemblablement engagé dans la physiopathologie de la dépression, le choix de la

meilleure région à stimuler a été une question empirique. Le cortex préfrontaldorsolatéral a été la cible principale des stimulations car il est accessible et hautement connecté aux autres structures de ce réseau. La stimulation magnétique transcrânienne modifie l'excitabilité du cortex d'où le débit sanguin cérébral régional. Sur le plan biologique, les effets de la stimulation magnétique transcrânienne sont multiples, affectant le système neuroendocrine, en particulier les axes thyroïdienne et corticotrope [2]. Elle entraîne une augmentation de libération de la dopamine et de la sérotonine, la diminution de la libération de vasopressine, et modifie la production de facteurs de neuroprotection ainsi que la sensibilité des récepteurs aux neurotransmetteurs [3]. Des études chez le volontaire sain ont mis en évidence une augmentation de la perception subjective de tristesse après stimulation du lobe préfrontal gauche, et un effet inverse après stimulation du lobe préfrontal droit [4]. Différentes études en ouvert et contrôlées chez les patients dépressifs résistants ont montré des résultats encourageants mais non constants, probablement liés aux difficultés à préciser les paramètres de stimulation, les profils des patients répondeurs et les schémas thérapeutiques. Nous proposons de discuter les résultats préliminaires chez des patients traités au CHSA de septembre 2002 à mars 2003.

Objectifs de l'étude :

L'intérêt de la TMS comme nouvelle thérapeutique alternative dans la dépression réside dans sa facilité d'utilisation

* Secteur 13, Centre Hospitalier Sainte-Anne, Paris

** CMME, Paris

*** Département d'imagerie morphologique et fonctionnelle - Centre Hospitalier Sainte-Anne, Paris

ainsi que dans son innocuité. En effet, elle peut se pratiquer en ambulatoire, chez un patient conscient et actif dans sa prise en charge. Contrairement à l'électroconvulsivothérapie, elle ne nécessite ni anesthésie, ni curarisation. Les contre-indications sont limitées. Certaines sont absolues : la présence de pace-makers, les clips métalliques et autres implants électroniques, les traumatismes crâniens, l'hypertension intracrânienne, et les antécédents personnels de comitialité. Les précautions d'emploi sont nécessaires avec les neuroleptiques, les antidépresseurs et toutes substances abaissant le seuil épileptogène, ainsi que les antécédents familiaux de comitialité. Les effets secondaires sont les causes d'échauffement de la bobine de stimulation, du bruit qu'elle génère, et des effets sur les nerfs et les muscles situés à proximité de la bobine.

La prévalence annuelle de la dépression est estimée de 3 à 10% selon les études. Si l'on considère la prévalence vie entière, cette affection est encore plus répandue puisque 17 à 19% de la population souffre de dépression majeure nécessitant une prise en charge médicale au cours de la vie. Les conséquences sont graves. En effet, 15% des patients hospitalisés pour des épisodes dépressifs majeurs ont fait une tentative de suicide. De plus, la dépression est à l'origine d'une altération des capacités fonctionnelles et sociales du patient du fait de son caractère potentiellement chronique [5].

Les dépressions chroniques sont définies par la persistance d'une symptomatologie dépressive suffisante constatée à plusieurs reprises et une évolution sur une durée minimale de deux ans. Pendant cette période, les troubles sont

continus ou discontinus avec répercussion socioprofessionnelle patente. Selon l'ICD-10, la dépression chronique est la dysthymie. Akiskal distingue deux sous-groupes : celui des dysthymies où prédominent les troubles de personnalité résistant aux traitements, celui marqué par des antécédents familiaux de troubles dépressifs et la survenue d'épisodes dépressifs majeurs, sensible aux antidépresseurs. Les dépressions sont dites résistantes lorsque les traitements standard sont totalement ou partiellement inefficaces sur les symptômes. Elles impliquent une absence de réponse à deux traitements antidépresseurs de classes différentes prescrits dans des conditions optimales de posologie pendant 4 à 6 semaines [6]. L'incidence des dépressions résistantes serait de 10 à 30% selon les auteurs [7,8]. La difficulté est en fait de différencier les résistances au traitement chimiothérapique des autres facteurs de résistance correspondant aux limites d'activité des traitements médicamenteux. La prise en charge de ces dépressions reste difficile. L'électroconvulsivothérapie est souvent indiquée en cas d'échec de la chimiothérapie, d'autant plus efficace qu'il existe des caractéristiques psychotiques. Ses effets secondaires sont invalidants. Ses conditions de réalisation sont lourdes, nécessitant l'absence de contre-indication à l'anesthésie. La rTMS pourrait donc être une alternative, soit pratiquée isolément, soit en relais de l'électroconvulsivothérapie.

L'objectif de notre travail a été d'évaluer l'efficacité d'un traitement par rTMS chez des patients suivis pour dépression chronique ou résistante, et les facilités d'utilisation d'un tel traitement en clinique quotidienne.

Tableau n°1 : Caractéristiques de la population de patients

Patient	Age	Genre	Episodes antérieurs	AXE I	Durée de l'épisode (mois)	Présence d'éléments psychotiques	ECT
1	75	M	4	TDR	4	oui	oui
2	86	M	5	TDR	2	oui	oui
3	60	F	1	DTh	18	non	oui
4	49	M	5	DTh	3	non	non
5	68	F	0	EDM	6	oui	non
6	65	F	4	DTh	12	non	oui
7	23	F	5	TDR	3	non	oui
8	42	F	1	TDR	4	non	non
9	47	F	1	TDR	1.5	oui	non
10	53	M	8	TB	3	non	non
11	80	F	2	TDR	1	oui	oui
12	42	M	10	TSA	1	oui	oui
13	68	F	> 10	TB	2	oui	oui
14	44	F	6	TB	1	non	non

TDR : trouble dépressif récurrent - DTh : dysthymie - EDM : épisode dépressif majeur - TB : trouble bipolaire - ECT : electroconvulsivothérapie.

Matériels et méthodes

L'étude était naturalistique, prospective, en ouvert, sans groupe contrôle.

Le recrutement des patients s'est effectué parmi des patients hospitalisés en raison de l'intensité du syndrome dépressif, ou suivis en ambulatoire. La population était constituée de patients de secteur. Les patients devaient être clairement informés sur la rTMS et signer un consentement.

Les patients inclus remplissaient les critères suivants : âge supérieur à 18 ans, diagnostic de syndrome dépressif majeur avec ou sans symptômes psychotiques selon les critères ICD-10 (échelle d'Hamilton > 15), pas d'antécédents personnels de comitialité, pas de pathologie organique sévère en cours, avec un électroencéphalogramme datant de moins de trois mois normal. Les traitements antidépresseurs et thymorégulateurs instaurés avant traitement par rTMS ne devaient pas être modifiés pendant toute la période de la rTMS. Les patients présentaient un syndrome dépressif résistant à au moins deux antidépresseurs prescrits à doses thérapeutiques sur une période suffisamment longue.

Les patients étaient évalués avant la rTMS et juste après par deux hétéroquestionnaires : l'échelle de dépression d'Hamilton (HAM-D 21) et la BPRS (Brief Psychiatric Report Scale de Overall et Gorham) et deux auto-questionnaires : le questionnaire de Beck (BDI : Beck depression inventory) et le HSCL 90 (Hopkins Symptom Check List). L'échelle de dépression d'Hamilton et le questionnaire de Beck sont des instruments d'évaluation de la dépression. La BPRS est une échelle d'évaluation des psychoses validée par de nombreux travaux. Le SCL90 est un auto-questionnaire général qui explore divers facteurs de la symptomatologie sous forme de symptômes à cocher en présent-absent (anxiété, dépression, sensibilité interpersonnelle, obsession-compulsion,

somatisation).

Les caractéristiques des patients sont décrites dans le tableau 1. Les séances de stimulation magnétique transcrânienne répétées étaient réalisées par deux psychiatres entraînés, dans le service de neurophysiologie clinique, aidés des techniciens de ce service. L'appareil utilisé était un Magstim Model 200. La bobine était une bobine en huit, réfrigérée, concentrant le maximum du champ magnétique à l'intersection des deux boucles. Les paramètres de stimulation utilisés étaient ceux décrits dans les guidelines [8]. L'intensité du champ magnétique à appliquer au patient était choisie en fonction du seuil moteur (SM). Ce seuil correspondait à la plus faible intensité du champ magnétique appliquée au cortex moteur capable de produire un mouvement involontaire du pouce (contraction du court abducteur du pouce) du membre controlatéral à la région stimulée chez un sujet confortablement assis, complètement relâché et conscient. Cette intensité variant suivant les individus, le seuil moteur était déterminé par la méthode des limites : intensité de stimulation la plus faible induisant, sur 10 stimulus magnétiques de la région concernée, 5 potentiels évoqués moteurs d'au moins 50 microvolts. Les traitements étaient administrés quotidiennement pendant 10 jours au niveau du cortex dorsolatéral préfrontal gauche (DLPFG), à 100% du SM. Les patients recevaient un total de 1600 stimulations chaque jour (20 trains de 80 stimulations d'une durée de 7,9 secondes, séparés de 40 secondes environ) à 10 hertz. Les séances duraient au total 920 secondes.

Résultats

Parmi les dossiers des quatorze patients, deux n'ont pas pu être exploités (auto-questionnaires non récupérés). Deux autres patients ont bénéficié de séances supplémentaires :

Tableau n°2 : Scores initiaux des patients, avant TMS en fonction des échelles utilisées

Echelles		patients											
Test	Score	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
HAMD-21	global	17	16	17	18	23	19	20	20	19	15	20	23
BPRS	global	43	45	41	41	57	52	46	49	44	38	45	57
	dépression	28	23	24	24	24	29	27	29	25	25	25	30
	mélancolie	23	17	19	20	23	24	22	24	20	22	19	24
SCL-90	global	0,8	1,1	1,5	2,0	1,6	1,5	1,7	0,5	1,4	0,4	1,6	1,4
	dépression	20	32	40	42	37	26	41	5	43	10	38	27
	anxiété	5	4	12	16	19	17	18	4	13	4	21	17
	somatisation	2	7	6	16	10	20	8	1	2	3	12	14
BDI	global	11	21	16	30	31	19	26	17	23	5	28	22

l'un a eu 15 séances (patient n°4), l'autre 20 séances (patient n°2) du fait d'un début d'amélioration observé vers la 9ème séance de TMS. L'ensemble des résultats est présenté dans le tableau 2.

Globalement, on note un effet très positif de la rTMS chez nos patients avec :

- une amélioration du score de HAMD-21 supérieure à 50% pour huit patients sur douze, dont, pour quatre, supérieure à 80% (amélioration moyenne : 54,6%).
- une amélioration moyenne de 30% du score global de la BPRS, avec prédominance de l'amélioration portant sur les sous-scores dépression (39%) et mélancolie (39%).
- une amélioration du score de gravité globale de la SCL-90 de 33% avec prédominance de l'amélioration sur les items : somatisation (45%), anxiété (44%) et symptômes divers, appétit, sommeil, idées de mort, culpabilité (42%).
- une amélioration moyenne du score total de 30% de l'échelle de Beck avec une hétérogénéité importante des réponses telles que l'aggravation de l'état du patient n°3 et l'amélioration importante du patient n°9. Cette amélioration prédomine sur les symptômes somatiques (35%) mais là encore, avec une variabilité importante entre les sujets. Par ailleurs, le patient n°12 a présenté un virage hypomaniaque de l'humeur à l'avant-dernière séance, nécessitant un réajustement thérapeutique.

Discussion

Les effets antidépresseurs de la TMS sont connus depuis 1993. Depuis, de nombreuses études concernant les effets de la TMS lente comme de la TMS répétitive ont été publiées. La plupart de ces études montrent un effet antidépresseur certain, bien qu'elles soient réalisées sur de petits échantillons de patients. George et al. ont publié la première étude en ouvert chez six dépressifs majeurs résistants. Les auteurs

ont administré la rTMS à 80% du SM à 20 Hertz pendant cinq jours au niveau du cortex DLPFG et ont noté chez leurs patients une baisse de 26% à l'échelle d'Hamilton [9]. Par la suite, ils ont complété cette étude par un essai croisé en aveugle contre placebo (bobine à 45°) pendant deux semaines avec les mêmes paramètres de stimulation et n'ont trouvé qu'une baisse modeste des scores de Hamilton mais plus importants que dans le groupe placebo [10]. Pascual-Leone et al. ont publié une étude similaire croisée en double aveugle contre placebo chez dix-sept patients et ont trouvé également une amélioration des patients avec baisse des scores de Hamilton de 45%. Cependant, les échantillons étaient de taille réduite et les patients traités par chimiothérapie, avec le risque pour les différents traitements d'avoir un effet potentialisateur [11].

McNamara et al. ont réalisé une méta-analyse de 1996 à 2000 des différentes études concernant l'utilisation de la rTMS dans les troubles de l'humeur et la schizophrénie. Sept études contrôlées randomisées de rTMS dans la dépression ont été identifiées. Parmi celles-ci, cinq pouvaient convenir pour la méta-analyse et montraient un effet bénéfique de la rTMS chez un total de 80 patients. Le placebo était constitué par la bobine appliquée à 45° ou 90° sur le scalp. Les groupes de patients étaient homogènes et présentaient un épisode dépressif majeur selon les critères DSM-III-R ou DSM-IV. Dans quatre des cinq études, ils restaient sous traitement antidépresseur. Dans chaque étude, les méthodes d'évaluation étaient identiques, utilisant l'échelle d'Hamilton. Certaines associaient l'échelle de Beck et l'échelle de Montgomery-Asberg. La différence entre le groupe traité et le groupe placebo était de 43%. Cependant, la durée de l'effet antidépresseur n'a pas été évaluée. Les patients ont pu se rendre compte du positionnement différent de la bobine lors du placebo et n'étaient donc pas totalement « aveugles » [12].

1) Dans notre échantillon, les patients étaient tous traités,

Tableau n° 3 : Auto-questionnaire de Beck, pourcentage d'amélioration par patient, moyenne

patient		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	MO
total	% amélioration	0%	38%	-13%	30%	42%	21%	4%	59%	65%	0%	57%	55%	30%
cognitions négatives	% amélioration	0%	36%	-27%	35%	47%	29%	0%	75%	71%	-33%	71%	59%	30%
ralentissement	% amélioration	0%	38%	20%	22%	33%	11%	25%	0%	56%	50%	22%	0%	21%
Troubles somatiques	% amélioration	0%	50%	0%	0%	33%	33%	0%	100%	0%	0%	100%	100%	35%

MO : moyenne

sans groupe contrôle placebo, puisqu'il s'agissait d'une étude à but thérapeutique. Ils étaient accompagnés pendant toutes les séances, et gardaient un contact avec le technicien et le psychiatre. L'effet de cet accompagnement a donc pu avoir un effet positif sur l'humeur, indépendamment du traitement. L'essai en aveugle est nécessaire dans les études pour déterminer l'efficacité d'un traitement. Dans le cadre de la stimulation magnétique, pour être au plus près de la situation « en aveugle », le clinicien qui évalue le patient ne doit pas savoir si le patient a été traité ou non par rTMS et doit donc être différent de celui qui pratique la TMS. Dans notre étude, le psychiatre qui pratiquait la rTMS était aussi celui qui évaluait le patient. Sa cotation pouvait donc être subjective. Cependant, le fait de coupler des auto-questionnaires avec les hétéroquestionnaires a permis de tempérer cette subjectivité. Ainsi, lorsqu'on compare les résultats des échelles de Beck et d'Hamilton, on constate une tendance à la surévaluation de l'amélioration des symptômes dépressifs par le coteur, et des résultats très discordants pour

cinq patients sur douze entre le coteur et le patient. Cependant, les deux échelles n'étudient pas exactement les mêmes symptômes, l'HAM-D étant plus centrée sur les symptômes somatiques et la Beck sur les symptômes cognitifs. La condition placebo dans la TMS est difficile à mettre en œuvre pour des raisons pratiques : dans certaines études, la bobine positionnée à 45° est considérée comme placebo, bien qu'elle puisse avoir un léger effet sur le cerveau. L'utilisation de la bobine placebo (produisant un bruit mais pas de champ magnétique) semble préférable mais celle-ci ne reproduit pas de contractions au niveau du scalp, le patient pouvant alors se rendre compte qu'il ne reçoit pas le traitement. Nous avons donc préféré proposer le traitement par rTMS chez tous les patients, au risque de ne pouvoir clairement déterminer l'efficacité des stimulations.

2) Une autre difficulté dans l'évaluation de l'efficacité de la rTMS chez nos patients tenait à la coprescription de traite-

Tableau n° 4 : Auto-questionnaire SCL90, pourcentage d'amélioration par patient, moyenne

% d'amélioration	patients												MO
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
GSI	42	36	16	14	48	25	0	21	76	21	39	61	33,2
PSI	18	0	-11	-1	0	21	-4	39	48	29	13	46	16,0
sp somatiques	50	71	-100	12	80	10	50	100	0	100	67	100	45,0
sp obsessionnels	39	18	15	-4	36	0	9	-33	75	0	0	53	17,3
sp sensitifs	40	0	22	0	22	-67	0	-25	94	-33	53	89	16,3
dépression	35	31	22	17	51	27	5	-20	70	-30	34	78	26,7
anxiété	40	75	25	16	50	23	-11	25	92	100	33	59	44,0
hostilité	33	67	67	33	20	0	-21	33	75	-100	0	50	21,4
phobies	50	33	33	23	46	44	17	80	43	0	0	0	30,8
traits paranoïaques	0	0	0	0	0	0	0	0	86	75	25	-14	14,3
traits psychotiques	50	50	45	27	87	100	12	0	67	-50	67	10	38,8
sp divers	57	27	31	8	71	36	-33	60	100	75	14	57	42,0
PSDI	29	36	24	15	48	5	4	-29	53	-10	29	28	19,3

MO : moyenne

Tableau n°5 : Hétéroquestionnaire de Hamilton, pourcentage d'amélioration par patient, moyenne

% d'amélioration	patients												MO
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
total	47	50	35	56	61	21	80	55	89	80	-10	91	54,6
noyau dépressif	69	67	45	75	33	18	77	71	87	73	21	83	60

MO : moyenne

ments antidépresseurs parfois initiés peu de temps avant les stimulations. La part de l'effet thérapeutique attribuable à la chimiothérapie et à la TMS est donc difficile à déterminer. Cependant, ces patients étaient souvent résistants à plusieurs classes d'antidépresseurs et souvent candidats aux électroconvulsivothérapies. Parmi eux, huit patients, soit les deux tiers, avaient eu par le passé des traitements par électroconvulsivothérapie et ne souhaitaient ou ne pouvaient pas en bénéficier à nouveau. Ils étaient donc non répondeurs ou répondeurs partiels aux chimiothérapies. On peut donc supposer que l'effet observé est plus imputable à la rTMS ou que la rTMS a éventuellement potentialisé les traitements comme l'ont suggéré d'autres auteurs [15].

3) Le groupe de patients traités par rTMS était un groupe homogène au niveau de la symptomatologie dépressive puisqu'ils présentaient tous un épisode dépressif majeur. En revanche, le groupe était hétérogène tant au niveau de l'âge qu'au niveau de la pathologie. Six patients étaient hospitalisés à temps plein, un patient était pris en charge en hôpital de jour et un autre vivait en institution. L'âge moyen des patients était de 57,5 ans avec deux patients de plus de 80 ans et une patiente de 23 ans. Certains présentaient un syndrome dépressif sur trouble de personnalité de type dépendant (n=2) ou de type état-limite (n=3), un trouble schizo-affectif (n=1) et enfin un trouble bipolaire (n=3). Certains patients avaient de nombreux antécédents dépressifs (n=7), d'autres n'avaient qu'un antécédent (n= 4). La durée moyenne des épisodes était de 5,2 mois (de 1 à 18 mois). Cette hétérogénéité explique peut-être la variabilité de la réponse au traitement. En effet, on peut supposer une hétérogénéité biologique importante chez les patients dépressifs et la réponse à la rTMS peut donc être différente, dépendante de la physiopathologie sous-jacente de l'individu. Par exemple, Kimbrell et al. ont montré que les patients déprimés avec un hypométabolisme basal cérébral avaient tendance à s'améliorer avec des stimulations haute fréquence (fréquences supérieures à 5 hertz) à la différence de ceux avec un hypermétabolisme basal, ces derniers répondant mieux aux stimulations basse fréquence [16]. Notre protocole n'a utilisé que des stimulations haute fréquence, comme dans la majorité des travaux portant sur l'utilisation de la rTMS dans la dépression.

4) Dans notre étude, le traitement par rTMS a été totalement inefficace chez deux patients, avec même une aggravation de l'état psychiatrique de l'un des deux patients aux hétéroquestionnaires. Un autre patient a présenté un virage hypomaniaque à la neuvième séance. Les facteurs environnementaux doivent être signalés. En effet, un des patients a perdu un proche en cours de traitement. Il n'a pas souhaité poursuivre la rTMS au-delà de dix séances et semble s'être aggravé,

d'après l'impression du psychiatre, après l'annonce du décès. A ce jour, le patient n'a pas nécessité de réhospitalisation mais a bénéficié d'un suivi plus rapproché. Le patient hypomaniaque a appris son licenciement au moment de la huitième séance. Pour l'autre patient dépressif, l'indication d'électroconvulsivothérapie a été posée, bien que le patient se trouvât amélioré sur le plan de l'humeur au niveau des auto-questionnaires. Celle-ci n'a pas encore été réalisée du fait de complications somatiques (phlébite du membre inférieur droit). Dans la littérature, une étude a évalué l'efficacité des électroconvulsivothérapies chez dix-sept patients non répondeurs à la rTMS. Les patients étaient tous évalués par la GAF, l'échelle de dépression globale, et l'échelle d'Hamilton. La réponse au traitement était définie par une baisse de 50% des scores à l'échelle d'Hamilton et une augmentation de la GAF supérieure à 60. Sept des dix-sept patients ont répondu aux électroconvulsivothérapies, trois étant non psychotiques et quatre étant psychotiques. Les électroconvulsivothérapies ont donc été efficaces chez 40% des patients non répondeurs aux rTMS. Cependant, l'échantillon de patients était de petite taille [17]. On peut donc en conclure qu'il existe un certain nombre de patients résistants ou partiellement répondeurs à toute thérapeutique. Le fait de leur proposer la rTMS ne constitue pas une perte de chance mais une alternative thérapeutique avant de leur proposer un traitement plus invasif. Plusieurs autres travaux ont été publiés, comparant l'efficacité de la rTMS et celle des électroconvulsivothérapies. Ainsi, dans une étude randomisée contrôlée chez quarante patients traités pour épisode dépressif majeur sans caractéristiques psychotiques, la rTMS (20 séances de stimulation à 90% du seuil moteur, 10 hertz, 1200 pulses par jour) a des effets similaires aux électroconvulsivothérapies pratiquées dans les conditions habituelles [18].

5) Chez la plupart de nos patients, une réponse clinique commençait à être détectable lors de la quatrième ou cinquième séance. Chez deux d'entre eux, une réponse est apparue plus tardivement, à la neuvième séance. Or, le nombre de séances était fixé à 10, d'après les données de la littérature. Le patient qui ne s'est pas amélioré aurait peut-être bénéficié d'un nombre supérieur de séances. Une autre difficulté de la rTMS semble être le maintien de son efficacité à moyen et long terme. Parmi les patients inclus dans cette étude, tous ont été régulièrement suivis depuis le mois de septembre 2002, ce qui a été rendu plus facile du fait d'une prise en charge sur le secteur. Un patient (n°4) a bénéficié de rTMS de maintenance à raison d'une séance hebdomadaire pendant quatre mois à sa demande. Les séances ont été interrompues début avril mais l'effet des rTMS semble s'être maintenu, le patient restant normothy-

mique. Un patient (n°2) a refusé des rTMS de maintenance malgré sa bonne réponse clinique et ses antécédents psychiatriques lourds. Il a rechuté trois mois après l'arrêt des rTMS. Il a de nouveau bien répondu à la rTMS. Cependant, il a dû bénéficier de 20 séances à 100% du seuil moteur, la réponse clinique n'étant observée qu'à partir de la 9ème séance, le patient s'opposant toujours aux électroconvulsivothérapies. Il a par la suite refusé les séances de maintenance. Une durée de traitement limitée à deux semaines à raison de 5 séances de stimulation hebdomadaire est peut-être trop faible comparée aux autres thérapeutiques utilisées dans la dépression, d'autant que les patients sont en général résistants. Trois autres patients ont également présenté une rechute clinique non quantifiée par les auto et hétéroquestionnaires au bout d'un mois mais n'ont pas nécessité de réhospitalisation ni de nouvelles séances de rTMS.

Conclusion

Dans cette étude, les résultats de l'utilisation de la rTMS en pratique clinique quotidienne sont encourageants puisque 30% des patients se trouvent améliorés par le traitement alors qu'il s'agit de patients dépressifs chroniques ou résistants et qu'un seul patient se trouve aggravé par le traitement alors qu'il apparaît amélioré en hétéro-évaluation. L'intérêt de notre étude clinique pourrait être mis en évidence par un plus grand nombre de patients, et l'utilisation d'un groupe placebo, afin d'évaluer l'efficacité de la rTMS et d'affiner les protocoles thérapeutiques. Par ailleurs, il serait intéressant de pouvoir réaliser un travail comparant des patients sans traitement et des patients avec traitement afin d'essayer de

déterminer plus précisément l'influence de la stimulation magnétique sur l'effet des chimiothérapies.

L'objectif serait dans le futur de pouvoir proposer la rTMS :
 -plus précocement lors d'une mauvaise réponse ou d'une mauvaise tolérance aux antidépresseurs, avant de poser l'indication de thérapeutiques plus invasives telles que les électroconvulsivothérapies.
 -comme alternative au traitement chimiothérapeutique chez les patients bipolaires à cycle rapide, pour éviter de favoriser un virage de l'humeur bipolaire.

Bibliographie

- (1) BARKER A.-T., JALINOUS R., FREESTON I.-L. : *Non invasive stimulation of the human motor cortex*. Lancet, 1985, 1106-1107.
- (2) POST A., KECK M.-E. : *Transcranial magnetic stimulation as a therapeutic tool in psychiatry: what do we know about the neurobiological mechanisms ?* J. Psychiatr Res. 2001, 35, 193-215.
- (3) DARDENNES R., ETAIN B., EVEN C. et al. : *Traitement des troubles psychiatriques par la stimulation magnétique transcrânienne*. PSN., 2003, 1, 40-43.
- (4) PASCUAL-LEONE A., HOUSER C.-M., REESE K. et al. : *Safety of rapid-rate transcranial magnetic stimulation in normal volunteers*. Electroencephal Clin. Neurophysiol 1993, 89, 120-30.
- (5) THASE M.-E. : *What role do antipsychotic drugs have in treatment-resistant depression ?* J. Clin. Psychiatry, 2002, 63, 2, 95-103.
- (6) SOUERY D., MENDLEWICZ J. : *Compliance and thera-*

Tableau n°6 : Hétéroquestionnaire BPRS, pourcentage d'amélioration par patient, moyenne

% d'amélioration	patients												MO
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
total	23	36	32	27	42	31	33	47	27	39	-29	47	30
sous score schizophrénie	7	41	29	12	48	39	5	25	16	0	-60	22	15
sous score dépression	32	30	33	38	33	24	52	62	36	60	-4	70	39
délire, hallucination	0	44	0	0	0	29	0	0	0	0	-200	29	-8
hébéphrenie	15	50	40	21	42	35	29	61	35	0	11	52	33
paranoïa	0	40	0	0	75	0	0	0	0	0	-167	25	-2
mélancolie	35	24	37	40	48	25	45	58	30	68	-11	67	39
psychose aiguë	29	33	33	33	50	67	33	0	-25	43	-175	23	12

MO : moyenne

peutic issues in resistant depression. Int. Clin. Psychopharmacology, 1998, 13, S13-S18.

(7) FAWCET J. : *Progress in treatment-resistant and treatment-refractory depression: we still have a long way to go.* J. Clin. Psychiatry, 1994, 24, 214-216.

(8) NIEREMBERG A.-A., AMSTERDAM J.-D. : *Treatment-resistant depression: definition and treatment approaches.* J. Clin. Psychiatry, 1990, 51, 39-47.

(9) WASSERMANN E. : *Risk and safety of repetitive transcranial magnetic stimulation: report and suggested guidelines from the International Workshop on the safety of Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation.* Electroencephal Clin. Neurophysiol. 1998, 108, 1-16.

(10) GEORGE M.-S., WASSERMANN E.-M., WILLIAMS W.-A. et al. : *Daily repetitive transcranial magnetic stimulation improves mood in depression.* Neuroreport, 1995, 6, 1853-56.

(11) GEORGE M.-S., WASSERMAN E.-M., KIMBRELL T.-A. et al. : *Mood improvement following daily prefrontal repetitive transcranial magnetic stimulation in patients with depression: a placebo controlled crossover trial.* Am. J. Psychiatry, 1997, 154, 1752-56.

(12) PASCUAL-LEONE A., RUBIO B., PALLARDO F. et al. : *Rapid-rate transcranial magnetic stimulation of left dorsolateral prefrontal cortex in drug-resistant depression.* Lancet, 1996, 348, 233-237.

(13) McNAMARA B., RAY J.-L., ARTHURS O.-J. et al. : *Transcranial magnetic stimulation for depression and others psychiatric disorders.* Psychological Medicine, 2001, 31, 1141-1146.

(14) PRIDMORE S., KATSIKITIS M., VAN ROOF M. : *rTMS versus ECT in severe major depressive episod (abstract).* Electroencephalogr. Clin. Neurophysiol., 1998, 107, 96-97.

(15) PADBERG F., MOLLER H.-J. : *Repetitive transcranial magnetic stimulation: does it have potential in the treatment of depression ?* CNS Drugs, 2003, 17, 6, 383-403.

(16) KIMBRELL T.-A., LITTLE J.-T., DUNN R.-T. et al. : *Frequency dependence of antidepressant response to left prefrontal repetitive transcranial stimulation (rTMS) as a function of baseline cerebral glucose metabolism.* Biol. Psychiatry, 1999, 46, 1603-13.

(17) DANNON P.-N., GRUNHAUS L. : *Effect of electroconvulsive therapy in repetitive trans cranial magnetic stimulation non-responder MDD patients: a preliminary study.* Int. J. Neuropsychopharmacol. 2001, 4, 3, 265-8.

(18) GRUNHAUS L., SCHREIBER S., DOLBERG O.-T. et al. : *A randomized controlled comparison of electroconvulsive therapy and repetitive transcranial magnetic stimulation in severe and resistant nonpsychotic major depression.* Biol. Psychiatry, 2003, 53, 4, 324-31.



Bulletin d'abonnement

Le Journal de Nervure + La Revue

45 €*
pour un an

75 €*
pour 2 ans

Tarif
étudiant et internes
30 €*

*supplément étranger
et DOM/TOM =30 €/an

Je m'abonne pour : 1 an 2 ans

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

CHÈQUE À L'ORDRE DE MAXMED à envoyer avec ce bulletin,
54, boulevard de la Tour Maubourg, 75007 Paris
Téléphone : 01 45 50 23 08

Je souhaite recevoir une facture acquittée justifiant de mon abonnement.

Interféron et troubles psychiatriques. À propos d'un cas médico-légal

V. EPAIN, C. DESSOUBRAY, P. FRÉMONT

Service de Psychiatrie du Docteur Frémont, secteur 14,
Centre Hospitalier de Lagny Marne La Vallée, avenue du Général Leclerc 77400 Lagny-sur-Marne

Introduction

L'interféron, du fait de ses propriétés antivirales, est un traitement de référence des pathologies virales, dont l'hépatite C.

Ses complications en limitent son efficacité.

Les complications psychiatriques, pour lesquelles l'imputabilité du traitement par interféron est difficile à mener, ont fait l'objet de nombreuses publications. Elles sont la première cause de diminution ou d'arrêt de ce traitement.

Elles sont représentées en particulier par des altérations et des troubles de la personnalité, des syndromes dépressifs, des troubles anxieux, des conduites et des gestes suicidaires, des décompensations maniaques ou psychotiques.

La prévalence des troubles psychotiques au cours ou au décours du traitement par interféron a été moins bien documentée que la survenue des troubles de l'humeur.

Il nous a donc paru intéressant, tout en faisant une revue de la littérature, de présenter une patiente, traitée par interféron α dans le cadre d'une hépatite C compliquée d'une cirrhose hépatique, qui a commis un acte médico-légal dans un contexte délirant après l'arrêt de l'interféron. Pour écrire ce cas clinique, nous nous sommes inspirés des entretiens et des pages que notre patiente a écrites à l'aide de son ordinateur au sein du service, et qui nous ont interpellés.

Puis nous essayerons de démontrer l'imputabilité de l'interféron α rendue délicate par la consommation de toxiques par notre patiente et des antécédents familiaux de psychoses.

À propos d'un cas

Madame X, âgée de 47 ans, a un frère aîné atteint de troubles mentaux, probablement une schizophrénie, « *ce dont je ne*

suis pas sûr ». Il est professeur d'anglais.

Son père est décédé en 1998 d'un cancer généralisé.

Sa mère, née en 1921, est décédée en décembre 2002.

Madame X a été élevée par ses parents.

Elle évoque un accident de la voie publique à l'âge de 4 ou 5 ans ; elle aurait alors subi une fracture de la jambe et serait restée chez sa grand-mère pendant une période dont elle conteste la longueur « *on me dit deux mois, je m'en souviens très précisément, c'était un an* », « *ma mère m'a toujours menti sur cet accident* », « *d'ailleurs le procès-verbal a disparu* ».

Son parcours scolaire est sans particularité. Elle se décrit comme ayant été une élève moyenne. Elle n'a jamais redoublé de classe et obtient le Bac D vers 18 ans puis fait deux ans de formation.

Elle travaille essentiellement comme éducatrice jusqu'en février 2002, après quelques mois passés à la faculté de psychologie et de mathématiques. Puis elle est admise sur concours dans une école d'éducateur spécialisé, et entre à la Protection Judiciaire de la Jeunesse.

Elle rencontre à cette époque le père de ses 3 enfants (une fille de 20 ans et deux garçons de 13 et 17 ans qui vivent avec elle), avec qui elle se mariera quelques années plus tard et dont elle divorcera en 1992 à sa demande à elle, « *je me suis aperçue qu'il avait une femme et j'étais toute seule* ». Elle obtient alors la garde de ses enfants.

Elle fait ensuite connaissance d'un deuxième homme en 1994 avec lequel elle vit jusqu'à récemment, dans la même ville que sa mère.

Elle consomme régulièrement de l'héroïne injectable de 19 à 30 ans, dont elle se sevre seule. Elle fume régulièrement du haschich depuis 1985, un joint par jour, jusqu'en mars 2002 et 2 à 3 fois par semaine jusqu'à sa première hospitalisation en psychiatrie en juillet 2002.

Dans ses antécédents médicaux, on retrouve une hépatite C évoluant depuis plusieurs années. En décembre 2001,

Madame X apprend qu'elle est atteinte d'une cirrhose du foie: *«j'ai pensé que j'allais mourir bientôt»* et en même temps, elle ressent un *«sentiment d'injustice»*. Elle se demande *«pourquoi d'autres amis atteints d'hépatite C ne sont pas atteints de cirrhose»*. Elle accepte un traitement par interféron α et ribavirine, qui lui est administré pour la première fois en février 2002.

A cette époque, les troubles de Madame X ont semblé prendre une dimension délirante. Elle évoque des sensations cénesthésiques anormales (*«des milliers d'aiguilles dans le corps, l'impression qu'on me mitraillait le corps, des douleurs atroces...»*); elle ressent des effets psychiques *«bizarres»*: *«je devenais hyper-agressive ou amorphe»*, et *«ça me faisait des choses bizarres dans la tête, comme si c'était pas moi, comme si je devenais quelqu'un d'autre, comme si on me parlait... C'est ça, on me parlait dans ma tête...au sujet du secret de famille.»*

L'interféron est pris régulièrement mais est baissé ensuite en raison d'une thrombopénie et interrompu en juillet 2002 lors de son hospitalisation en psychiatrie, après avis de son hépatologue, du fait de l'apparition d'une symptomatologie psychiatrique avec asthénie physique et psychique progressivement croissante, évoluant depuis plusieurs mois avec des éléments dépressifs. Cette symptomatologie s'aggrave brutalement et rapidement avec une symptomatologie interprétative en réseau, installée en quelques jours et centrée sur l'informatique. Il y a une notion de complot, elle se croit impliquée dans un attentat à son insu. Elle est alors amenée aux urgences à sa demande par les pompiers pour une angoisse avec excitation et est alors hospitalisée en psychiatrie du 14 au 26 juillet 2002 pour cet accès délirant aigu. Le début de la symptomatologie semble avoir été brutal avec des insomnies, des interprétations, un vécu hallucinatoire. Lors de cette hospitalisation, elle présente un bon contact avec un discours fluide, sans réticence à l'entretien. Il n'y a ni désorientation temporo-spatiale, ni éléments dissociatifs, ni mécanismes hallucinatoires. Elle présente une angoisse massive destructurante à forte tonalité persécutrice, avec une adhésion partielle aux idées délirantes. Elle présente également une sensation gustative métallique. Elle sort alors avec un inhibiteur de la recapture de la sérotonine, un anxiolytique type benzodiazépine, un somnifère et un inhibiteur de la pompe à proton.

Ce vécu délirant évolue depuis cette hospitalisation en s'amplifiant avec des interprétations en réseau.

On lui prescrit alors un antipsychotique et un inhibiteur de la recapture de la sérotonine qu'elle prend irrégulièrement.

En décembre 2002, dans un contexte délirant, Madame X

va chez sa mère qui vit dans un pavillon, après avoir été au théâtre en fin d'après-midi. *«Quelque chose continuait à me dire que c'était ma mère qui était à l'origine de tout ça»*. Elles se disputent au sujet de Noël *«comme tous les ans»*, puis la conversation vient sur les *«faits»*. Madame X entend sa mère répondre *«non à tout»*. La conversation s'oriente sur l'interféron et sa mère insiste alors pour que Madame X reprenne le traitement par Interféron pour son hépatite C. Dans ce contexte délirant, tenant sa mère comme responsable de son état actuel, elle l'asperge alors d'essence et lui met le feu avant de lui passer une cordelette autour du cou et de lui coincer la tête dans le four de la gazinière.

Les sapeurs-pompiers, appelés sur ce feu de pavillon, découvrent, dans la cuisine la mère de Madame X, une cordelette autour du cou et la tête coincée dans le four. Elle est brûlée à plus de 50% de la surface corporelle et décédera quelques heures plus tard.

Madame X est alors hospitalisée d'office en exécution d'un arrêté du 9 décembre 2002, après quelques heures de garde à vue. Elle accepte cette hospitalisation et les soins.

Elle est calme à son arrivée dans le service, paraissant cohérente. Après une phase de réticence initiale, les entretiens se passent bien. Elle évoque des idées délirantes de filiation: *«ma mère est mon parrain et je peux magnétiser les objets»*. Elle ne critique alors pas son geste et ne se souvient pas de ce qui s'est passé.

Au début de son hospitalisation, ses propos sont globalement clairs, mais perdent de leur cohérence au fil des entretiens, avec des propos allusifs, des sous-entendus, des digressions faisant référence à des événements mystérieux. On lui prescrit alors un antipsychotique et un inhibiteur de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline qu'elle supporte bien.

Au bout de quelques jours d'hospitalisation, la symptomatologie délirante disparaît et est critiquée. Les relations amicales et affectives s'améliorent. Elle a du mal parfois à prendre ses distances par rapport aux patients et se considère parfois comme soignante et défenseur des patients.

Après une phase de déni, elle manifeste parfois des réactions de colère et de révolte.

Survient alors un syndrome dépressif avec culpabilité et tristesse sur une personnalité a priori immature, faisant craindre un passage à l'acte, d'autant qu'elle se dit maintenant être revenue dans la réalité et que c'est donc beaucoup plus difficile à assumer. Elle pleure souvent pendant les entretiens suivants et paraît parfois angoissée. Elle prend conscience de la situation. Elle va, accompagnée par l'équipe, sur la tombe de sa mère et parle de repentir.

Elle ne supporte pas toujours bien l'attente de la décision

du juge quant à sa responsabilité, même si elle est en Hospitalisation d'Office sous l'article 122-1. Elle reste en attente d'emprisonnement, son frère s'étant porté partie civile. Mais il n'y aura pas de deuxième expertise.

Au cours de cette hospitalisation, Madame X évoque des difficultés relationnelles avec sa mère qu'elle a toujours tenté de comprendre, et la maladie de son frère. Elle s'interroge sur la mort de son père en 1998. C'est à cette époque qu'elle collecte des photos, des courriers, qui « *me font poser de plus en plus de questions sur mes origines, sur l'histoire familiale, sur les secrets de famille* ».

Elle dit également « *avoir retrouvé des lettres anciennes qui parlent politique* », qu'elle voit des choses « *bizarres* » sur son ordinateur, « *des bandes noires* », et qu'elle pense avoir été piratée. Cela lui fait détruire son ordinateur. Elle s'aperçoit qu'elle est suivie « *par des gens avec des téléphones portables* », qu'elle est mise « *sous écoute* » (« *mon portable faisait des bruits bizarres* »). « *Je suis les orientations de ma petite voix interne qui me donnait des orientations, des conseils: «oui, continue», «tu vas dans la bonne direction* » ». Elle se sent alors au centre d'un « *complot* », complot destiné à cacher des secrets de famille, et des choses encore plus inavouables... « *Ma famille, du côté de ma mère, serait alliée à Ben Laden ou ferait partie du milieu mafieux et couvrirait des activités délictueuses...* ». « *Lors de mon hospitalisation en juillet 2002, j'ai failli exploser, il y avait des phénomènes électriques étranges, je démagnétisais tous les appareils, mon corps était une bombe humaine* ». Malgré le traitement antidépresseur et antipsychotique qu'elle prend de façon irrégulière, les « *faits* » étranges continuent. Inquiète, elle « *alerte* » le commissaire et le maire de sa ville, mais elle n'est pas entendue. Elle s'interroge de plus en plus sur sa famille: elle « *s'aperçoit* » que son père n'a « *plus de tâche de naissance* » sur certaines photos; elle « *se met dans la tête* » qu'elle a « *deux pères* ». Son frère a-t-il « *été substitué lui aussi ?* ». Elle retrouve des photos d'elle-même quand elle était toute petite: des rides ont changé, la teinte des cheveux aussi... Elle a été « *substituée* »... par une « *jumelle* »... ou un « *clone* »... Elle pense comparer l'ADN d'une mèche de son enfance avec son propre ADN. Mais « *qui* » est derrière « *tout ce complot* » ? Elle soupçonne sa mère qu'elle retrouve chez elle, une fois, à l'improviste: elle s'aperçoit qu'il ne s'agit pas de sa mère, mais du frère de celle-ci, « *grimé* », « *déguisé* » en sa propre mère. Elle aboutit alors à la conclusion que c'est sa mère qui « *dirige* » le complot, qu'elle a joué un rôle dans sa maladie, que son traitement par interféron est une « *expérience* », que sa mère cherche à lui « *dissimuler* » quelque chose « *qui allait la mettre en danger* », « *quelque chose à cacher, quelque chose à découvrir* »... elle était « *à la tête* » du

« *complot* », il fallait « *savoir* ».

Madame X est toujours en Hospitalisation d'Office dans le service.

Elle va mieux, et il faut maintenant élaborer un projet dans ce contexte.

Discussion

Madame X a été traitée par interféron et ribavirine pour une hépatite C compliquée d'une cirrhose, deux antiviraux recommandés dans ce type de pathologie, mais inefficaces chez notre patiente. En effet, l'interféron α , par ses propriétés antivirales directes, constitue une molécule de référence en virologie (1) réservée aux patients qui évoluent vers une cirrhose (2).

Son efficacité est limitée par la survenue d'effets secondaires somatiques (2), neuropsychiques (3) représentés par les troubles cognitifs et psychiatriques, en particulier les dépressions et les troubles psychotiques (4).

Les complications psychiatriques que nous discuterons ici sont la première cause d'arrêt ou de diminution de l'interféron, quelle que soit son indication (5). Elles surviennent souvent lors de la réduction des posologies ou d'un traitement discontinu, ce qui est montré dans une étude de 58 patients avec une hépatite C traitée par l'interféron α (6). Les troubles psychotiques dus à l'interféron le plus souvent à des doses faibles sont moins documentés que les troubles de l'humeur.

Une vaste étude rétrospective de 11 241 patients (7) sans antécédent psychotique présentant une hépatite virale chronique traitée par interféron α le plus souvent à des doses faibles a retrouvé 10 cas de troubles psychotiques cédant spontanément à l'arrêt du traitement pour 3 patients ou avec un traitement symptomatique et un cas de délire de persécution. Cette même étude retrouve de rares troubles anxieux, phobiques ou obsessionnels compulsifs réactivés et 2 tentatives de suicides.

Les syndromes de stress post-traumatiques sont rares (8).

Une autre étude (9) a montré, chez 30 % des patients traités, l'apparition d'une altération et des troubles de la personnalité, des syndromes dépressifs, des troubles anxieux, des conduites et des gestes suicidaires, des décompensations maniaques et psychotiques.

On trouve précocement une asthénie psychique et physique et une insomnie chez 40 % des patients (10).

La dépression est la pathologie le plus souvent retrouvée, même si les études ne sont pas toujours rigoureuses (11).

Il a été retrouvé différents taux de dépression, accompagnée d'anxiété et d'idées suicidaires dans 0 à 70 % des cas (12), de 11 à 37 % avec en plus de la ribavirine dans une étude multicentrique (13), de 2 à 15 % dans d'autres études (4).

Il existe néanmoins quelques études rigoureuses (4) dont deux prospectives, qui ont montré des chiffres supérieurs aux données classiques en utilisant l'échelle de Hamilton et les critères diagnostiques du DSM III-R avec une réapparition des symptômes dépressifs lors de la réintroduction du traitement par interféron. La symptomatologie dépressive apparaît en général dès la première semaine de traitement, avec un pic de fréquence entre le premier et le troisième mois. Il existe une relation entre les taux plasmatiques d'interféron α et la symptomatologie dépressive.

Une étude prospective de Otsubo et al. (14) a retrouvé, pour 37,3% parmi 83 patients, un épisode dépressif majeur selon le DSM III, au bout de 24 semaines de traitement au moins.

Il a été décrit un cas de délire de persécution résolutif sous halopéridol et à l'arrêt de l'interféron α , qui a fait suite à l'installation d'un état dépressif traité par maprotiline 5 mois après le début d'un traitement par interféron α (4).

Il a été rapporté dans une autre étude seulement 3,5% parmi 677 patients avec des perturbations psychologiques (2), et 2 patients qui ont fait une tentative de suicide. D'autres auteurs ont montré que 3 de leurs 58 patients développaient un syndrome affectif organique marqué par une dépression, une labilité émotionnelle et des pleurs (6). Une labilité de l'humeur avec parfois irritabilité a été rapportée chez 35% des patients sous interféron (2) et chez 10% des patients dans une autre étude.

Une dizaine de cas d'accès maniaques ont été décrits (15,16), dont le dernier date d'une publication (12) de 2001. Les patients n'ont en général pas d'antécédents psychiatriques personnels ou familiaux et la symptomatologie disparaît à l'arrêt du traitement. Mais une symptomatologie maniaque pourrait être exacerbée chez des patients ayant un trouble bipolaire connu (2). Pour d'autres auteurs, il existerait des facteurs de vulnérabilité tel que le stress (15).

L'apparition de ce syndrome maniaque pourrait être dû à un syndrome dépressif survenu au décours du traitement. L'étude multicentrique de Fattovich (7) a recensé une trentaine de conduites suicidaires avec des extrêmes de 0 à 7 % pour les tentatives de suicides et de 0 à 0,65% pour les suicides durant le traitement (4). La majorité des études montrent que la prévalence des tentatives de suicide et des suicides augmente (2) indépendamment de la posologie, de la voie d'administration, pendant et après l'arrêt du traitement (4). Cela justifie de prendre au sérieux toute symptomatologie dépressive afin d'éviter tout risque suicidaire. Il a été décrit des cas d'épisodes de dépersonnalisation chez

des patients traités pour hépatite B (4).

La reprise de conduites addictives pour l'alcool ou d'autres substances psychoactives chez des patients sevrés a été rapportée (4).

Les troubles de l'adaptation, quand ils existent, ne seraient probablement pas imputables à l'interféron α mais plutôt en rapport avec l'annonce du diagnostic, sa gravité et la voie parentérale (9).

Madame X ayant commis un acte médico-légal, une expertise a été réalisée au cours de son hospitalisation afin de déterminer si Madame X était responsable de cet acte.

La mission de cette expertise a retrouvé que :

- l'examen de notre patiente révèle l'existence d'une anomalie mentale en l'espèce une psychose.
- l'infraction qui lui est reprochée est directement en relation avec cette anomalie mentale.
- elle est dangereuse, au sens psychiatrique du terme.
- elle n'est pas accessible à une sanction pénale.
- elle est curable et justifie d'une hospitalisation d'office dans un établissement spécialisé afin d'y recevoir des soins appropriés à son état.
- elle était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ayant aboli son discernement et entravé le contrôle de ses actes au sens de l'article 122-1 du Code Pénal.

Madame X a reconnu les faits qui lui étaient reprochés, mais a nié toute intention d'homicide : *« je suis devenue une furie, je me suis levée, je l'ai secouée et je l'ai mise par terre ; puis j'ai mis de l'essence partout, j'ai allumé, je suis partie en courant ».*

Elle ne présente pas de désorientation temporo-spatiale, ni d'atteintes des fonctions mnésiques. Il n'y a pas de trouble de la vigilance ni de dissociation. L'intelligence paraît normale. Il n'y a pas de trouble du développement psychomoteur, précoce ou tardif. Il n'y a pas de symptôme en faveur d'une pathologie épileptique, d'une atteinte organique du système nerveux central de type confusionnel ou démentiel. Il n'y a pas de symptôme en faveur d'affection neurologique pouvant entraîner un déficit intellectuel et des troubles du jugement. En effet, le bilan neuropsychologique ne montre qu'une légère perturbation de la gestion des ressources attentionnelles, de l'attention soutenue avec une fluctuation de la concentration, et une attention sélective proche du seuil pathologique. Ces difficultés se répercutent variablement sur les épreuves demandant une forte charge émotionnelle et semblent être générées par un niveau d'anxiété important, du fait du contexte de la patiente. Il n'y a pas de troubles cognitifs majeurs.

L'efficacité de l'interféron α a donc été limitée chez notre patiente par la survenue d'effets secondaires somatiques comme l'insomnie, l'asthénie, la thrombopénie (2) et d'effets secondaires psychiatriques : syndrome délirant (15) avec syndrome dépressif accompagné d'idées suicidaires et d'angoisse (12).

Elle risque de rechuter car plus de 90% des patients rechutent après l'arrêt du traitement (2).

Les entretiens et la description par écrit des épisodes délirants par la patiente permettent de les décrire et de retrouver une certaine confusion.

Les faits qu'elle relate semblent intervenir dans un contexte de pathologie psychotique délirante remontant au plus tard à février 2002, date de la prescription de l'interféron, qui est susceptible d'induire des épisodes délirants (4). Cela semble avoir été précédé d'une longue phase d'interrogations, de doute et de questionnement délirant.

Elle a présenté également un syndrome anxieux avec troubles du sommeil qui aurait pu être les prémices d'un syndrome dépressif (12).

Se sont associés à sa symptomatologie délirante des éléments thymiques à type de tristesse de l'humeur, et de discrète sub-excitation avec des idées suicidaires. Mais il n'y a pas de facteurs de co-morbidité aggravant ce risque comme ceux décrits dans la littérature tels que l'alcoolisme et le VIH (4).

Son délire est de thème persécutif sous forme de complot terroriste, délictueux, scientifique avec un persécuteur désigné qu'est sa mère dans le rôle organisateur de son délire. Les mécanismes de ce délire sont multiples : interprétatifs (impression d'être suivie, épiée, sous écoute, interprétations des lettres et des photos...), hallucinatoire (elle présente des hallucinations intra-psychiques avec des voix qui la guident) et intuitifs : illusion de Frégoli d'hypéridentification, qui est une fausse reconnaissance délirante des gens de l'entourage, qui quoique exactement reconnus sont identifiés comme une même personne déguisée, généralement le persécuteur qui est sa mère, syndrome de Capgras de sosies ou d'hypoidentification (elle croyait qu'à un de ses proches, sa mère, s'est substitué un double, le frère de sa mère, qui s'est grimé en celle-ci et qu'elle prend pour l'imposteur).

L'adhésion au délire semble être fluctuante, avec des moments de mise à distance relatives et des moments de conviction délirante.

Son vécu interprétatif, évoluant depuis juillet 2002 avec une tristesse de l'humeur importante, des idées suicidaires, des

sensations persécutrices, un délire mal structuré, de filiation et de persécution avec un vécu interprétatif et hallucinatoire, des idées de références, l'a conduite au passage à l'acte.

L'imputabilité de l'interféron peut chez notre patiente apparaître comme vraisemblable dans la survenue de la symptomatologie d'autant qu'elle survient pendant le traitement par interféron α alors qu'il n'y avait pas d'antécédents personnels psychiatriques évidents ; elle peut cependant être précipitée par un terrain prédisposé représenté par les antécédents familiaux de schizophrénie et une consommation de toxiques, quoique il faille savoir qu'on retrouve rarement des antécédents personnels dans la littérature.

Cela pourrait donc faire évoquer un trouble dépressif à type de mélancolie délirante (12), ou psychotiques (4), tel un délire interprétatif imputable à l'interféron.

Mais on peut également évoquer la décompensation par l'interféron de troubles psychotiques préexistants asymptomatiques ou une dépression mélancolique délirante évoluant pour son propre compte, du fait de la gravité de sa maladie organique.

Conclusion

L'interféron peut être responsable principalement de troubles thymiques dépressifs, mais aussi maniaques et d'épisodes psychotiques.

Les effets secondaires neuropsychiatriques représentant la première cause de diminution ou d'arrêt d'un traitement par interféron peuvent donc être très graves comme nous l'avons illustré précédemment.

Une prise en charge psychiatrique précoce au cours du traitement et dans les mois suivant son interruption est nécessaire afin de dépister ces effets secondaires parfois dramatiques du fait de l'engagement du pronostic vital, des perturbations relationnelles familiales et professionnelles, des problèmes de compliance, du risque de morbidité psychiatrique à court et à moyen terme, voir du risque médico-légal.

Il est important de connaître les effets secondaires de l'interféron, d'en informer le patient et ses proches afin de prévenir les complications psychosociales et de dépister l'apparition des complications psychiatriques (4).

Une collaboration étroite entre psychiatres et somaticiens est donc nécessaire pour dépister et prendre en charge ces effets secondaires psychiatriques. Elle doit s'inscrire dans une continuité clinique, de l'évaluation préthérapeutique au suivi pendant le traitement et à distance.

Bibliographie

- (1) ZOULIM F. *Hépatite B chronique (I) : les modalités du traitement par l'interféron*. Rev Prat 1998 ; 12 :13-7.
- (2) DIEPERINK E., WILLENBRING M., B. HO S. *Neuropsychiatric symptoms associated with hepatitis C and interferon alpha: a review*. Am. J. Psychiatry 2000 ; 157 : 867-76.
- (3) MALAGUARNERA M., LAURINO A., Di FAZIO I., PITONE G., CASTORINA M. et al. *Neuropsychiatric effects and type of interferon-alpha in chronic hepatitis C* 2001 ; 21 (5): 273-8.
- (4) DEBIEN C., DE CHOULY DE LENCLAVE M.-B., FOUTREIN P., BAILLY D. *Interféron alpha et troubles psychiatriques : mémoire original*. L'Encéphale ; 2001 ; XXVII ;308-17.
- (5) VIAL T., BAILLY F., DESCOES J. et al. *Effets secondaires de l'interféron alpha*. Gastroenterol Clin. Biol. 1996 ; 20 : 462-89.
- (6) RENAULT P.-F., HOOFNAGLE J.-H., PARK Y., MULLEN K.-D., DETERS M., et al. *Psychiatric complications of long-term interferon alfa therapy*. Arch Intern Med 1987 ; 147 : 1577-80.
- (7) FATTOVICH G., GIUSTINA G., FAVARATO S., RUOL A. *A survey of adverse events in 11 241 patients with chronic viral hepatitis treated with alfa interferon*. J. Hepatol 1996 ; 24: 38-47.
- (8) MAUNDER R.-G., HUNTER J.-J., FEINMAN S.-V. *Interferon treatment of hepatitis C associated with symptoms of PTSD*. Psychosomatics 1998 ;39: 461-64.
- (9) ZIGANTE F., BUFFET C., BASTIE A. et al. *Complications psychiatriques de l'interféron alpha : revue de la littérature et étude prospective de 33 patients pour une hépatite chronique active virale de type C*. Ann. Med. Psychol. 1999 ; 157 (10) : 753-8.
- (10) LIN R., ROACH E., ZIMMERMAN M., STRASSER S., FARRELL G.-C. *Interferon alpha-2b for chronic hepatitis C : effects of dose increment and duration of treatment on response rates*. J. Hepatol 1995 ; 23: 487-96.
- (11) HARDY P. *Depressive disorders and interferon alpha (editorial)*. Gastroenterol Clin. Biol. 1996 ; 20: 255-7.
- (12) TRASK P.-C., ESPER P., RIBA M., REDMAN B. *Psychiatric side effects of interferon therapy: prevalence, mechanisms, and future directions*. J. Clin. Oncol. 2000 ; 18(11): 2316-26.
- (13) DAVIS G.-L., ESTEBAN-MUR R., RUSTGI V., HOEFS J., GORDON S., et al. *Interferon alfa-2b alone or in combination with ribavirin for the treatment of relapse of chronic hepatitis C*. N. Engl. J. Med. 1998 ; 339:1493-99.
- (14) OTSUBO T., MIYAOKA H., KAMIJIMA K., ONUKI M., ISHII M., et al. *Depression during interferon therapy in chronic hepatitis C patients-a prospective study*. Seishin Shinkeigaku Zasshi 1997 ;99:101-127.
- (15) STRITE D., VALENTINE A.-D., MEYERS C.-A. *Maniac episodes in two patients treated with interferon alpha*. J. Neuropsychiatr. Clin. Neurosci. 1997 ; 9: 273-6.
- (16) MONJI A., YOSHIDA I., TASHIRO K. et al. *A case of persistent manic-depressive illness induced by interferon alfa in the treatment of chronic hepatitis C (letter)*. Psychosomatics 1998 ; 39: 562-4.

Recommandations aux auteurs

Nervure publiée des articles originaux concernant la psychiatrie et les disciplines connexes, des comptes rendus de livres, d'articles, de manifestations scientifiques et culturelles.

Les articles sont remis anonymement à au moins deux membres du comité de lecture. Ils ne doivent pas dépasser 8 pages dactylographiées, bibliographie incluse (25 lignes par page, double interligne, avec une marge de 4 cm à gauche) ou 16 000 signes. Ils peuvent être adressés sous forme de fichier informatique (Word RTF), accompagné toujours d'un exemplaire sur papier.

Les références bibliographiques doivent être classées par ordre alphabétique, numérotées et dactylographiées en double interligne.

Les tableaux doivent être numérotés et correspondre à un appel précis dans le texte.

La correction des épreuves ne peut être que d'ordre typographique. Le « bon à tirer » doit être envoyé au secrétariat de la revue sous huitaine.

Création artistique, pathologie mentale et traitements psychotropes : antinomies ?

T. BOTTAI*, I. COTTON**

Il est difficile d'appréhender un tel sujet ressortissant à de multiples domaines : artistique (pictural, sculptural, musical, poétique), séméiologique, médical et thérapeutique. Les écrits sont très nombreux et faire un détour par eux pour esquisser la toile générale avant d'aborder le phénomène de création, son lien avec la subjectivité et le paradoxe de cette dernière peut être utile. Ensuite, les descriptions des phénomènes de subjectivité et de création artistique constituent des prolégomènes indispensables avant de dégager les conditions de l'intervention thérapeutique éventuelle ainsi que la place des traitements psychotropes.

Petites esquisses éparses en projection brute !

Prinzhorn, en 1922 (7), écrit dans *Expressions de la folie*, après avoir collectionné à Heidelberg de multiples dessins et peintures d'aliénés, que le propre de la créativité est la mise en forme (*Gestaltung*). Pour évoquer ces productions, il parla de *Bildenerlei*, c'est-à-dire de morphes. Il présenta une répugnance à parler d'art des fous, d'art pathologique ou d'art et folie. Dans son approche, si la création artistique est réussie, elle est appréhensible par une compréhension immédiate sans analyse.

Finalement, d'un côté se trouvent des artistes, malades ou bien-portants, et d'un autre côté se trouvent des bien-portants ou des malades qui ne sont pas artistes. De la même manière, la devise du manifeste de la première grande exposition de l'art brut à Paris en 1949 édictait «*qu'il n'y a pas plus d'art des fous que d'art des dyspeptiques ou des malades du genou*». Cependant, d'un autre côté, la relation entre création et vie psychique existe. Kandinsky énonçait que la peinture n'avait plus pour objet de peindre des tableaux, c'est-à-dire de disposer sur une toile des surfaces colorées

d'une manière qui plaise à l'œil, mais, grâce au langage des formes et des couleurs, de voiler-dévoiler la vie spirituelle de l'artiste. En Allemagne, au début du 20^e siècle, le professeur Weygandt (10) était très critique sur les tableaux de Klee, Picasso et Kandinsky et les rapprochait de productions de psychotiques. Plus tard, Dubuffet critiqua les psychiatres «*responsables du tarissement de la créativité artistique chez les malades mentaux par la généralisation des traitements chimiothérapeutiques*».

Finalement, il est possible de s'interroger sur le mythe du lien entre génie, créativité et maladie mentale. Relève-t-il d'une antipsychiatrie, d'un hiatus épistémologique et culturel, sous l'influence romantique du 19^e siècle, par la mise en exergue de la violence tragique de la création et de l'impérieuse nécessité de l'oeuvre en rupture avec le classicisme du 18^e, ou d'une association reconnue depuis l'Antiquité (*L'homme de génie et la mélancolie* d'Aristote, repris par Michel-Ange «*ma joie est ma mélancolie*»), réanalysée récemment par N. Andreasen (2) ou A. Akiskal (1) sur son versant thymique et en privilégiant le lien entre troubles thymiques et poètes et dramaturges plus que plasticiens ou musiciens ?

Si nous acceptons avec J. Garrabé (6) que «*la différence entre art psychopathologique et l'art est que, même s'ils se ressemblent, ce dernier n'est pas le résultat du même travail de création que celui que la folie provoque*», il faut alors se questionner sur l'intentionnalité et les conditions de possibilité de la création.

* Psychiatre des Hôpitaux, Chef de Service

** Assistante Spécialiste des Hôpitaux

Service de Psychiatrie Générale de Martigues - Secteur 13G24
Hôpital du Vallon - BP 248 - Centre Hospitalier de Martigues 13698
MARTIGUES Cedex

Dévoilement de la création et de la créativité

L'agir créateur se distingue de toute autre forme de production humaine car il relève d'une affirmation exaltante de tout l'être dans la libre production d'une valeur nouvelle selon B. Bourgeois (5). La spontanéité de la création est distincte de la spontanéité simplement naturelle qui s'oppose au mécanisme de la fabrication. La création peut être vue comme l'expérience d'un paradoxe : joie et souffrance, activité et passivité, liberté et déterminisme, comme la possession de l'homme par une force qui agit en lui et par lui mais aussi comme la maîtrise par laquelle l'homme affirme l'absolu qui est en lui.

Le créateur évolue dans une « mondanéité » puisque le monde humain est un monde de culture constitué par un contexte culturel impliquant l'intersubjectivité et une base d'intercompréhension et d'intercommunication. Ce contexte comprend une historicité de l'art ainsi que l'existence de moyens techniques plus ou moins maîtrisés. Ce monde culturel justifie d'ailleurs l'existence d'une histoire de l'art et non une simple juxtaposition ou une profusion d'oeuvres naturelles indifférentes les unes aux autres. Le paradoxe du créateur inséré dans cette culturalité est alors de s'inscrire en rupture des contraintes culturelles pour faire preuve de création artistique.

Le deuxième paradoxe de la créativité concerne le créateur et son rapport avec l'œuvre. En effet, cette dernière, dès sa conception (moment de génie de la création avec imposition du thème et de l'inspiration), acquiert une indépendance voire un antagonisme par rapport à son auteur qui se poursuit par sa place d'œuvre artistique dans le monde culturel. Lors de la création, le moment de génie s'articule autour de la négation de la quête laborieuse, d'une réponse qui submerge la question dont le thème, l'inspiration, l'enthousiasme s'imposent ; il est attesté en cela par les témoignages d'artistes qui rapportent la résistance de l'œuvre en gestation aux propres efforts du créateur pour en prévoir et en diriger le développement. Il existe donc une relation paradoxale du sujet (créateur) à l'objet (œuvre créée) dès sa conception retrouvée dans l'intrication des capacités réceptives et créatives lors de l'acte.

Le troisième paradoxe est celui de l'auto-création du créateur car, dans l'acte créateur, l'auteur advient à lui-même dans l'intervalle entre la négation de Soi (serviteur de l'œuvre) et l'affirmation de Soi (maître de l'œuvre). Autrement dit, le créateur dans la création se crée lui-même comme un Soi un et libre même si la création de la personne créatrice exige cependant d'agir sur les choses.

La créativité, dans son procès formateur entre le créateur et le monde, dans celui du créateur et de son œuvre et

enfin dans celui de sa propre réflexivité auto-créatrice, dévoile l'essence paradoxale de la création et l'équilibre dialectique qui la régit. Cependant, tout équilibre sous-entend la possibilité de déséquilibre et donc l'impossibilité d'advenir à Soi-même dans ce projet de création.

Ce dévoilement de la créativité en tant qu'équilibre dialectique entre alors en résonance avec les paradoxes de l'identité humaine et de la subjectivité avec les risques de disproportions anthropologiques entre les procès formateurs de la subjectivité et ses conséquences psychopathologiques.

Paradoxes de l'identité humaine

La subjectivité pose un problème central car, selon la formule sartrienne, la tâche consiste à être ce que l'on n'est pas et à ne pas être ce que l'on est. La constitution de la subjectivité humaine s'inscrit dans un triple paradoxe, de corporéité, de temporalité, de mondanéité et d'intersubjectivité.

La tâche humaine et permanente est celle du maintien d'un équilibre au niveau de la corporéité entre être-son-corps (corps-sujet) à la manière d'un animal et avoir-un-corps (corps-porteur) dont on prétend disposer comme d'un instrument, en ne se confondant pas avec celui-ci (ce qui permet d'ailleurs son objectivation en tant que soma, objet de la médecine somaticienne).

Au niveau de la temporalité, la tâche est de concilier permanence et changement de Soi-même permettant d'être à tout moment à peine plus que précédemment et à peine moins qu'ultérieurement, donc d'avoir une biographie et une histoire que n'ont ni les choses ni les animaux. Ce paradoxe de la temporalité inscrit l'homme dans le primat du devenir qui lui donne un vécu de pouvoir et de déploiement.

Enfin, sur le plan de la mondanéité, le paradoxe des rapports avec autrui dans un système de culture qui donne un pouvoir de quotidianiser et d'être pourvu de l'évidence naturelle est celui d'une interchangeabilité partielle de l'intersubjectivité, en permettant à Soi d'être l'Autre sans pour autant se confondre avec lui. L'identité échangeable relève de l'identité de rôle social et celle qui ne l'est pas de l'identité égoïque, et la distance dialectique entre ces deux pôles est garante de l'identité humaine.

Pour suivre A. Tatossian sur le problème de la subjectivité, c'est-à-dire cette capacité fondamentale d'excentration et d'équilibre dans une relation dialectique, jamais définitivement acquise, la subjectivité n'est donc jamais définitivement donnée. Les altérations sur le plan de la temporalité renvoient notamment mais non exclusivement aux descriptions phénoménologiques des troubles thymiques, celles de la mondanéité et de l'intersubjectivité aux descriptions des formes de Présence-manquée-au-monde de Binswanger (maniérisme,

distorsion et présomption).

L'ensemble des altérations de la subjectivité par disproportions entre les pôles dialectiques aboutit donc à la mise en exergue de la perte de liberté due au déséquilibre dans le déploiement des potentialités. Avec Blankenburg (4), il est possible d'affirmer que «*le fait ou plutôt l'expérience que le sujet ne peut pas ne pas présenter tel comportement ou tel vécu*» fonde la pathologie psychique dans une psychopathologie de la liberté.

Ces prolégomènes permettent alors de s'interroger par exemple sur la production de morphes des patients et de se demander si cette production relève alors des procès formateurs de la créativité et leur permet d'advenir à eux-mêmes. Il semble manifeste que la production de morphes (symptômes parmi d'autres), lorsqu'on n'arrive pas à advenir à Soi-même, ne s'inscrit pas dans la même intentionnalité que celle témoignant du processus de création artistique, aboutissement d'un avènement à Soi-même par la création d'une oeuvre.

Ethique des traitements psychotropes

L'utilisation parfois décriée des traitements psychotropes, par rapport à la création artistique comme dans la clinique quotidienne, doit être restituée dans une pratique thérapeutique clinique avec le travail princeps de J.M. Azorin.

Les médicaments peuvent parfaitement obéir à l'intérêt instrumental de domination de la nature (à but technico-instrumental) et s'inscrire dans le champ des sciences de la nature et des données descriptibles (globalisation des mécanismes hétéronomiques). Mais leurs effets peuvent également être examinés sous l'angle des données ascriptibles, dans le champ des sciences de l'esprit (dont le but est de donner du sens) ; le comportement ou le vécu pouvant dépendre alors non seulement des mécanismes hétéronomiques mais aussi de modalités autonomiques. Cette approche revient alors à reconnaître une validité à la liberté humaine. L'action du placebo permet d'en fournir un exemple. L'effet placebo pourrait relever de la logique hétéronomique sous-entendant l'action sur des mécanismes cachés non encore découverts, mais peut aussi relever d'une perspective autonome, à savoir l'expression de l'exercice de la liberté du patient en vue de sa guérison, comme un appel à la liberté. A. Tatossian (8) a pu le développer ainsi : «*le médicament, plutôt que d'agir par une sorte de suppression mécanique des symptômes, pourrait plutôt mettre le patient dans une situation où la guérison deviendrait une potentialité actualisée ou non, selon la présence d'un nombre de conditions dont les composantes d'autonomie du sujet ne sont pas les moindres*».

En guise de perspective thérapeutique, si la santé psychique correspond à l'équilibre des possibilités, si la maladie est rupture de cet équilibre et perte d'un certain nombre de possibilités, l'homme a à y effectuer un choix, fut-il réduit, en tant que patient car il n'échappe pas au destin de devoir s'y regagner lui-même. La mobilisation du sujet par la thérapeutique, dont les médicaments, est donc aussi mise en jeu de sa liberté et de ses composantes d'autonomie, si on accepte que la tâche du psychiatre soit toujours la «*restauration du patient comme sujet*» (A. Tatossian (8)).

La thérapeutique, y compris médicamenteuse, vise donc, sur le mode devançant et non aliénant, à restaurer l'ensemble des possibilités du sujet, y compris sa possibilité créatrice.

Bibliographie

- (1) AKISKAL H.-S., AKISKAL K. : *Reassessing the prevalence of bipolar disorders: clinical significance and artistic creativity*. Psychiatry and Psychobiology, 1988, 3, 29-36
- (2) ANDREASEN N.-C. : *Creativity and Mental Illness: Prevalence Rates in Writers and their First-degree Relatives*. Am. J. Psychiatry, 1987, 144, 1288-1292
- (3) AZORIN J.-M., NAUDIN J., KALADJIAN A. : *Efficacité et efficacité des psychotropes*, L'Evolution Psychiatrique, 2002, 67, n° 1, 170-183
- (4) BLANKENBURG W. : *Der Verlust der natürlichen Selbstverständlichkeit*, Stuttgart, Enke, 1971, trad. : *La perte de l'évidence naturelle (contribution à la psychopathologie des schizophrénies pauci-symptomatiques)*, trad JM Azorin & Y Totoyan, coll. Psychiatrie ouverte, Presses universitaires de France, Paris, 1991, pp 223
- (5) BOURGEOIS B. : *Création - création et créativité*, Encyclopédie Universalis, 1991, vol. 4, 734-737
- (6) GARRABE J. : *Néologismes et Néomorphies*, Confrontations psychiatriques n°34, Théraplix, 1992, 147-167
- (7) PRINZHORN H. : *Expressions de la folie*, Ed. Gallimard NRF, Paris, Coll. Connaissance de l'inconscient, 1984, pp 410
- (8) TATOSSIAN A. : *Phénoménologie des psychoses*, Rapport du Congrès de Neurologie et de Psychiatrie de Langue Française, Angers, 1979, Masson Ed., Paris, 1979, pp 268
- (9) TATOSSIAN A. : *La subjectivité*. Dans *Traité de psychopathologie*, sous la direction de D. Widlöcher, PUF, Paris, 1994, 253-318
- (10) WEYGANDT W. : *Kunst und Wahnsinn*, Die Woche Berlin, 1921, 4, VI dans GARRABE J. : *Néologismes et Néomorphies*, Confrontations psychiatriques n°34, Théraplix, 1992, 147-167

Le syndrome de Münchhausen : difficultés diagnostiques et de prise en charge. À propos d'un cas clinique.

P. GAUTIER*, E. QUÉZÉDÉ**, A.-S. CHOCARD***, F. JUAN****

Introduction

Le syndrome de Münchhausen est une pathologie rare qui a suscité une abondante littérature. De prévalence masculine dans plus de la moitié des cas et souvent diagnostiqué tardivement (40 ans en moyenne pour les hommes, 30 ans pour les femmes) [1], il s'intègre dans le regroupement syndromique des pathomimies, qui recouvre plus généralement celui des troubles factices du DSM-IV [2]. Au travers d'une observation clinique, nous présentons brièvement les aspects historiques et cliniques de ce syndrome, tout en insistant sur les difficultés de diagnostic et de prise en charge de ces patients.

Historique

Le nom du Baron Karl Friederich Hieronymus, Freiherr von Münchhausen (1720-1797), gentilhomme allemand, militaire de carrière, est indissociablement lié à celui de Rudolf Erich Raspe, personnage haut en couleur, ambitieux historien, romancier à ses heures, d'origine allemande [3]. L'idée de RE. Raspe est de cristalliser sur un personnage tout un fond d'histoire invraisemblable que sa vaste érudition lui a fait connaître. Il existait en effet en Allemagne et plus généralement en Europe, une tradition d'histoires merveilleuses ou absurdes, remontant au Moyen Age. Par ce biais, RE. Raspe, travailleur infatigable, poursuivi par la malchance, créait un héros qui voyageait pour le plaisir et la gloire. En 1951, Richard Asher [4], brillant médecin londonien propose la dénomination « *Syndrome de Münchhausen* » pour désigner des patients qui se présentent de façon répétée dans les hôpitaux à travers le pays, parfois sous des identités différentes, porteurs d'une affection aiguë simulée et étayée par une histoire médicale crédible. Les malades décrits par R. Asher se caractérisent par leur fuite brutale en cours de traitement, leur sortie contre avis médical, leur comportement parfois agressif avec un mélange de trucu-

lence et d'évasivité, leur prédilection pour un langage saturé de jargon médical et leur désir proche des mythomanes, de tromper par tous les moyens et sans raison apparente. Parallèlement, G. Dieulafoy [5], éminent clinicien français, décrivait un patient qui, en deux ans, avait présenté de multiples lésions du bras provoquées par l'application locale de soude caustique, ayant conduit finalement à l'amputation. Il mettait en évidence l'absence de motivation consciente et de profit tangible de telles conduites, les distinguant de la simulation, et les rapprochait des traits psychopathologiques touchant à la mythomanie tout en les différenciant des états névrotiques hystériques graves. Le terme de pathomimie était né.

Nosographie-Sémiologie

Le syndrome de Münchhausen s'intègre dans le concept de pathomimie qui est repris dans la nosographie des troubles factices définie par les classifications internationales. Dans la quatrième édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-IV), les critères diagnostiques sont :

- la production ou feinte intentionnelle de signes ou de symptômes physiques ou psychologiques ;
- la motivation du comportement qui est de jouer le rôle de malade ;
- l'absence de motifs extérieurs à ce comportement (par exemple obtenir de l'argent, fuir une responsabilité légale ou améliorer sa situation matérielle ou physique).

* *Assistant Spécialiste des Hôpitaux, Secteur II, CHS CESAME, BP 89, 49137 LES PONTS DE CE CEDEX*

** *Interne DES de Psychiatrie, Secteur I, CHS CESAME, BP 89, 49137 LES PONTS DE CE CEDEX*

*** *Assistant Spécialiste des Hôpitaux, Secteur I, CHS CESAME, BP 89, 49137 LES PONTS DE CE CEDEX*

**** *Interne DES de Psychiatrie, Service de Psychiatrie et de Psychologie Médicale, CHU, 4, rue Larrey, 49033 ANGERS Cedex 01*

Trois sous-types en découlent, en fonction de la prévalence des appareils concernés :

-[300.16] avec signes et symptômes psychologiques prédominants ;

-[300.19] avec signes et symptômes physiques prédominants ;

-[300.19] avec signes et symptômes psychologiques et physiques.

La classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement de l'OMS (CIM-10) inscrit le syndrome de Münchhausen dans la catégorie des troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte comprenant une production intentionnelle ou une simulation de symptômes ou d'incapacités, soit physiques, soit psychologiques [F68.1], rejoignant la définition du trouble factice [6].

Depuis l'élaboration initiale du concept par G. Dieulafoy, la déclinaison des pathomimies s'observe sous de multiples modes d'expression touchant tous les appareils de la vie physique et psychique : fièvres simulées, lésions cutanées provoquées ou traînantes, hémorragie et anémie par saignements (syndrome de Lasténie de Ferjol), pathologies neurologiques (pseudo-coma, pseudo-crise d'épilepsie, déficit sensitivo-moteur), cardiologiques (douleur pseudo-angineuse), digestives (pseudo syndrome de Zollinger-Ellison), psychiatriques (épisode psychotique aigu, pseudo-syndrome des vétérans du Viêt-Nam) ...

Il n'y pas de limite à l'extension des symptômes provoqués par l'altérateur. Ce dernier, décrit par G. Fénélon, altère la réalité et la relation à l'autre sans dessein de tromper [7].

En définitive, le syndrome de Münchhausen condense ces phénomènes en une triade composée de troubles factices d'allure aiguë conduisant à des investigations ou des traitements inutiles, des pérégrinations d'un hôpital à l'autre, des fabulations infiltrant toute la biographie. Ce comportement n'a aucun sens apparent.

Observation

Monsieur G., 55 ans, se présente spontanément aux Urgences du C. H. U. d'Angers début juillet 2002.

Domicilié à l'hôtel, Monsieur G. se dit dépressif depuis le décès de sa femme (sage-femme de profession) survenu tragiquement il y a un an dans un accident de voiture. Il présente depuis une dizaine de jours des troubles du sommeil, une perte d'appétit, une rumination d'idées noires, et n'ose plus rentrer chez lui car son domicile lui rappelle trop de souvenirs.

Retraité de la gendarmerie, ancien parachutiste, travaillant

occasionnellement dans le convoi de fond, il dit avoir beaucoup voyagé.

Son fils, âgé d'une vingtaine d'années, étudiant en droit à Versailles, serait actuellement en voyage outre-mer pour une période de plusieurs mois. Son père serait décédé il y a seize ans et sa mère, âgée de quatre-vingt ans, habiterait Belfort.

Il exhibe des cicatrices au niveau des plis inguinaux gauche et droit consécutifs à un pontage aorto-bifémoral réalisé il y a 10 jours dans une clinique chirurgicale de la région parisienne.

Il présente une ordonnance d'un psychiatre de la région nantaise, preuve d'un traitement psychiatrique ancien. Celle-ci, particulièrement chargée en psychotropes, contraste avec la symptomatologie clinique. Elle associe de fortes doses de benzodiazépines, des neuroleptiques sédatifs, des hypnotiques et un traitement antidépresseur. Ses antécédents psychiatriques se résument pourtant à un simple épisode dépressif traité à Besançon, par un psychiatre libéral retraité depuis peu.

Le patient est coopérant, mais il est noté des traits de personnalité à type de psychorigidité et une thymie à tonalité dépressive. Il accepte sans difficulté une hospitalisation de quelques jours en centre hospitalier spécialisé.

Son arrivée dans le service détone par son originalité. Habillé en costume cravate, portant ses deux valises, il donne l'impression d'un V.R.P de passage. Il évoque d'emblée ses symptômes dépressifs sur un ton détaché avec un vocabulaire médical particulièrement précis.

La tonalité monocorde du discours contraste avec l'intensité dramatique de son histoire. Exagérément poli, il peut toutefois se montrer agressif et irritable lorsque l'entretien est perçu comme trop directif.

Les premiers doutes apparaissent à l'examen des pièces administratives du dossier. Une enquête sociale discrète permet de mettre à jour des incohérences flagrantes : fausse immatriculation à la caisse d'assurance maladie du Var et domiciliation fantaisiste (numéro d'habitation inexistant dans la rue de sa supposée domiciliation).

L'absence de contact avec la famille est facilement étayée par le patient qui se déclare en rupture avec ses proches. Nos tentatives pour connaître leurs coordonnées se perdent soit dans des propos évasifs et banalisants, soit par des silences où pointe une certaine hostilité.

L'évolution dans le service est globalement favorable. La symptomatologie vaguement dépressive s'est amendée au détriment de manifestations comportementales de plus en plus difficiles à tolérer par l'équipe soignante :

- une tendance à la surconsommation de psychotropes et d'antalgiques ;
- une mythomanie qui falsifie toute ou une partie de son

histoire : antécédents de pathologie à forte connotation émotionnelle, profession valorisante, drames familiaux, deuil factice ;

- des déviations manipulatrices à l'encontre des soignants comme des patients les plus vulnérables sans gain vérifiable ;
- des manifestations d'hostilité en réaction à un vécu persécutif faisant craindre des passages à l'acte hétéro-agressifs.

Notre surprise est grande quand à la lecture de l'article de F. Triboulet et al. [8], d'incroyables coïncidences entre une observation réalisée six ans plus tôt et les allégations de notre patient sont retrouvées. La concordance porte sur de nombreux détails. On observe une similitude des noms d'emprunt (modification de la première lettre), une présen-

Au-delà des diagnostics différentiels, le syndrome de Münchhausen interroge sur le sens à donner à cette dimension du mensonge dans la relation à l'Autre.

tation identique à l'arrivée (deux valises à la main), de détails biographiques : le décès tragique d'une personne chère, la profession valorisante, jusqu'à l'intervention aorto-bifémorale. Le traitement en lui-même n'a subi que de faibles modifications. On y retrouve l'association de traitement antidépresseur, d'anxiolytiques benzodiazépinique et neuroleptique, d'hypnotiques et d'antalgiques qui ont probablement varié au gré des habitudes et des modes de prescription des médecins rencontrés au hasard des pérégrinations.

Le parcours de soin est stéréotypé. Dans l'observation de F. Triboulet et al., on retrouvait un passage aux urgences et un transfert en service psychiatrique pour la prise en charge d'un syndrome dépressif. Le médecin de garde concluait à un « *trouble anxio-dépressif d'allure névrotico-réactionnelle lié à un changement de lieu et une personnalité fragile* ». Quelques jours plus tard, devant l'incrédulité grandissante de l'équipe soignante et la rugosité des services administratifs, le patient profitait d'une permission visant à régulariser sa situation pour échapper aux soins. Il ne devait plus revenir.

Le parallèle avec notre patient est jusque dans ses dénouements comparable. Malgré nos efforts pour éviter les écueils d'une prise en charge par trop stigmatisante ou a contrario trop banalisante, le rendez-vous proposé peu après la sortie du patient n'a pu déboucher sur une prise en charge étayante. Monsieur G. a probablement repris son itinéraire de malade errant.

Discussion

Difficultés diagnostiques :

La difficulté de diagnostic tient tant à la capacité de l'altérateur à mimer une pathologie authentique qu'à son intentionnalité à le faire. L'abord psychopathologique de ces patients est très souvent impossible du fait de leur fuite en avant, ils sont tantôt décrits comme des états limite, parfois comme des psychopathes [9]. De nombreuses affections psychiatriques peuvent parfois égarer le diagnostic [10] :

-*la psychopathie*, pour laquelle on observe une corrélation clinique entre les traits de personnalité de l'altérateur et certains de ceux de la personnalité borderline : une prédominance masculine, une instabilité des relations interpersonnelles caractérisée par l'alternance entre des positions extrêmes d'idéalisation excessive et d'abandon, une perturbation profonde de l'identité avec instabilité marquée et persistante de l'image de soi et des efforts effrénés pour attirer l'attention et éviter de revivre des abandons réels ou imaginés ;

-*la simulation*, qui consiste en la production intentionnelle de symptômes physiques ou psychologiques inauthentiques ou grossièrement exagérés, motivés par des incitations extérieures visant à apporter des bénéfices directs (par exemple, dispense militaire, protection contre la justice, indemnisation financière) ;

-*l'hystérie* et principalement la conversion hystérique, pour laquelle le symptôme est donné à voir sans explication organique. Le choix du symptôme n'est pas l'imitation d'une maladie mais l'expression d'un trouble spécifique de l'interaction du sujet avec le milieu. L'organe atteint est lié à une image inconsciente du corps imaginaire symboliquement liée au conflit traumatique ;

-*l'hypochondrie délirante*, notamment quand le patient revendique les soins. La différence tient principalement alors dans la conviction inébranlable du sujet délirant et dans les aspects psychotiques des revendications ;

-*la mythomanie*, par sa propension à la fabulation, et à son pendant, le mensonge. Le mensonge désigne une affirmation contraire à la vérité dans l'intention de tromper. La mythomanie se caractérise depuis E. Dupré [11] par l'engagement entier du mythomane dans son travail d'invention ; il s'y immerge tout entier, sans réserver comme le menteur une part de lui-même pour jouer le rôle de juge et de spectateur. A la différence du mythomane, l'altérateur met en acte le mensonge. Il est à la fois acteur et victime de sa falsification.

Au-delà des diagnostics différentiels, le syndrome de Münchhausen interroge sur le sens à donner à cette dimension du mensonge dans la relation à l'Autre. A l'instar de G.

Fénelon, nous en proposons plusieurs interprétations :

- le mensonge comme une conduite régressive, vestige de difficultés demeurées sans solution pendant les premiers stades de l'évolution psychologique. L'altérateur par son mensonge modifie les dimensions du temps et de l'espace, permettant d'accéder directement à un autre réalité plus valorisante. Il est dans l'irréalité de la maladie alléguée, de la biographie réinventée. La fabulation comble un vide, une faille, elle exprime l'idée d'être autre et ailleurs.
- le mensonge comme un défi au savoir et au pouvoir du monde médical. Il s'agit de rendre le diagnostic et le traitement difficile voire impossible car le trouble factice est reproductible à l'infini. La relation de défi n'est pas sans rappeler la relation conflictuelle de l'enfant aux parents dans une dimension de quête identitaire.
- le mensonge comme l'impossibilité à élaborer une souffrance, une impasse qui ne permet ni d'être autre, ni d'obtenir l'amour de l'autre, mais un choix logique si l'on considère une certaine forme de reconnaissance à avoir le statut de malade. Ironie de la maladie, en tentant d'endosser les contours d'une existence aussi précaire soit-elle, il se coupe de l'Autre et se mure dans son ego comme à l'intérieur d'une ville assiégée [7].

Difficultés de prise en charge

Les modalités évolutives du syndrome de Münchhausen sont délicates à évaluer. En effet, les pérégrinations d'un hôpital à l'autre, les fabulations infiltrant toute la biographie, ainsi que les ruptures brutales des prises en charge (lors d'un départ précipité d'un établissement de soins) sont autant d'obstacles à une bonne connaissance de l'évolution de cette pathologie.

Différentes hypothèses ont été soulevées. La rémission spontanée est possible, et surviendrait d'autant plus fréquemment que le début des troubles est précoce. La survenue d'une vraie pathologie organique a été décrite dans certains cas, de même que des cas de suicides.

Force est de constater que le devenir de ces patients soulève de nombreuses interrogations qui laissent persister des zones d'ombre.

Il en est de même pour la prise en charge thérapeutique de ces individus, qui est mal aisée. La plupart des auteurs s'accordent sur le fait qu'une hospitalisation de relativement longue durée en milieu psychiatrique est nécessaire. La question principale est de savoir si les altérateurs sont capables de donner un consentement éclairé aux soins et s'ils sont responsables de leurs actes. En d'autres termes, il existe un débat concernant le mode de placement de ces patients : service libre ou hospitalisation sous contrainte ? Alors que les partisans du service libre estiment que ces malades sont

responsables sur le plan légal des coûts occasionnés par leur errance hospitalière et qu'ils doivent les assumer, d'autres auteurs sont d'avis que l'hospitalisation sous contrainte a comme vertu de gérer les ruptures de prise en charge qui émaillent souvent leur parcours.

En ce qui concerne les traitements médicamenteux, il n'existe pas de consensus. Les neuroleptiques semblent avoir une certaine efficacité sur la sthénicité, fréquente envers le personnel soignant.

Sur le plan psychothérapeutique, le médecin se trouve rapidement confronté à un refus d'aide de la part du patient. Cette proposition de prise en charge psychologique est même souvent un motif de rupture de soins. Lorsqu'elle est possible, la consultation psychiatrique, pendant laquelle le

La question principale est de savoir si les altérateurs sont capables de donner un consentement éclairé aux soins et s'ils sont responsables de leurs actes.

symptôme est initialement respecté, devrait permettre d'une part, de sortir de l'impasse thérapeutique en restaurant un dialogue et d'autre part, d'essayer de définir une conduite à tenir cohérente ; cette dernière comporte l'instauration d'un contrat de soins qui permet de restaurer l'authenticité de la demande du patient, et une prise en charge multidisciplinaire et concertée entre psychiatre, médecin interniste et personnel paramédical de l'équipe soignante.

Il ne faut pas négliger l'aspect social chez ces patients qui sont souvent désocialisés et marginalisés. L'accession à un logement stable en particulier est une nécessité pour lutter contre l'errance hospitalière. Il faut bien reconnaître que ce volet social reste, comme l'ensemble de la prise en charge, difficile à mettre en place.

Quelle que soit la structure ou la personnalité sous-jacente, les traits les plus remarquables chez ces individus sont l'absence de demande thérapeutique et l'habituelle impossibilité d'établir une relation suivie. Les hospitalisations, émaillées de fugues, de sorties contre avis médical, sont soldées d'échecs quasi-constants.

Conclusion

Le syndrome de Münchhausen est à l'évidence une pathologie dont la fréquence est sous-estimée, et que tout médecin peut être amené à rencontrer dans sa pratique quotidienne.

Bien la connaître et, mieux encore, la reconnaître, c'est éviter de tomber dans le piège relationnel dans lequel nous entraîne l'altérateur.

Entre rejet et tentation coercitive, l'attitude soignante doit viser à maintenir un lien thérapeutique avec le patient.

Bibliographie

- (1) VITTINI P.-H., LLORCA P.-M., LANÇON C.-H. *Le Syndrome de Munchausen*. Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale, 1997, 4 : 34-38.
- (2) AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION - DSM-IV *Manuel diagnostique et statistique des Troubles mentaux, 4^è édition* (Version Internationale, Washington DC, 1995) Traduction française par JD. Guelfi et al., Masson, Paris, 1996 : 1056 p.
- (3) HATIER C., JALENQUES I. *De la validité historique au mythe psychiatrique d'un syndrome. A propos du baron de Münchhausen (1720-1797)*. Nervure, 1996, Tome IX, n°8 : 52-56.
- (4) ASHER R. *Munchausen's syndrome*. Lancet, 1951, 1 : 339-341.
- (5) DIEULAFOY G. *Pathomimie*. La Presse Médicale, 1908, 16 : 369-372.
- (6) *Classification Internationale des Troubles Mentaux et des Troubles du Comportement - CIM-10* Ed. Masson, 1993.
- (7) FÉNELON G. *Le syndrome de Munchausen*. Paris, P.U.F., Nodules, 1998 : 127 p.
- (8) TRIBOULET F., FALL B., PANDELON R. *Syndrome de Münchhausen. A propos d'un cas*. Nervure, 1996, Tome IX, n°8 : 60-63.
- (9) GASMAN I., ROUYER V., BORENTAIN S., SKURNIK N. *A propos du syndrome de Münchhausen, du Münchhausen par procuration et de ses descriptions cliniques*. Ann. Méd. Psychol., 2002, 160 : 169-173.
- (10) PORTEJOIE V., DUVERGER P., LEMOINE A., GARRÉ J.-B. *Qu'est-ce que le syndrome de Münchhausen ?* Revue de Neuropsychiatrie de l'Ouest, 1999, 127 : 27-33.
- (11) DUPRÉ E. *La mythomanie*. Bulletin médical des 25 mars, 1er et 8 avril 1905.

Directeur de la rédaction : Gérard Massé

Rédacteur en chef : François Caroli

Comité de rédaction

Centre Hospitalier Sainte-Anne, 1 rue Cabanis, 75014 Paris. Tél. 01 45 65 83 09.

Botbol M., Carrière Ph., Dalle B., Goutal M., Guedj M.-J., Jonas C., Lascar Ph., Martin A., Paradas Ch., Sarfati Y., Spadone C., Tribolet S., Weill M.

Comité scientifique

Alby J.-M. (Paris), Bailly-Salin P. (Paris), Besançon G. (Nantes), Bourgeois M. (Bordeaux), Bourguignon A. (Paris), Buisson G. (Paris), Caillard V. (Paris), Chabannes J.-P. (Grenoble), Chaigneau H. (Paris), Christoforov B. (Paris), Colonna L. (Rouen), Cornillot P. (Paris), Dufour H. (Genève), Dugas M. (Paris), Féline A. (Paris), Ginestet D. (Paris), Gravier B. (Lausanne), Guelfi J.-D. (Paris), Guyotat J. (Lyon), Hochmann J. (Lyon), Koupernik C. (Paris), Lambert P. (Chambéry), Loo H. (Paris), Marcelli D. (Poitiers), Marie-Cardine M. (Lyon), Mises R. (Paris), Pequignot H. (Paris), Plantade A. (Paris), Ropert R. (Paris), Samuel-Lajeunesse B. (Paris), Scotto J.-C. (Marseille), Sechter D. (Lille), Singer L. (Strasbourg), Viillard A. (Paris), Zarifian E. (Caen).

Comité francophone

Anseau M. (Belgique), Aubut J. (Canada), Bakiri M.-A. (Algérie), Cassan Ph. (Canada), Douki S. (Tunis), Held T. (Allemagne), Lalonde P. (Canada), Moussaoui D. (Maroc), Romila A. (Roumanie), Simon Y.-F. (Belgique), Stip E. (Canada), Touari M. (Algérie).

Membres correspondants

Bertagne P., Besson J., Benkaci R., Blondiaux I., Bouaziz I., Bourdais R., Brian M., Bryois Ch., Burnat G., Caillard L., Castelain J.-P., Chaboche P., Champion M.-H., Chevrier A., Cluzel R., Cordier B., Daban M., Denis P., Desbrosse A.-M., Descarpentries E., Dupont X., Edel Y., Fleiss J., Fremont P., Gailledreau J., Gaussens J.-Ph., Gauthier B., Gignac C., Giraut X., Goudot J.-P., Gougoulis N., Guilibert E., Hirt J.-M., Houssin X., Jacquart A., Jaffre M., Jaeger M., Jeanneau A., Kahn J.-P., Kellerman N., Lana P., Lemele G., Levy-Soussan P., Lieberherr I., Lorettu L., Mairesse J., Maître A., Malapert E., Maleval J.-C., Marinov W., Maurion A., Mercuel A., Micheli V., Mirabel V., Mordelet P., Moyse B., Mury P., Muzy J., Naudet J.-B., Ouvry O., Palmyr-Virginio Jr, Pedinielli J.-L., Petitjean E., Picard J.-P., Plas J., Radat E., Rampa S., Ratti D., Robert Ph., Saint-James G., Sardas F., Serra G., Schmitt L., Sidoun P., Talagrand C., Tawil S., Tchernitcheff I., Teboul R., Terquem E., Tillos J.-P., Tisseron S., Torre Ch., Troillard A.-M., Uze J., Vidon G., Vieno J.-C., Waintraub L., Wulfman R., Zagury D., Zittoun C.

SUPPORTER
médical promotion

Publicité

Renata Laska - Susie Caron
54, bd Latour-Maubourg - 75007 Paris
Tél.: 01 45 50 23 08. Télécopie : 01 45 55 60 80

Edité par Maxmed

S.A. au capital de 40 000 €
54, bd Latour-Maubourg - 75007-Paris
Imprimerie Fabrègue, 87500 St Yrieix-la-Perche

Prix au numéro : 9,15 €

www.nervure-psy.com

Directeur de la Publication : Gérard Massé

Etude du devenir d'une population de schizophrènes paranoïdes suivis au dispensaire du secteur 28G01.

V. LOVEJOY-OLIVIER, V. DEFFEZ-CERBONESCHI, D. CHINO

Service 92G18, CHS Paul Guiraud, 94806 Villejuif Cedex

Bases de réflexion

La réflexion qui a conduit à la réalisation de cette étude repose sur plusieurs arguments.

Tout d'abord, ceux dégagés par l'étude menée par le CREDES en 1999 [1] qui mettait en avant les particularités d'un groupe de patients, bien connus des services de secteur : les schizophrènes paranoïdes. Cette étude médico-économique originale ne soulignait pas la lourdeur de leur prise en charge ou leurs difficultés, mais en cherchant à évaluer les soins psychiatriques sectorisés, elle mettait en exergue certaines particularités de ces patients qui rendaient possible leur utilisation en tant que cohorte afin d'estimer et de prévoir les besoins :

- Plus grande fiabilité du diagnostic que dans bien des cas en psychiatrie
- Forte représentativité de ces patients dans une file active sectorielle (environ 23% des prises en charge) et en concentration des dépenses (environ 33%)
- Meilleure fidélité à la prise en charge au long cours (peu de perdus de vue)
- Propension à utiliser l'ensemble des moyens proposés par un secteur

A partir de ce document, nous avons cherché à extrapoler sur l'avenir des prises en charge de ce type de patients, à l'heure de la démographie négative concernant certaines professions, acteurs importants du réseau de soins et dont l'impact exact est difficilement mesurable.

L'autre particularité de ce travail est liée au secteur sur lequel il a été effectué, le secteur 28G01 [2]. Sur ce secteur d'Eure-et-Loir qui en compte trois, on pouvait compter 0,33 lits d'hospitalisation pour 1000 habitants. La population y était à la fois urbaine et rurale et le C.M.P., ouvert depuis 1970, totalisait une file active d'environ 800 actes par an.

La singularité de ce secteur reposait sur l'absence de

structure privée d'hospitalisation à temps plein et la faible densité du secteur libéral (12 psychiatres) dans le département, ce qui amenait donc une très grande partie de la population concernée à s'adresser au réseau public.

Méthodologie de notre travail

Afin de rassembler un nombre de données suffisantes recouvrant une période significative du suivi pour un même patient, de mettre en évidence d'éventuelles corrélations et d'avoir une population suffisante pour une analyse statistique, nous avons choisi d'effectuer une étude rétrospective et actualisée à partir de l'ensemble des dossiers d'archives et de la file active du C.M.P. La sélection des dossiers qui ont été retenus pour être analysés a été faite par l'application conjointe de critères d'inclusion et d'exclusion. Les critères d'inclusion sont au nombre de trois :

- être atteint d'une schizophrénie paranoïde au sens du D.S.M.IV [2] afin que la population étudiée soit le plus homogène possible au plan diagnostique ;
- bénéficier d'un suivi au C.M.P depuis plus d'un an afin d'éviter d'éventuelles incertitudes tant diagnostiques que sur l'existence d'un réel suivi sectoriel ;
- habiter sur le secteur.

Les critères d'exclusion sont au nombre de quatre et dérivent des précédents :

- présenter un autre diagnostic ou un diagnostic incertain au sens où l'entend le D.S.M.IV de schizophrénie paranoïde ;
- ne pas habiter sur le secteur ;
- être suivi depuis moins d'un an.

Sur les 400 dossiers examinés, seuls 30 dossiers ont été retenus pour faire partie de l'échantillon définitif. Parmi les patients dont les dossiers ont été sélectionnés, onze d'entre eux étaient encore suivis sur le secteur à la date de l'étude.

ANNEXE I : Age moyen du premier acte et durée du suivi

Sexe	Nombre de patients	%	Âge moyen	Âge moyen du premier acte	Durée moyenne du suivi
Femmes	11	36,7 %	42,8	27,9	5,9
Hommes	19	63,3 %	40,9	22,8	10,0
Total	30	100 %	41,8	24,7	8,5

Méthode de travail

La sélection des données à partir de chacun des dossiers retenus a été strictement identique dans chaque cas. On a pris en compte pour la constitution de la base de données, en plus des critères diagnostiques, douze données individuellement variables disponibles au moment de l'inclusion dans l'étude dont voici la liste :

1. l'âge
2. le mois de naissance
3. le sexe
4. la catégorie socio-professionnelle
5. le statut marital
6. la date du premier acte (sera considérée soit la date de la première hospitalisation, soit celle de la première consultation).
7. le nombre total de consultations
8. les dates de consultations
9. le nombre d'hospitalisations à temps plein
10. la durée des hospitalisations
11. la date des hospitalisations à temps plein
12. la durée totale du suivi

Seuls les critères numéros 4 et 5, c'est-à-dire ceux concer-

nant la catégorie socio-professionnelle et le statut marital n'ont parfois pas été documentés.

Ces différents paramètres ont été regroupés pour former une base de données à variables multiples qui a été analysée tant longitudinalement pour chaque cas, que transversalement pour un ou plusieurs critères concernant l'ensemble de l'échantillon.

Les six derniers critères de l'ensemble de l'échantillon ont été l'objet d'une analyse multifactorielle recherchant les corrélations possibles que l'on pourrait supposer exister entre elles.

Les données ont été saisies sur un tableur sous forme de base de données plate. Les exploitations ont été réalisées par un logiciel de statistiques, qui permettait de dépouiller des enquêtes de grande taille et de personnaliser des calculs d'indices et de corrélation.

Analyse des données

L'analyse des données recueillies sur la population définie correspond aux données de la littérature internationale [3] malgré la taille de l'échantillon. Les concordances se retrou-

ANNEXE II : Correspondances socio-professionnelles

CSP	Nombre de patients	%	Âge	Âge du premier acte	Durée du suivi
Agriculteurs exploitants	0	-	-	-	-
Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	0	-	-	-	-
Cadres et professions intellectuelles supérieures	0	-	-	-	-
Professions intermédiaires	0	-	-	-	-
Employés	8	26,7 %	44,8	28,8	7,1
Ouvriers	9	30,0 %	44,8	25,7	12,7
Retraités	0	-	-	-	-
Sans activité	1	3,3 %	31,0	21,0	9,0
CSP non documentée	12	40,0 %	38,1	21,6	6,3
Total	30	100 %	41,8	24,7	8,5

ANNEXE III : Statistiques globales

patient	consultations		hospitalisations			
	nombre de consultations par patient	nombre de consultations par patient et par an	nombre d'hospitalisations par patient et par an	durée totale d'hospitalisation par patient	durée totale d'hospitalisation par patient (j)	durée moyenne d'hospitalisation par patient et par an (j)
1	54	3,4	6	0,4	178	11,1
2	31	7,8	2	0,5	77	19,3
3	22	5,5	9	2,3	230	57,5
4	6	3,0				
5	7	0,8	39	4,3	1194	132,7
6	11	5,5	2	1,0	62	31,0
7	41	6,8	1	0,2	45	7,5
8	14	3,5	2	0,5	36	9,0
9	18	1,5	6	0,5	438	36,5
10	10	1,7	3	0,5	63	10,5
11	18	9,0	1	0,5	25	12,5
12	7	7,0	3	3,0	79	79,0
13	13	2,6	3	0,6	181	36,2
14	40	5,7	9	1,3	674	96,3
15	36	12,0	1	0,3	44	14,7
16	36	9,0	3	0,8	151	37,8
17	7	7,0	3	3,0	82	82,0
18	26	3,7	22	3,1	1300	185,7
19	124	4,6	12	0,4	315	11,7
20	16	16,0	2	2,0	50	50,0
21	143	7,5	7	0,4	648	34,1
22	23	11,5	5	2,5	104	52,0
23	65	9,3	6	0,9	227	32,4
24	82	10,3				
25	49	6,1	4	0,5	22	2,8
26	55	2,8	65	3,3	1980	99,0
27	55	7,9	2	0,3	170	24,3
28	401	14,9	31	1,1	2667	98,8
29	307	12,3	8	0,3	1942	77,7
30	174	19,3	2	0,2	83	9,2
Total	63	7,4	9	1,1	467	53,3

vent tant globalement (70% des premiers actes avant 30 ans) qu'en terme de sex-ratio de l'incidence (incidence plus précoce chez les hommes) et en durée du suivi (cf. annexe D).

La situation maritale et socio-professionnelle n'est pas toujours bien documentée, on peut cependant remarquer par rapport aux données I.N.S.E.E [4] (cf. annexe II) que les patients ayant une activité professionnelle ont un âge de premier acte plus élevée et que les ouvriers ont une durée de suivi plus importante.

L'analyse des liens entre hospitalisation et consultation, quand l'on considère leur fréquence, leur nombre ou leur durée, a montré de grands écarts individuels (annexe III). Il existe une certaine influence du sexe sur les durées an-

nuelles d'hospitalisation (annexe IV) et des volontés économique-politiques (annexes V et VI) sur la durée d'hospitalisation et le nombre de consultations. Devant des résultats aussi peu parlant en termes statistiques, nous avons effectué une analyse multifactorielle sous forme d'un graphique de dispersion synthétique de paramètres recueillis au cours de cette étude sur l'ensemble de l'échantillon.

Résultats

Ce graphique de dispersion comporte deux axes principaux : un axe d'abscisse représentant le nombre de consultations par an et par patient et un axe des ordonnées où seront figurées les durées moyennes d'hospitalisation par année.

Chacun des points obtenus représente donc un patient défini par sa durée moyenne annuelle d'hospitalisation et son nombre de consultations par an.

Les deux axes additionnels représentent l'un la durée moyenne annuelle d'hospitalisation pour l'échantillon et l'autre le nombre moyen de consultations par an de ce même échantillon. C'est ainsi que l'intersection signifie à la fois la durée d'hospitalisation moyenne par an et le nombre moyen de consultations (annexe VII).

La dispersion des points tout autour des axes montre que dans notre échantillon, il n'a pas pu être démontré l'existence d'un lien simple entre temps moyen passé à l'hôpital et nombre de consultations.

La dispersion des points s'est faite sur l'ensemble du champ, sans agrégats ayant pu solliciter une interprétation particu-

lière. Dans les quatre secteurs du champ, ont été répartis 36%, 33%, 23%, 10% de l'échantillon.

Les groupes les plus importants concernaient :

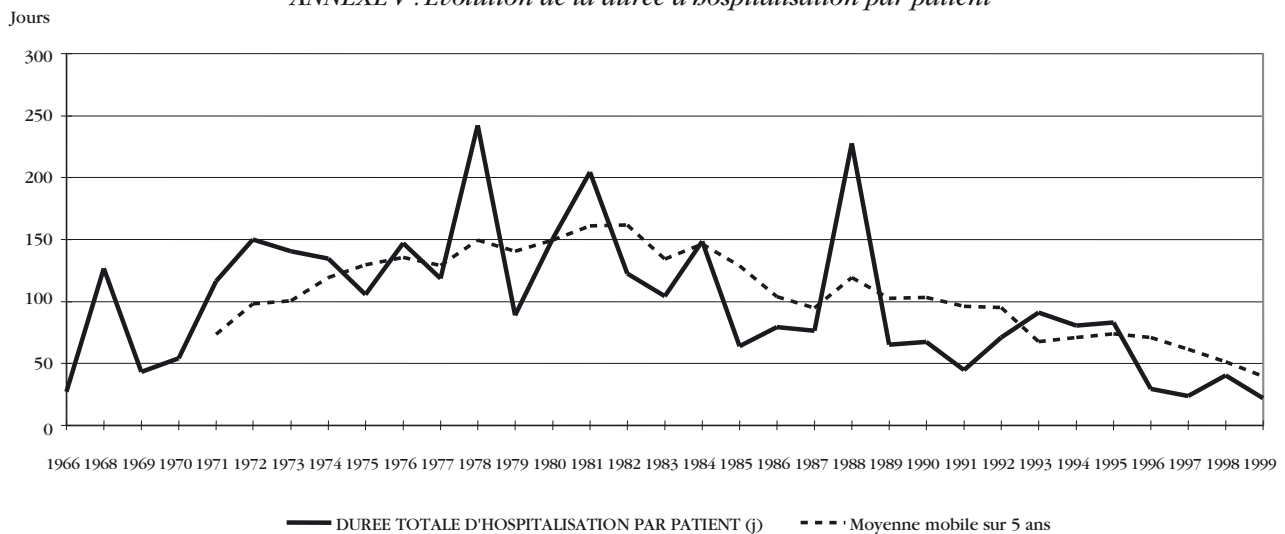
- pour le premier (36%), la partie de l'échantillon ayant un grand nombre de consultations annuelles, le plus petit nombre et la plus faible durée d'hospitalisation.
- pour le second (33%), ceux ayant le plus faible nombre de consultations annuelles mais la plus forte durée de séjour (sinon le plus grand nombre d'hospitalisations annuelles).

Le coefficient de détermination R2 avait été déterminé avec un résultat particulièrement faible (R=0.01). Cela est donc significatif de l'absence de corrélation dans cet échantillon.

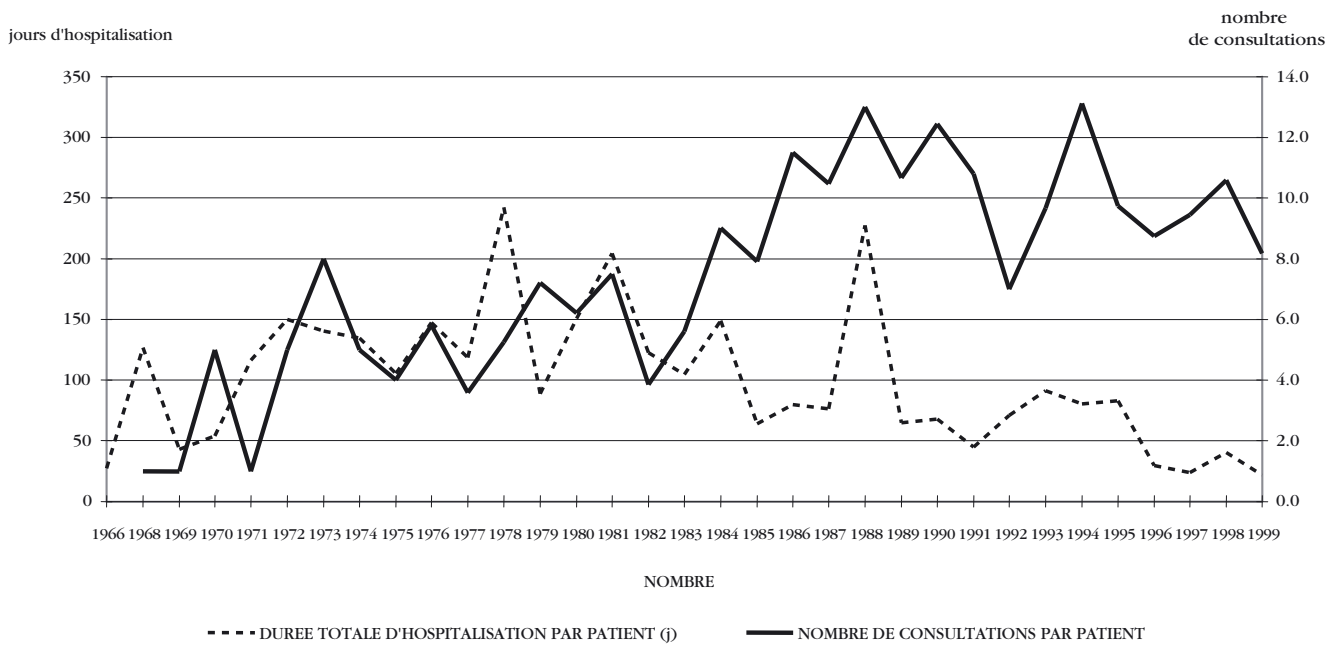
ANNEXE IV : Statistiques selon le sexe

	Âge moyen	Âge moyen du premier acte	Durée moyenne du suivi
Nombre de patients	11	19	30
Nombre de consultations par patients	45	73	63
Nombre de consultations par patient et par an	7,6	7,3	7,4
Nombre d'hospitalisations par patient	3	12	9
Nombre d'hospitalisations par patient et par an	0,5	1,2	1,1
Durée moyenne d'hospitalisation par patiente et par an (i)	23,7	62,3	63,3

ANNEXE V : Evolution de la durée d'hospitalisation par patient



ANNEXE VI : Evolution comparée de la durée d'hospitalisation par patient et du nombre de consultations par patient



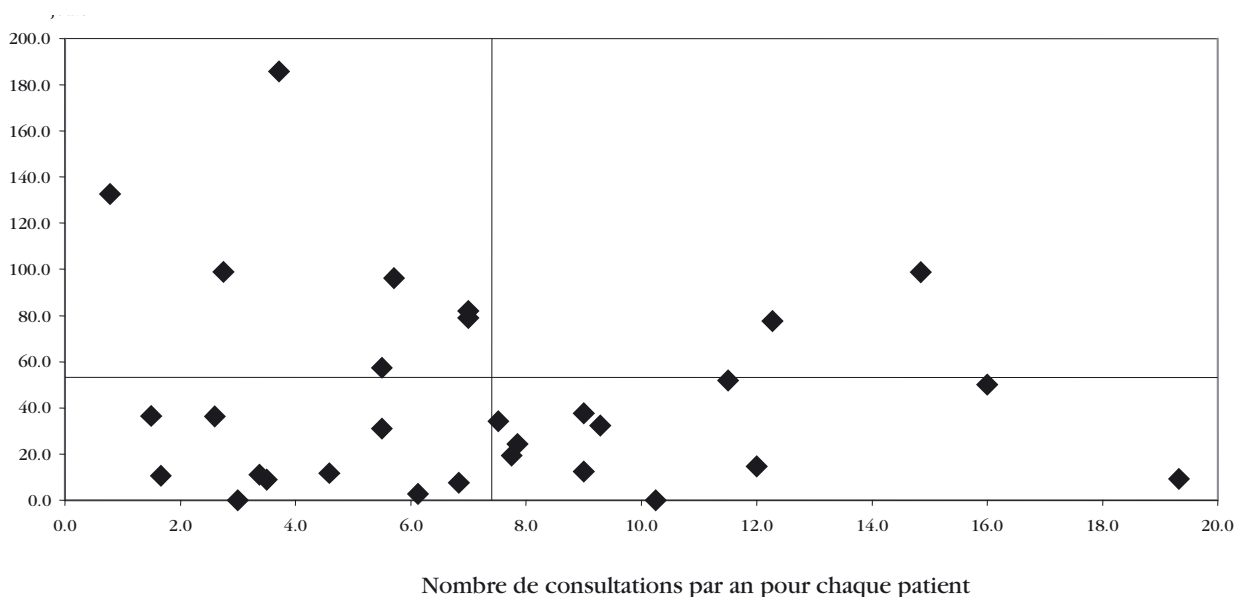
Discussion

A l'aide de cette étude, on a pu démontrer qu'on pouvait retrouver les mêmes résultats au sein d'une population de secteur que dans des études internationales, tant en termes démographiques qu'en incidence dans la population générale ou en durée de suivi. Le fait qu'il n'existe pas de réponse simple dans la prise en charge des patients les plus gravement handicapés et qu'une hypothèse simple comme « si on

hospitalise moins et moins longtemps, on consultera plus » n'a pas été démontrable. Cela nous a fait percevoir la complexité d'un certain type de prise en charge qui ne dépend pas uniquement de l'offre proposée et du lien créé mais aussi du patient avec sa propre trajectoire historique, familiale.

A l'époque actuelle où la tendance est à encenser la normalité et à accentuer l'exclusion, où les acteurs formés se font rares, on a voulu démontrer, en s'appuyant sur cette étude

ANNEXE VII : La cartographie des patients étudiés



réalisée dans un secteur français, que la réponse ne pouvait être pensée uniquement en termes de consultations et d'hospitalisation.

L'absence de corrélation entre hospitalisation et consultation sur des longues périodes de suivi nous désigne d'autres pistes d'avenir (association de patients,...). Il est important d'être novateur. Si l'on a pu démontrer une homogénéité mondiale sur l'incidence de la maladie [4], pourquoi ne pas continuer à chercher des types de prise en charge autres, plus adaptés à la diversité des intervenants et à l'attente des patients et de leurs familles?

La faisabilité de cette étude a reposé sur au moins deux bases: le caractère remarquable du secteur 28G01 et de son chef de service, J.C.Baron, disciple de H.Ey et de Lacan et l'utilisation d'un logiciel industriel qu'on pourrait qualifier de commercial pour exploiter et traiter des données intimes, soumises au secret médical.

Des biais existent :

- un échantillon trop faible du fait des critères d'inclusion;
- le recueil de données parfois tiré d'observations lointaines;
- le diagnostic rétrospectif;
- l'observateur unique.

On a néanmoins obtenu sur cet échantillon des caractéristiques générales superposables à celles existant dans la littérature sur la schizophrénie paranoïde. L'utilisation des critères du D.S.M.IV permet d'envisager une reproductibilité de cette étude.

Conclusion et perspectives

A l'époque actuelle où consommateurs et dispensateurs de soins s'affrontent, où biologie et psychisme semblent diverger, nous avons souhaité par le biais de cette étude, utilisant des critères simples, poser la question de l'avenir des prises en charge adaptées à ces patients.

Cette étude devrait être complétée par d'autres travaux. Nous envisageons actuellement une étude prospective sur cinq ans concernant des patients schizophrènes paranoïdes et non paranoïdes afin de confirmer les résultats trouvés ici dans ce travail préparatoire.

Bibliographie

- 1) LECOMTE, BAILLON G., PELLET J. et al. *Evaluation médico-économique des soins psychiatriques sectorisés*. CREDES, 1999
- 2) SERVICE DES STATISTIQUES, DES ETUDES ET DES SYSTÈMES D'INFORMATION. *Les Secteurs de Psychiatrie Générale en 1995*. Document Statistique DGS - SESI, N° 304, 1997
- 3) DSM-IV, *Critères diagnostiques*. American Psychiatric Association, Washington DC, 1994. Traduction française par J.-D. GUELFY et al., Masson, Paris, 1996
- 4) JABLENSKI A.. *The 100-year epidemiology of schizophrénia*. Schizophr. Res., 28, 111-125, 1997
- 5) Catégories socio-professionnelles. INSEE, 1994.

Les Japonais en voyage pathologique à Paris : un modèle original de prise en charge transculturelle

A. VIALA* - H. OTA** - M.N. VACHERON* - P. MARTIN*** - F. CAROLI

Introduction

Depuis le 19^{ème} siècle, les Japonais ont idéalisé la France et tout particulièrement Paris, comme symbole culturel.

De 1860 à 1930, les voyageurs étaient surtout des étudiants voyageant en Europe pour assimiler la culture européenne, le voyage à Paris étant un symbole de richesse. Après la 2^{ème} guerre mondiale, le Japon étant sous occupation américaine, le voyage symbolisait l'assimilation de l'occidentalisation, avec l'idée selon laquelle l'Europe est à l'origine de la culture américaine. Dans les années 1970, la situation économique a permis la démocratisation du voyage, d'abord réservé aux hommes d'affaires, puis s'étendant aux couples, aux familles, souvent sous forme de voyages organisés par les entreprises, puis individuellement. Depuis quelques années, du fait de la récession économique, ce type de voyage a diminué mais pour autant, le nombre de voyageurs japonais continue à croître, comportant notamment des personnes en quête de travail ou d'insertion sociale.

Environ un million de Japonais voyagent en France chaque année. La France a le plus haut taux de patients souffrant de troubles psychopathologiques en Europe, mais c'est aussi le seul pays européen qui offre une assistance spécialisée aux Japonais dans leur propre langue : cette prise en charge est basée sur la coopération entre l'hôpital Sainte-Anne et l'ambassade du Japon à Paris.

Psychopathologie

Plusieurs enquêtes reprises par T. Kosakai [1] font apparaître que les occidentaux sont très appréciés des Japonais. Paris a, et garde, un pouvoir d'attraction quasi magique car la ville est considérée comme un symbole de la culture européenne : ce phénomène est largement amplifié par les multiples moyens médiatiques (presse, télévision, publicité) et rendu possible par ce que certains considèrent comme

un phénomène d'acculturation, dont la définition n'est pas seulement un simple transfert, mais une véritable assimilation d'une culture par un autre groupe culturel, comme l'a décrit P. Ribeyre [2].

Les principales sources d'attraction sont la culture, la langue, la littérature (bien que sans aucune racine commune), l'histoire, la visite des sites célèbres, mais aussi la musique, la danse classique, la cuisine, les beaux-arts et tout particulièrement la mode.

Les difficultés rencontrées tiennent à plusieurs problèmes :

-la barrière linguistique est sans aucun doute l'une des principales difficultés. Sans relation avec les racines latines de notre langue, de nombreuses expressions restent intraduisibles et la traduction littérale vidée de sens. Peu de Japonais parlent français et quasiment pas de Français parlent le japonais.

Ces difficultés qui peuvent créer très vite une incapacité de communication ou être sources d'erreurs grossières, entraînant sentiment d'étrangeté, angoisse, isolement, ont déjà donné lieu à des études, notamment par M. Uemoto et al. [3].

-la relation interpersonnelle peut très vite être perturbée : la sociabilité japonaise est basée sur l'appartenance à un groupe. Isolés de leur communauté, comme l'a très bien expliqué T. Doi [4], ils peuvent se réfugier dans le silence ou afficher un sourire figé comme moyen de protection, pouvant aller jusqu'à l'isolement, voire la prostration.

-le comportement : la culture latine autorise des fluctuations d'humeur et d'attitude interférant sur les comportements interindividuels, des interventions souvent

* CH Sainte-Anne, Service du Dr CAROLI - 1, rue Cabanis 75014 PARIS

** CH Sainte-Anne, Service du Pr. GUELFY - 1, rue Cabanis 75014 PARIS

*** CH, 91270 Vigneux

directes, parfois excessives, voire excentriques, qui déconcertent et peuvent être génératrices d'incompréhension et d'interprétations erronées.

-la déception liée au contact avec la réalité quotidienne est aussi un facteur d'incompréhension et d'angoisse, mais aussi de désillusion et de dépression. L'image stéréotypée de Paris, ville de consommation de produits de luxe, largement véhiculée par les sources d'informations médiatiques, ne résiste pas à la quotidienneté : nous ne sommes pas tous et toutes habillés chez les grands couturiers, notre vie n'est pas seulement oisive et culturelle, la politesse, le raffinement, la galanterie « *ont fait long feu* »... Enfin, la liberté a ses limites, somme toute pas si différentes de celles du Japon actuel.

-le surmenage enfin, lié à certains voyages professionnels ou de loisir effectués dans des temps extrêmement courts, avec des emplois du temps surchargés, peut participer, avec le jet-lag, à la déstabilisation psychologique.

Symptomatologie

Depuis 1988, 63 patients japonais ont été hospitalisés dans notre service, toujours en état aigu, le plus souvent en hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT).

Quelquefois, le patient consulte spontanément ou adressé par un praticien, mais le plus souvent il est adressé par un service d'urgence, par le Centre Psychiatrique d'Orientation et d'Accueil (CPOA) ou par l'Infirmier Psychiatrique auprès de la Préfecture de Police de Paris (IPPP), suite à des troubles du comportement majeurs.

Dans tous les cas, l'Ambassade du Japon à Paris est contactée et dès lors, le Dr Ota, psychiatre japonais conseil auprès de l'Ambassade et attaché à l'Hôpital Sainte-Anne, est appelé pour rencontrer le patient. Il décide alors de la suite à donner à la demande de soins en fonction de l'état du patient : suivi en consultation, hospitalisation.

Dès lors qu'il est hospitalisé, le patient est suivi par l'équipe soignante du service en collaboration étroite avec le Dr Ota.

Parmi les 63 patients hospitalisés, 34 étaient des femmes, 29 des hommes, âgés de 20 à 65 ans (50 % avaient entre 20 et 30 ans).

La symptomatologie à l'arrivée est souvent marquée par un caractère très aigu, voire violent, qu'il s'agisse :

- de troubles de comportement : déambulations, agitation psychomotrice, bris de voiture, chute de train, auto ou hétéro agressivité, tentative de suicide ;
- de délires : très souvent à thèmes de persécution, mégalo-maniaques, mais aussi érotomaniaques et mystiques ;
- d'états d'angoisse majeure, souvent en relation avec un état d'étrangeté, de déréalisation, de dépersonnalisation,

voire de dissociation ;

-une réticence, une opposition manifestement majorées par le décalage culturel et les difficultés de compréhension vécues dans les heures ou les jours qui ont précédé l'hospitalisation.

Les diagnostics retenus, selon les critères du DSM IV ont été :

Schizophrénie et autres troubles psychotiques	
Schizophrénie.....	23
Trouble schizophréniforme	4
Trouble schizoaffectif.....	9
Etat délirant aigu.....	11
Trouble psychotique induit par une substance toxique.....	1
Trouble de l'humeur :	
Etat dépressif majeur	4
Etat maniaque	6
Trouble dû à une affection médicale générale.....	
Trouble anxieux : phobie sociale.....	1

Les traitements utilisés comportent le plus souvent des antipsychotiques, des anxiolytiques, voire des thymorégulateurs, et les entretiens associent les médecins psychiatres et les infirmiers de l'unité de soins à la prise en charge par le Dr Ota, permettant aux patients de s'exprimer dans leur propre langue, de tenir compte de leur propre culture, mais aussi d'être rassurés sur le projet thérapeutique mis en place pour eux, avec la possibilité d'entretiens psychothérapeutiques dès que l'état du patient le permet.

La plupart des patients ne bénéficiant pas d'assurance couvrant les soins en France, leur séjour doit être aussi bref que possible et la durée moyenne de séjour les concernant a été de deux semaines.

L'Ambassade du Japon à Paris se charge de prévenir leur famille et d'organiser leur rapatriement qui, comme le soulignent C. Zittoun et al. [5], est une étape essentielle dont la préparation et la qualité de réalisation sont aussi des facteurs de soins. C'est ainsi que 28 des patients concernés sont rentrés accompagnés par un membre de leur famille venu les rejoindre à Paris, 18 sont rentrés sous forme de rapatriement sanitaire, les autres ayant été en mesure de rentrer seuls.

Discussion

La notion de voyage pathologique a été depuis la fin du 19ème siècle l'objet d'études et de controverses. On peut en effet citer les travaux de A. Foville [6] sur « *les aliénés voyageurs ou migrants* », puis de R. Benon et P. Froissart

[7] opposant « *les fugues* » et « *le vagabondage* » pour arriver à la notion de voyage pathologique introduite par M. Briand et al. [8]

Dans ses lettres à Romain Rolland, S. Freud [9] disait de la pulsion de voyager qu'elle *trouve sa cristallisation dans l'adolescence où la tentation de la fugue est la plus forte et s'enracine dans l'insatisfaction de la famille* ».

F. Caroli et G. Massé [10] distinguent en 1981 trois types de déplacement : « *le voyage pathologique simple dont la fonction est d'obéir au délire sans y être intégré, le voyage pathologique secondaire qui s'intègre au contenu du délire et le voyage pathologique pur, conjonction des deux précédents* ».

Il a été décrit que certaines destinations touristiques seraient plus propices au risque de décompensation : c'est ainsi que G. Margherini [11], psychiatre à Florence, a décrit le syndrome de Stendhal, arguant que « *l'art et le voyage favorisent l'émergence de processus inconscients* » chez un sujet placé en situation de relative déstabilisation.

Malgré la multiplication des voyages, la revue de la littérature nous a apporté peu d'informations nouvelles depuis la réunion de la Société Médico-Psychologique en avril 1993 [12] [13].

A partir de l'étude des cas cliniques des patients japonais hospitalisés dans le service à l'occasion de voyages pathologiques en France et spécialement à Paris, nous avons été amenés avec le Dr Ota [14] à distinguer deux types de voyages pathologiques : le voyage classique (type 1) et le voyage à expression retardée (type 2).

Le voyage pathologique de type 1 est lié à une pathologie psychiatrique le plus souvent du registre de la psychose, souvent schizophrénique, mais aussi de troubles de l'humeur et les relations entre manie et voyage peuvent être complexes. Il existe souvent des antécédents psychiatriques, voire d'hospitalisation. Les circonstances du voyage sont souvent étranges, sous-tendues par une activité ou une croyance délirante ; les symptômes se manifestent souvent très précocement, parfois dès l'arrivée à l'aéroport ou dans les jours suivant l'arrivée.

A titre d'exemple, citons le cas d'une patiente de 39 ans, hospitalisée en HDT pour un état aigu délirant à thème mégalomane, déclarant être venue pour devenir reine de Suède, de Finlande ou du Danemark.

La circonstance déclenchante du voyage avait été une affiche publicitaire placardée sur les murs du métro de Tokyo : « *La France vous attend* ». Elle avait alors cru que c'était une indication pour elle et avait effectué le voyage. Il s'est avéré que cette patiente, suivie depuis l'âge de 19 ans, avait déjà été hospitalisée à deux reprises pour schizophrénie. Hospitalisée pendant deux semaines, elle est rentrée accompagnée par sa famille pour poursuivre ses soins à Tokyo.

Le voyage pathologique de type 2 a la particularité de donner lieu à des manifestations pathologiques au moins trois mois après l'arrivée. La motivation du voyage n'est pas forcément bizarre, il n'y a pas forcément d'antécédent psychiatrique personnel ou familial ; il s'agit souvent de personnalités fragiles, parfois limites, ayant cherché à fuir leurs difficultés d'intégration au sein de leur propre pays, ou encore en quête d'une liberté ou d'une libération illusoire, manifestant le plus souvent une crise d'identité. Ils ont souvent rompu les liens avec leur famille, refusé une intégration jugée trop conservatrice (travail, mariage) et sont en quête d'un « ailleurs idéal », ce qui rend souvent leur prise en charge et leur retour plus compliqués.

A titre d'exemple, nous citons le cas d'un patient âgé de 30 ans, arrivé fin septembre 1994 pour étudier les Beaux-Arts à Reims. Il a en fait interrompu ses études fin 1994, est resté isolé encore deux mois à Reims, puis s'est rendu à Paris où il s'est installé dans un hôtel près de la Gare du Nord. C'est l'hôtelier qui a appelé l'Ambassade en raison de troubles du comportement sous-tendus par une activité hallucinatoire (des voix menaçaient de le tuer ainsi que sa famille), associés à une insomnie, une anorexie, une angoisse massive, une thymie dépressive. Il n'avait pas d'antécédent de suivi ni d'hospitalisation.

Enfant unique, il avait fréquenté le lycée jusqu'à 18 ans, avait fait une école de couture pendant deux ans, avait travaillé dans une société de cosmétiques pendant deux ans, puis suivi un cours de langue française pendant deux mois à Tokyo.

Depuis son arrivée, il vivait de façon très isolée, ne communiquant pas, ne parvenant pas à poursuivre ses études ni à s'intégrer au milieu étudiant environnant.

Il est rentré au Japon accompagné par son père, venu le chercher.

Conclusion

Paris reste pour les Japonais un symbole de culture occidentale et possède un pouvoir d'attraction qui, pour certains, participe d'un processus d'acculturation.

Le développement des troubles psychiatriques à l'occasion de déplacements très nombreux, dont certains sont des voyages pathologiques, nécessite des soins, souvent en urgence en raison d'états aigus, et que le décalage culturel et linguistique rend très compliqués. L'existence d'un système de soins associant un psychiatre japonais à l'équipe du service recevant les patients permet très nettement d'améliorer la qualité des soins et de limiter la durée d'hospitalisation.

Bibliographie

(1) KOSAKAI T. *Les Japonais sont-ils des occidentaux ?* Paris : L'Harmattan ; 1991.
 (2) RIBEYRE P., *Voyages pathologiques des Japonais à Paris*. Thèse de Doctorat en Médecine. Paris ; 1991.
 (3) UEMOTO M., MORIGANA N., ONISHI M. ET COLL., *Maladies mentales chez les japonais en région parisienne : à propos des voyages pathologiques et des vagabondages*. Seishin Igaku 1983 . 20 : 597.
 (4) DOI T., *Le Jeu de l'Indulgence*. Paris : L'Asiathèque ;1988.
 (5) ZITOUN C., RECASENS C. ET DANTCHEV N., *Psychopathologie et voyage : les rapatriements sanitaires psychiatriques*. Soc. Med. Psychol. 1994 ; 696-700.
 (6) FOVILLE A., *Les aliénés voyageurs ou migrants*. Ann. Med. Psychol. 1875 ; 14 : 5-45.
 (7) BENON R., FROISSART P., FUGUE ET VAGABONDAGE. *Définitions et études cliniques*. Ann. Med. Psychol. 1908 .

8 : 305-312.
 (8) BRIAND M., MOREL J., LIVEL L. *Trois cas de migrations pathologiques*. Ann. Med. Psychol. 1914 . 2 : 238.
 (9) FREUD S. *Un trouble de mémoire sur l'Acropole. Lettre à Romain Rolland*. In Résultats, Idées, Problèmes. 1936 . Tome II. P.U.F.
 (10) CAROLI F., MASSÉ G. *La notion de voyage pathologique*. Ann. Med. Psychol. 1981 ; 828-831.
 (11) MARGHERINI G. *Le syndrome de Stendhal : du voyage dans les villes d'art*. Cité in Thèse pour le Doctorat en Médecine Benoit Quirot. Aliénés migrants. 1993.
 (12) SCHARBACH H. *Errances et Voyages pathologiques*. Ann. Med. Psychol. 1993. 151, 8 : 577-580.
 (13) VERDOUX H., GOUMILLOUX R., BOURGEOIS M. *Voyages et pathologie psychiatrique : une série de 29 cas*. Ann. Med. Psychol. 1993. 151, 8 : 581-585.
 (14) OTA H. *Voyages et déplacements pathologiques des Japonais vers la France*. Nervure 1988. 6 : 12-16



Bulletin d'abonnement
 Le Journal de Nervure + La Revue

45 €*
 pour un an

75 €*
 pour 2 ans

Tarif
étudiant et internes
30 €*

*supplément étranger
 et DOM/TOM =30 €/an

Je m'abonne pour : 1 an 2 ans

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

CHÈQUE À L'ORDRE DE MAXMED à envoyer avec ce bulletin,
 54, boulevard de la Tour Maubourg, 75007 Paris
 Téléphone : 01 45 50 23 08

Je souhaite recevoir une facture acquittée justifiant de mon abonnement.

INDEX

des articles parus dans NERVURE en 2003

AUTEURS

- ABAOUB A. - Démence post-traumatique : discussion autour d'un cas - Journal, Mai : 12-13.
- ADES J. - Les facteurs prédictifs de la réponse thérapeutique aux antipsychotiques dans la schizophrénie - «Rôle du gène codant pour le récepteur sérotoninergique 5-HT 2A - 2 : 27-30
- AIRAULT R. - Mayotte. Terre d'asile sans asile - Journal, Septembre : 9-10
- AIRAULT R. - L'enfant sauvage de Nyambadao - 5 : 15-18
- ANDREUX V. - Le syndrome de Münchhausen par procuration à expression psychiatrique - 2 : 7-14
- ANDRIEU B. - Suzanne Saint - Anne Dargassies et la naissance de la néonatalogie - Journal, Avril : 14-18
- ANGEL S. - La prise en charge aujourd'hui des troubles dépressifs récidivants - 3 : 19-28
- BACQUE M.F. - L'union des oncologues et des psys - Journal, Avril : 6-7
- BALDACCIO J.-L. - La prise en charge aujourd'hui des troubles dépressifs récidivants - 3 : 19-28
- BASDEVANT A. - Comportement alimentaire et obésité - Journal, Décembre : 8-10
- BERNARD J.-C. - La vie dans les hôpitaux psychiatriques de 1947 à 1959 - Journal, Décembre : 4-7
- BISTON C. - Schizophrénie : une chasse au Dahu ? - Journal, février : 10-11
- BLED F. - Démence post - traumatique : discussion autour d'un cas - Journal, Mai : 12-13
- BOBIN E. - Tentatives de suicide à répétition : peut-on arrêter les «récidivistes» ? - 3 : 14-18
- BOE E. - Les folies privées - 1 : 34-39
- BON A. - La situation des urgences au sein des SAU (FMC) - Journal, Novembre : 1-5
- BONI Cl. - Les facteurs prédictifs de la réponse thérapeutique aux antipsychotiques dans la schizophrénie - «Rôle du gène codant pour le récepteur sérotoninergique 5-HT 2A- 2 : 27-30
- BONNIERE M. - Conséquences des agressions sexuelles chez l'adolescent - Journal, Septembre : 11-12
- BOTBOL M. - Quelle loi pour faire tiers en psychiatrie de l'adolescent - 1 : 20-22
- BOTBOL M. - La dépression, maladie de l'autonomie . Entretien avec Alain Ebreu - 3 : 35-40
- BOUDEF M. - L'accueil familial dans les pays en voie de développement : peut-on le rendre thérapeutique ? - 5 : 42-48
- BOURCIER G. - La bouche des enfants ou la psychiatrie infanto-juvénile peut-elle contribuer à penser le projet de la psychiatrie en général ? - Journal, Décembre : 15-16
- BOUSSAT B. - Les aides techniques pour les handicapés psychiques - Journal, Juin : 11-13
- BOUZIRI S. - Impromptu lacanien : entretien avec Jean-Pierre Winter - Journal, Mars : 6-7
- BRAITMAN A. - Mesures de contention sans isolement (FMC) - Journal, Avril : 1-5
- BRAITMAN A. - Antidépresseurs et troubles sexuels (FMC) - Journal, Septembre : 1-4
- BREMAUD N. - Réflexions sur «la pensée en lambeaux» dans la schizophrénie - Journal, Juin : 18-20
- CARAVELLO C. - Réflexion d'une équipe soignante en hôpital de jour - Journal, février : 10-11
- CAROLI F. - La clinique... toujours - 3 : 2
- CAROLIF. - La prise en charge aujourd'hui des troubles dépressifs récidivants - animation de la table ronde - 3 : 19-28
- CARRIERE P. - Psychiatrie transculturelle au sein d'un secteur de santé mentale : pour quoi faire ? - 5 : 9-14
- CATHALA F. - Réflexion d'une équipe soignante en hôpital de jour - Journal, février : 10-11
- CHABANNES J.-P. - Grandeurs et servitudes du réseau en psychiatrie : l'exemple de la schizophrénie - Journal, Juin : 8-10
- CHABANNES J.P. - A propos des troubles du sommeil en psychiatrie (FMC) - Journal, Décembre : 1-3
- CHABROL H. - Le syndrome de Münchhausen par procuration ou déni à deux de sévices à enfant ? - 2 : 3
- CHEBILI S. - Démence post - traumatique : discussion autour d'un cas - Journal, Mai : 12-13
- CHEREF S. - Psychiatrie transculturelle au sein d'un secteur de santé mentale : pour quoi faire ? - Journal, Mai : 18
- CHEREF S. - Les limites de la psychiatrie de liaison - 4 : 14-17
- CHERER B. - Impromptu lacanien : entretien avec Jean - Pierre Winter - Journal, Mars : 6-7
- CHRISTAU B. - Notion de vulnérabilité de la schizophrénie (FMC) - Journal février : 1-5
- CLOT - DUBRET L. - Rechutes et récurrences des états dépressifs chez les personnes âgées - 3 : 29-34
- CONTEJEAN Y. - Le syndrome de Münchhausen par procuration à expression psychiatrique - 2 : 7-14
- CONTEJEAN Y. - La schizophrénie infantile (FMC) - Journal, Juin - 1 : 6
- CORDIER B. - Information du patient en psychiatrie - Journal Novembre - 8 : 12
- COSSERON Fl. - Adolescence, psychopathologie et adoption, quelles singularités ? - Journal, février : 16
- CURA O. - Grandeurs et servitudes du réseau en psychiatrie : l'exemple de la schizophrénie - Journal, Juin : 8-10
- D'ACREMONT G. - Syndrome de Münchhausen par procuration : point de vue des pédiatres - 2 : 15-17
- DARDENNE Ph. - Une action de séparation - 1 : 14-19
- DE BORTOLI L. - Préliminaires - 5 : 36-37
- DELAGE I. - Acupuncture et psychothérapie : d'une trinité à l'autre. Entretien avec Anh Phan - Journal, Décembre : 12-14
- DELAGE M. - Devenir père et vivre en famille - 5 - 19 - 27
- DORMOY O. - Réflexion sur la problématique du psychiatre et du sujet dans l'expertise ethnopsychiatrique pénale - 4 : 18-25
- DOUNIOL M. - Diagnostic de la personnalité borderline à l'adolescence : revue de la littérature (FMC) - Journal, Mars : 2-3
- EBREU A. - La dépression, maladie de l'autonomie ? Entretien réalisé par Michel Botbol - 3 : 35-40
- EDEL Y. - Frankl, homme et son temps - Journal, Octobre : 5-6
- FOSSATI P. - Rémission, guérison, rechute et récurrence des épisodes dépressifs majeurs : définitions et conséquences pour

- la durée des traitements - 3 : 3-6
- FRADI I. - Réflexion sur la problématique du psychiatre et du sujet dans l'expertise ethnopsychiatrique pénale - 4 : 18-25
- GALLOIS E. - Les maladies mentales de l'enfance à l'âge adulte - Journal, Octobre : 14
- GARNIER B. - D'un «suivi adolescent» à un «suivi adulte» - 1 : 40-43
- GAYARD S. - Le temps du regard... et celui de la voix - 5 : 28-31
- GIRET d'ORSAY G. - Psychiatrie transculturelle au sein d'un secteur de santé mentale : pour quoi faire ? - 5 : 9-14
- GODET P.F. - Fonctions du secret - Aspects cliniques et réglementaires - Journal, février : 8 : 9
- GODET P.F. - La structure du dossier hospitalier en psychiatrie face aux nouvelles exigences - Journal, Mai : 8-11
- GODET P.F. - La communication au patient des informations de son dossier psychiatrique - Journal, Septembre : 13-15
- GODET P.F. - La question des «notes personnelles» en institutions psychiatriques - Journal, Octobre : 7
- GORWOOD Ph. - Les facteurs prédictifs de la réponse thérapeutique aux antipsychotiques dans la schizophrénie - «Rôle du gène codant pour le récepteur sérotoninergique 5-HT 2A- 2 : 27-30
- GOUEMAND M. - Alix Joffroy, un psychiatre oublié - Journal, Novembre : 6-7
- GRANGER B. - Phénoménologie de sentiments corporels - Journal, Avril : 11
- GUEDJ M.J. - La psychiatrie de l'adolescent reproduit l'histoire de la psychiatrie - 1 : 5
- GUEDJ M.J. - Mesures de contention sans isolement (FMC) - Journal, Avril - 1 : 5
- GUEDJ M.J. - Personnalité paranoïaque et syndrome de Münchhausen : une singulière histoire d'acide - 2 : 24-26
- GUEDJ M.J. - Entretien avec Thierry Jonquet - 2 : 31-33
- GUEDJ M.J. - Les épisodes dépressifs de l'adolescence - 3 : 7-13
- GUILLIN O. - La prise en charge aujourd'hui des troubles dépressifs récidivants - 3 : 19-28
- HAMDANI N. - Les facteurs prédictifs de la réponse thérapeutique aux antipsychotiques dans la schizophrénie - «Rôle du gène codant pour le récepteur sérotoninergique 5-HT 2A- 2 : 27-30
- HAMON M. - Les facteurs prédictifs de la réponse thérapeutique aux antipsychotiques dans la schizophrénie - «Rôle du gène codant pour le récepteur sérotoninergique 5-HT 2A- 2 : 27-30
- HAU I. - Syndrome de Münchhausen par procuration : point de vue des pédiatres - 2 : 15-17
- HUBERT H. - Transsexualité et adolescence - 2 : 38-43
- HUERRE P. - Conséquences des agressions sexuelles chez l'adolescent - Journal, Septembre : 11-12
- HUREIKI J. - Réflexion sur la problématique du psychiatre et du sujet dans l'expertise ethnopsychiatrique pénale - 4 : 18-25
- HUTEAU M. - Edouard Toulouse et la criminologie - Journal, Mars : 12-15
- JANIN A.C. - La persécution dans les dépressions à L'île de la Réunion. Approche ethnopsychiatrique et conséquences nosographiques - Journal, Juin : 16
- JONAS C. - Les hommes aussi... - 2 : 18-19
- JONQUET Th. - Entretien réalisé par M.J. Guedj - 2 : 31-33
- KANNAS S. - Entretien avec John Strauss - Journal, février : 6-7
- KAPSAMBELIS V. - La prise en charge aujourd'hui des troubles dépressifs récidivants - 3 : 19-28
- KOCHMAN F. - Hyperactivité avec déficit de l'attention - Journal, Octobre : 18
- LACHAUX B. - Les nouveaux enjeux médico-légaux en psychiatrie - Journal, Mars : 8-11
- LACHAUX B. - Les nouveaux enjeux médico-légaux en psychiatrie (suite) - Journal, Avril : 8-10
- LACHAUX B. - Information du patient en psychiatrie - Journal, Novembre : 8-12
- LAFONT M. - Réflexion d'une équipe soignante en hôpital de jour - Journal, février : 10-11
- LAZAROVICI R. - Les folies privées - 1 : 34-39
- LE GAL F. - La folie de Dieu. Entretien réalisé par Serge Tribolet - Journal, Novembre : 12
- LE HEUZEY M.-F. - Syndrome de Münchhausen par procuration - 2 : 20-23
- LE LOHER P. - S'inscrire dans l'adolescence quand les parents sont psychotiques - 1 : 7-9
- LEMERLE S. - Syndrome de Münchhausen par procuration : point de vue des pédiatres - 2 : 15-17
- LEMOGNE C. - Mémoire et dépression (FMC) - Journal, Mai : 1-3
- LESIEUR Ph. - Entretien avec John Strauss - Journal, février : 6-7
- LESIEUR Ph. - Psychiatrie transculturelle au sein d'un secteur de santé mentale : pour quoi faire ? - 5 : 9-14
- LESUR A. - Psychiatrie transculturelle au sein d'un secteur de santé mentale : pour quoi faire ? - 5 : 9-14
- LIETAER F. - Réflexion d'une équipe soignante en hôpital de jour - Journal, février : 10-11
- MAES S. - Le passage à l'acte comme outil thérapeutique en milieu institutionnel - 1 : 23-25
- MARTINEAU C. - Schizophrénie et prévention du suicide : étude intersept - Journal, Mars : 16
- MASCLET J. - Intérêt des antipsychotiques atypiques chez les personnes âgées - Journal, Octobre : 20-21
- MASCLET L. - Efficacité antipsychotique et tolérance métabolique : l'aripiprazole module l'activité dopaminergique - Journal, Septembre : 18-19
- MASSARDIER L. - Réflexion sur la problématique du psychiatre et du sujet dans l'expertise ethnopsychiatrique pénale - 4 : 18-25
- MASSE G. - La prise en charge aujourd'hui des troubles dépressifs récidivants - animation de la table ronde - 3 : 19-28
- MASSE G. - Rechutes et récurrences des états dépressifs chez les personnes âgées - 3 : 29-34
- MASSE G. - La catastrophe sanitaire de cet été... - 4 : 5
- MATHIEU - CURA C. - Grandeurs et servitudes du réseau en psychiatrie : l'exemple de la schizophrénie - Journal, Juin : 8-10
- MEDOUZE F. - Accidents vasculaires cérébraux et dépression (FMC) - Journal, Octobre - 1 : 4
- MELE E. - Jeanne et ses sirènes - Journal, Juin : 7
- MENAGER E. - La schizophrénie infantile (FMC) - Journal, Juin : 1-6
- MERCUEL A. - Les limites de la psychiatrie de liaison - 4 : 14-17
- MONTAULOY M.-C. - La gastroplastie verticale calibrée modifie-t-elle la qualité de vie des obèses ? - 4 : 9-13
- MONTFORT J.-C. - Rechutes et récurrences des états dépressifs chez les personnes âgées - 3 : 29-34

- MONTFORT J.-C. - La catastrophe sanitaire de cet été... - 4 : 5
- MORALES D. - De l'attente à la hâte - 5 : 38-41
- MORENON J. - Alcoolisme et langage: hypothèse sur la tardive et difficile acceptation d'une cure - 4 : 26-27
- MORENON J. - La vie dans les hôpitaux psychiatriques de 1947 à 1959 - Journal, Décembre : 4-7
- MOTTET G. - La Métapsychologie selon Léon Daudet - Journal, Septembre : 5-8
- ODIER S. - La fin de l'asile d'aliénés dans le Rhône et l'Isère (1930-1960) - Journal, Mai : 4-7
- OELSNER A. - Clinique de prévention des conduites à risque en milieu scolaire - 1 : 10-13
- ONOFRIO G.B. - Problèmes diagnostiques chez les adolescents - Journal, février : 14-15
- PALAZZOLO J. - A propos des troubles du sommeil en psychiatrie (FMC) - Journal, Décembre : 1-3
- PARADAS Ch. - Le silence des volutes. Chroniques harpocratiques N° XVII - Journal, Novembre : 7
- PASCUAL J.F. - La prise en charge des détenus toxicomanes - 4 : 33-41
- PEREA F. - Alcoolisme et langage: hypothèse sur la tardive et difficile acceptation d'une cure - 4 : 26-27
- PERRIOT G. - Grandeurs et servitudes du réseau en psychiatrie: l'exemple de la schizophrénie - Journal, Juin : 8-10
- PETKOV V. - Intérêt et utilisation des antipsychotiques de seconde génération - Journal février - 18 - 19
- PETRISSANS J.L. - Les aides techniques pour les handicapés psychiques - Journal, Juin : 11-13
- PHAN A. - Acupuncture et psychothérapie: d'une trinité à l'autre. Entretien réalisé par Isabelle Delage - Journal, Décembre : 12-14
- PIEGAY C. - La communication au patient des informations de son dossier psychiatrique - Journal, Septembre : 13-15
- PIEGAY C. - La question des «notes personnelles» en institutions psychiatriques - Journal, Octobre : 7
- PLAS J. - Intérêt des antipsychotiques atypiques chez les personnes âgées - Journal, Octobre : 20-21
- PLAS J. - Les limites de la psychiatrie de liaison - 4 : 14-17
- PRADO DE OLIVEIRA L. - Le transfert, le médicament - 5 : 32-35
- REINERT Ph. - Syndrome de Münchhausen par procuration: point de vue des pédiatres - 2 : 15-17
- RENAUD M. - Une unité d'accueil et de soins intensifs en pédo-psychiatrie de l'adolescent - 1 : 26-29
- REYRE A. - Les nouveaux défis de la maladie d'Alzheimer - Journal, Mars : 16
- RIST B. - Le syndrome de Münchhausen par procuration à expression psychiatrique - 2 : 7-14
- ROUBINI A. - Une unité d'accueil et de soins intensifs en pédo-psychiatrie de l'adolescent - 1 : 26-29
- ROUILLON F. - Psychiatrie transculturelle au sein d'un secteur de santé mentale: pour quoi faire? - 5 : 9-14
- SAMUELIAN J.C. - Arthur Tatossian et la phénoménologie des psychoses - Journal, février : 12-13
- SARFATI Y. - Tentatives de suicide à répétition: peut-on arrêter les «récidivistes»? - 3 : 14-18
- SENON J.L. - Information du patient en psychiatrie - Journal, Novembre : 8-12
- SIMON F. - Devenir père et vivre en famille - 5 : 19-27
- SPADONE C. - La prise en charge aujourd'hui des troubles dépressifs récidivants - 3 : 19-28
- SPADONE C. - Les arbres de décision de prise en charge des troubles dépressifs sont-ils pertinents? - 3 : 41-47
- STRAUSS J. - Entretien réalisé par Ph. Lesieur et S. Kannas - Journal, février : 6-7
- SUISSA A.J. - Jeux de hasard et enjeux psychosociaux en Amérique du Nord. Repères sociohistoriques - Journal, Octobre : 8-11
- TATOSSIAN J. - Arthur Tatossian et la phénoménologie des psychoses - Journal, février : 12-13
- THEODORE F. - Démence post-traumatique: discussion autour d'un cas - Journal, Mai : 12-13
- THUILE J. - Le syndrome de Münchhausen par procuration à expression psychiatrique - 2 : 7-14
- TRIANA - MESEGUER O. - Un, deux, trois adolescents: une proposition institutionnelle - 2 : 34-37
- TRIBOLET S. - Temps et sida Entretien avec Catherine Zittoun - Journal, Septembre : 8
- TRIBOLET S. - La folie de Dieu. Entretien avec Frédéric Le Gal - Journal, Novembre : 12
- TUSET A. - D'un «suivi adolescent» à un «suivi adulte» - 1 : 40-43
- TYRODE Y. - Information du patient en psychiatrie - Journal, Novembre : 8-12
- VACHERON M.-N. - Traitement des épisodes maniaques dans les troubles bipolaires - Journal, Mai : 14-15
- VACHERON M.-N. - L'aripiprazole: intérêt dans la prise en charge au long cours de la schizophrénie - Journal, Octobre : 16-17
- VACHERON M.-N. - Les limites de la psychiatrie de liaison - 4 : 14-17
- VERSAPUECH P. - Pointillés ou les rapports de l'interné avec l'extérieur - 4 : 42-55
- VINOGRADO M.-A. - Singularité de la rencontre avec l'adolescent. Implications dans un dispositif de soins ambulatoires - 1 : 30-33
- VORSPAN F. - Rémission, guérison, rechute et récurrence des épisodes dépressifs majeurs: définitions et conséquences pour la durée des traitements - 3 : 3-6
- VULTAGGIO - LUCAS R. - Un point de vue sur la psychiatrie fin 2003 - Journal, Décembre : 11
- WINTER J.-P. - Entretien avec S. Bourizi et B. Cherer - Journal, Mars : 6-7
- WISS M. - Une action de séparation - 1 : 14-19
- ZITTOUN C. - Temps et sida. Entretien réalisé par Serge Tribolet - Journal, Septembre : 8

THEMES

ADDICTION

- Comportement alimentaire et obésité - Journal Décembre / 8-10
- Alcoolisme et langage: hypothèse sur la tardive et difficile acceptation d'une cure - 4 : 26-27
- La prise en charge des détenus toxicomanes - 4 : 33-41
- Alcoolisme et langage: hypothèse sur la tardive et difficile acceptation d'une cure - 4 : 26-27

EPISTÉMOLOGIE

- La dépression, maladie de l'autonomie. Entretien avec Alain Ebrenberg - 3 : 35-40
- Réflexions sur «la pensée en lambeaux»

dans la schizophrénie - Journal, Juin : 18-20
 Devenir père et vivre en famille - 5 : 19-27
 La dépression, maladie de l'autonomie ? Entretien réalisé par Michel Botbol - 3 : 35-40
 Phénoménologie de sentiments corporels - Journal, Avril : 11
 La folie de Dieu. Entretien réalisé par Serge Tribolet - Journal, Novembre : 12
 Devenir père et vivre en famille - 5 : 19-27
 Temps et sida Entretien avec Catherine Zittoun - Journal, Septembre : 8
 La folie de Dieu. Entretien avec Frédéric Le Gal - Journal, Novembre : 12
 Temps et sida. Entretien réalisé par Serge Tribolet - Journal, Septembre : 8

ETHNOPSYCHIATRIE

Mayotte. Terre d'asile sans asile - Journal, Septembre : 9-10
 L'enfant sauvage de Nyambadao - 5 : 15-18
 Psychiatrie transculturelle au sein d'un secteur de santé mentale: pour quoi faire ? - Journal, Mai : 18
 La persécution dans les dépressions à L'île de la Réunion. Approche ethnopsychiatrique et conséquences nosographiques - Journal, Juin : 16
 Jeux de hasard et enjeux psychosociaux en Amérique du Nord. Repères socio-historiques - Journal, Octobre : 8-11

HISTOIRE DE LA PSYCHIATRIE

La vie dans les hôpitaux psychiatriques de 1947 à 1959 - Journal, Décembre : 4-7
 Frankl, homme et son temps - Journal, Octobre : 5-6
 Alix Joffroy, un psychiatre oublié - Journal, Novembre : 6-7
 Edouard Toulouse et la criminologie - Journal, Mars : 12-15
 Entretien avec John Strauss - Journal, février : 6-7
 Entretien avec John Strauss - Journal février : 6-7
 La vie dans les hôpitaux psychiatriques de 1947 à 1959 - Journal, Décembre : 4-7
 La fin de l'asile d'aliénés dans le Rhône et l'Isère (1930-1960) - Journal, Mai : 4-7
 Arthur Tatossian et la phénoménologie

des psychoses - Journal février : 12-13
 Entretien réalisé par Ph. Lesieur et S. Kannas - Journal, février : 6-7
 Arthur Tatossian et la phénoménologie des psychoses - Journal février : 12-13
 Pointillés ou les rapports de l'interné avec l'extérieur - 4 : 42-55
 Un point de vue sur la psychiatrie fin 2003 - Journal, Décembre : 11

LÉGISLATION

Information du patient en psychiatrie - Journal, Novembre : 8-12
 Réflexion sur la problématique du psychiatre et du sujet dans l'expertise ethnopsychiatrique pénale - 4 : 18-25
 Réflexion sur la problématique du psychiatre et du sujet dans l'expertise ethnopsychiatrique pénale - 4 : 18-25
 Fonctions du secret - Aspects cliniques et réglementaires - Journal, février : 8-9
 La structure du dossier hospitalier en psychiatrie face aux nouvelles exigences - Journal, Mai : 8-11
 La communication au patient des informations de son dossier psychiatrique - Journal, Septembre : 13-15
 La question des «notes personnelles» en institutions psychiatriques - Journal, Octobre : 7
 Réflexion sur la problématique du psychiatre et du sujet dans l'expertise ethnopsychiatrique pénale - 4 : 18-25
 Les nouveaux enjeux médico-légaux en psychiatrie - Journal Mars : 8-11
 Les nouveaux enjeux médico-légaux en psychiatrie (suite) - Journal, Avril : 8-10
 Information du patient en psychiatrie - Journal, Novembre : 8-12
 Réflexion sur la problématique du psychiatre et du sujet dans l'expertise ethnopsychiatrique pénale - 4 : 18-25
 La communication au patient des informations de son dossier psychiatrique - Journal, Septembre : 13-15
 La question des «notes personnelles» en institutions psychiatriques - Journal, Octobre : 7
 Information du patient en psychiatrie - Journal, Novembre : 8-12
 Information du patient en psychiatrie - Journal, Novembre : 8-12

LITTÉRATURE
 Entretien avec Thierry Jonquet - 2 : 31-33
 Entretien réalisé par M.J. Guedj -

2 : 31-33
 La Métapsychologie selon Léon Daudet - Journal Septembre : 5-8

PSYCHANALYSE

Impromptu lacanien: entretien avec Jean-Pierre Winter - Journal, Mars : 6-7
 Impromptu lacanien: entretien avec Jean-Pierre Winter - Journal, Mars : 6-7
 Préliminaires - 5 : 36-37
 Le temps du regard... et celui de la voix - 5 : 28-31
 De l'attente à la hâte - 5 : 38-41
 Le transfert, le médicament - 5 : 32-35
 Entretien avec S. Bourizi et B. Cherer - Journal, Mars : 6-7

PSYCHIATRIE DE L'ADOLESCENT

Les folies privées - 1 : 34-39
 Conséquences des agressions sexuelles chez l'adolescent - Journal, Septembre : 11-12
 Quelle loi pour faire tiers en psychiatrie de l'adolescent - 1 : 20-22
 Adolescence, psychopathologie et adoption, quelles singularités ? - Journal, février : 16
 Une action de séparation - 1 : 14-19
 Diagnostic de la personnalité borderline à l'adolescence: revue de la littérature (FMC) - Journal, Mars : 2-3
 D'un «suivi adolescent» à un «suivi adulte» - 1 : 40-43
 La psychiatrie de l'adolescent reproduit l'histoire de la psychiatrie - 1 : 5
 Les épisodes dépressifs de l'adolescence - 3 : 7-13
 Transsexualité et adolescence - 2 : 38-43
 Conséquences des agressions sexuelles chez l'adolescent - Journal, Septembre : 11-12
 Les folies privées - 1 : 34-39
 S'inscrire dans l'adolescence quand les parents sont psychotiques - 1 : 7-9
 Le passage à l'acte comme outil thérapeutique en milieu institutionnel - 1 : 23-25
 Clinique de prévention des conduites à risque en milieu scolaire - 1 : 10-13
 Problèmes diagnostiques chez les adolescents - Journal, février : 14-15
 Intérêt et utilisation des antipsychotiques de seconde génération - Journal, février : 18-19
 Une unité d'accueil et de soins intensifs

en pédo-psychiatrie de l'adolescent - 1 : 26-29

Une unité d'accueil et de soins intensifs en pédo-psychiatrie de l'adolescent - 1 : 26-29

Un, deux, trois adolescents: une proposition institutionnelle - 2 : 34-37

D'un «suivi adolescent» à un «suivi adulte» - 1 : 40-43

Singularité de la rencontre avec l'adolescent. Implications dans un dispositif de soins ambulatoires - 1 : 30-33

Une action de séparation - 1 : 14-19

PSYCHIATRIE DE L'ADULTE

Schizophrénie: une chasse au Dahu ? - Journal février : 10-11

Tentatives de suicide à répétition: peut-on arrêter les «récidivistes»? - 3 : 14-18

L'accueil familial dans les pays en voie de développement: peut-on le rendre thérapeutique ? - 5 : 42-48

La clinique... toujours - 3 : 2

Psychiatrie transculturelle au sein d'un secteur de santé mentale: pour quoi faire ? - 5 : 9-14

A propos des troubles du sommeil en psychiatrie (FMC) - Journal, Décembre : 1-3

Notion de vulnérabilité de la schizophrénie (FMC) - Journal, février : 1-5

Rechutes et récurrences des états dépressifs chez les personnes âgées - 3 : 29-34

Psychiatrie transculturelle au sein d'un secteur de santé mentale: pour quoi faire ? - 5 : 9-14

Personnalité paranoïaque et syndrome de Münchhausen: une singulière histoire d'acide - 2 : 24-26

Les hommes aussi... - 2 : 18-19

Mémoire et dépression (FMC) - Journal, Mai : 1-3

Psychiatrie transculturelle au sein d'un secteur de santé mentale: pour quoi faire ? - 5 : 9-14

Psychiatrie transculturelle au sein d'un secteur de santé mentale: pour quoi faire ? - 5 : 9-14

Rechutes et récurrences des états dépressifs chez les personnes âgées - 3 : 29-34

Rechutes et récurrences des états dépressifs chez les personnes âgées - 3 : 29-34

A propos des troubles du sommeil en psychiatrie (FMC) - Journal, Décembre : 1-3

Psychiatrie transculturelle au sein d'un secteur de santé mentale: pour quoi

faire ? - 5 : 9-14

Tentatives de suicide à répétition: peut-on arrêter les «récidivistes»? - 3 : 14-18

Les arbres de décision de prise en charge des troubles dépressifs sont-ils pertinents ? - 3 : 41-47

PSYCHIATRIE DE L'ENFANT

Le syndrome de Münchhausen par procuration à expression psychiatrique - 2 : 7-14

La bouche des enfants ou la psychiatrie infanto-juvénile peut-elle contribuer à penser le projet de la psychiatrie en général ? - Journal, Décembre : 15-16

Le syndrome de Münchhausen par procuration ou déni à deux de sévices à enfant ? - 2-3

Le syndrome de Münchhausen par procuration à expression psychiatrique - 2 : 7-14

La schizophrénie infantile (FMC) - Journal, Juin : 1-6

Syndrome de Münchhausen par procuration: point de vue des pédiatres - 2 : 15-17

Syndrome de Münchhausen par procuration: point de vue des pédiatres - 2 : 15-17

Syndrome de Münchhausen par procuration - 2 : 20-23

Syndrome de Münchhausen par procuration: point de vue des pédiatres - 2 : 15-17

La schizophrénie infantile (FMC) - Journal, Juin : 1-6

Syndrome de Münchhausen par procuration: point de vue des pédiatres - 2 : 15-17

Le syndrome de Münchhausen par procuration à expression psychiatrique - 2 : 7-14

Le syndrome de Münchhausen par procuration à expression psychiatrique - 2 : 7-14

SECTEUR DE PSYCHIATRIE GÉNÉRALE

La situation des urgences au sein des SAU (FMC) - Journal, Novembre : 1-5

Les aides techniques pour les handicapés psychiques - Journal, Juin : 11-13

Réflexion d'une équipe soignante en hôpital de jour - Journal, février : 10-11

Réflexion d'une équipe soignante en hôpital de jour - Journal, février : 10-11

Grandeurs et servitudes du réseau en

psychiatrie: l'exemple de la schizophrénie - Journal, Juin : 8-10

Les limites de la psychiatrie de liaison - 4 : 14-17

Grandeurs et servitudes du réseau en psychiatrie: l'exemple de la schizophrénie - Journal, Juin : 8-10

Réflexion d'une équipe soignante en hôpital de jour - Journal, février : 10-11

Réflexion d'une équipe soignante en hôpital de jour - Journal, février : 10-11

Grandeurs et servitudes du réseau en psychiatrie: l'exemple de la schizophrénie - Journal, Juin : 8-10

Les limites de la psychiatrie de liaison - 4 : 14-17

Grandeurs et servitudes du réseau en psychiatrie: l'exemple de la schizophrénie - Journal, Juin : 8-10

Les aides techniques pour les handicapés psychiques - Journal, Juin : 11-13

Les limites de la psychiatrie de liaison - 4 : 14-17

Les limites de la psychiatrie de liaison - 4 : 14-17

SYNDROME PSYCHO-ORGANIQUE

Démence post-traumatique: discussion autour d'un cas - Journal, Mai : 12-13

L'union des oncologues et des pys - Journal Avril : 6-7

Démence post-traumatique: discussion autour d'un cas - Journal, Mai : 12-13

Démence post-traumatique: discussion autour d'un cas - Journal, Mai : 12-13

Accidents vasculaires cérébraux et dépression (FMC) - Journal, Octobre : 1-4

La gastroplastie verticale calibrée modifie-t-elle la qualité de vie des obèses ? - 4 : 9-13

Les nouveaux défis de la maladie d'Alzheimer - Journal, Mars : 16

Démence post-traumatique: discussion autour d'un cas - Journal, Mai : 12-13

THÉRAPEUTIQUE

Les facteurs prédictifs de la réponse thérapeutique aux antipsychotiques dans la schizophrénie - «Rôle du gène codant pour le récepteur sérotoninergique 5-HT 2A - 2 : 27-30

La prise en charge aujourd'hui des troubles dépressifs récidivants - 3 : 19-28

La prise en charge aujourd'hui des troubles dépressifs récidivants - 3 : 19-28

Les facteurs prédictifs de la réponse

thérapeutique aux antipsychotiques dans la schizophrénie - «Rôle du gène codant pour le récepteur sérotoninergique 5-HT 2A - 2 : 27-30
Mesures de contention sans isolement (FMC) - Journal, Avril : 1-5
Antidépresseurs et troubles sexuels (FMC) - Journal, Septembre : 1-4
La prise en charge aujourd'hui des troubles dépressifs récidivants - animation de la table ronde - 3 : 19-28
Acupuncture et psychothérapie: d'une trinité à l'autre. Entretien avec Anh Phan - Journal, Décembre : 12-14
Rémission, guérison, rechute et récurrence des épisodes dépressifs majeurs: définitions et conséquences pour la durée des traitements - 3 : 3-6
Les maladies mentales de l'enfance à l'âge adulte - Journal, Octobre : 14
Les facteurs prédictifs de la réponse thérapeutique aux antipsychotiques dans la schizophrénie - «Rôle du gène codant pour le récepteur sérotoninergique 5-HT 2A - 2 : 27-30
Mesures de contention sans isolement (FMC) - Journal, Avril : 1-5
La prise en charge aujourd'hui des troubles dépressifs récidivants - 3 : 19-28

Les facteurs prédictifs de la réponse thérapeutique aux antipsychotiques dans la schizophrénie - «Rôle du gène codant pour le récepteur sérotoninergique 5-HT 2A - 2 : 27-30
Les facteurs prédictifs de la réponse thérapeutique aux antipsychotiques dans la schizophrénie - «Rôle du gène codant pour le récepteur sérotoninergique 5-HT 2A - 2 : 27-30
La prise en charge aujourd'hui des troubles dépressifs récidivants - 3 : 19-28
Hyperactivité avec déficit de l'attention - Journal, Octobre : 18
Schizophrénie et prévention du suicide: étude intersept - Journal, Mars : 16
Intérêt des antipsychotiques atypiques chez les personnes âgées - Journal, Octobre : 20-21
Efficacité antipsychotique et tolérance métabolique: l'aripiprazole module l'activité dopaminergique - Journal, Septembre : 18-19
La prise en charge aujourd'hui des troubles dépressifs récidivants - animation de la table ronde - 3 : 19-28
Jeanne et ses sirènes - Journal, Juin : 7

Acupuncture et psychothérapie: d'une trinité à l'autre. Entretien réalisé par Isabelle Delage - Journal, Décembre : 12-14
Intérêt des antipsychotiques atypiques chez les personnes âgées - Journal, Octobre : 20-21
La prise en charge aujourd'hui des troubles dépressifs récidivants - 3 : 19-28
Traitement des épisodes maniaques dans les troubles bipolaires - Journal, Mai : 14-15
L'aripiprazole: intérêt dans la prise en charge au long cours de la schizophrénie - Journal, Octobre : 16-17
Rémission, guérison, rechute et récurrence des épisodes dépressifs majeurs: définitions et conséquences pour la durée des traitements - 3 : 3-6

VARIA

Suzanne Saint-Anne Dargassies et la naissance de la néonatalogie - Journal, Avril : 14-18
La catastrophe sanitaire de cet été... - 4 : 5
Le silence des volutes. Chroniques harpocratiques N° XVII - Journal, Novembre : 7