

SYNDICAT DES AVOCATS DE FRANCE
2^{ème} Journée de formation organisée
avec la participation de l'Ordre des Avocats du Barreau du Val de Marne

Samedi 1^{er} février 2014

Bibliothèque de l'ordre des avocats

Palais de Justice

17 rue Pasteur Valléry-Radot

94000 CRETEIL

métro ligne 8 : Créteil Université

Défense des personnes hospitalisées sans
consentement :
L'évolution de la loi et
des pratiques professionnelles de l'avocat



PROGRAMME

08H30 ▶▶ Accueil des participants

09H00 ▶▶ **OUVERTURE**

- *Fanny CORTOT, Présidente section du SAF de Créteil*
- *Christophe BORÉ, Bâtonnier du Barreau du Val de Marne*

09H15 ▶▶ **LA LOI DU 27 SEPTEMBRE 2013 : QUELLES AVANCÉES ?**

- *Denys ROBILIARD, Député, rapporteur de la mission d'information sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie,*
- *André BITTON, Président du Cercle de Réflexion et de Proposition d'Actions sur la psychiatrie (CRPA)*
- *Jean-Marc ANDRE, avocat au barreau de Versailles*

10H30 ▶▶ Débat

11H00 ▶▶ Pause

11H15 ▶▶ **ASPECTS PRATIQUES DES CONTENTIEUX DE L'INDEMNISATION**

- *Raphaël MAYET, avocat au barreau de Versailles*

12H30 ▶▶ Débat

13H00 ▶▶ Déjeuner sur place

14H15 ▶▶ **COMPRENDRE LES PIÈCES MÉDICALES DU DOSSIER, LE PATIENT ET SA PATHOLOGIE POUR MIEUX LE DÉFENDRE**

- *Fabien JUAN, psychiatre, Directeur Médical Institut MGEN De La Verrière*

15H15 ▶▶ Débat

15H45 ▶▶ Pause

16H00 ▶▶ **RÔLES ET MISSIONS DE L'AVOCAT DANS LE CADRE DE SON INTERVENTION**

- *Kristel LEPEU, avocat au Barreau de Créteil*
- *Vincent POTIE, avocat au Barreau de Lille*

17H00 ▶▶ Débat

17H30 ▶▶ Conclusion et clôture de la journée

C.R.P.A. : Cercle de Réflexion et de Proposition d'Actions sur la psychiatrie ¹.

Association régie par la loi du 1^{er} juillet 1901 | Ref. n° : W751208044

Président : André Bitton.

14, rue des Tapisseries, 75017, Paris | Tel : 01 47 63 05 62.

Courriel : crpa@crpa.asso.fr / Site : <http://crpa.asso.fr>

André Bitton.

Paris, le 30 janvier 2014.

Intervention à une journée de formation du Syndicat des avocats de France, le samedi 1^{er} février 2014, au Palais de justice de Créteil (Val-de-Marne), sur la défense des personnes hospitalisées sans consentement : l'évolution de la loi et des pratiques professionnelles de l'avocat.

- **La loi du 27 septembre 2013 : Quelles avancées ? Entre contrainte aux soins et droits de l'homme.**

I°) Introduction :

La loi du 27 septembre 2013 est issue d'une décision du Conseil constitutionnel du 20 avril 2012, sur une QPC du Cercle de réflexion et de proposition d'actions sur la psychiatrie (CRPA)². Cela alors même que la loi du 5 juillet 2011 qu'elle réforme partiellement est, elle aussi, issue pour partie d'une décision du Conseil constitutionnel du 26 novembre 2010 également prise sur une QPC³. Nous sommes donc là, devant un cas de figure réitéré, où le Gouvernement et la majorité parlementaire n'ont bougé, en ce qui concerne les droits fondamentaux des personnes contraintes aux soins et internées en milieu psychiatrique, que sous la contrainte de jurisprudences des hautes cours.

Le Législateur de la loi du 5 juillet 2011 avait, pour une bonne part, légiféré et sous la contrainte d'une décision des juges constitutionnels, et sans y consentir vraiment ... Le Législateur de la loi du 27 septembre 2013, a légiféré également sous la contrainte d'une décision de la Haute cour constitutionnelle, cette fois en y mettant plus de bonne volonté. Une mission d'information sur la santé mentale et sur l'avenir de la psychiatrie a été mise sur pieds à cette occasion, qui a développé ses travaux de janvier à décembre 2013, sous la direction de son rapporteur, le député PS M. Denys Robiliard, avocat de profession, et ancien Président d'Amnesty International France⁴.

II°) Un système, et son inertie :

¹ Le CRPA est membre du Réseau Européen des Usagers et Survivants de la Psychiatrie (E.N.U.S.P.), voir sur l'Internet : <http://www.enusp.org/index.php/fr/>

² Décision du Conseil constitutionnel n°2012-235, du 20 avril 2012, Cercle de réflexion et de proposition d'actions sur la psychiatrie. Cf. <http://psychiatrie.crpa.asso.fr/220>

³ Cf. Décision du Conseil constitutionnel n°2010-71 du 26 novembre 2010, Mme Danielle S. et Groupe Information Asiles (GIA).

⁴ Cf. Rapport d'information n°1085, « Hospitalisations psychiatriques : le contrôle de la contrainte ». Assemblée nationale, commission des affaires sociales, juin 2013, MM. Jean-Pierre Barbier, président, et Denys Robiliard, rapporteur. Rapport d'information n°1662 : « Santé mentale : quand la démocratie soigne », décembre 2013. Assemblée nationale, commission des affaires sociales, mêmes auteurs.

On a pu dire, valablement, que la France - son Gouvernement, sa majorité parlementaire, son Etat, son administration – ne se décident de nos jours, à bouger et à réformer sur le terrain de l’hospitalisation et des soins psychiatriques sans consentement, que sous le forceps de jurisprudences constitutionnelles, traduisant d’ailleurs en droit français, l’état de la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l’homme.

Il ne faut pas se tromper sur un tel constat, il s’agit **d’un constat d’échec, d’un aveu de défaut d’humanité à l’endroit de la population malade mentale ou estimée telle, d’un aveu d’illégalités entretenues, et de technocratisme qu’on aimerait voir perdurer dans un certain silence**. C’est ce silence qui s’est rompu, qui a pris fin, de nos jours, ce dont aussi bien la loi du 27 septembre 2013 atteste.

On – l’Etat français, le Gouvernement, les corporations psychiatriques, leurs représentants, l’UNAFAM (Union nationale des familles de malades mentaux), les représentants d’usagers tenus par les pouvoirs précédemment cités ... On préfère un système psychiatrique tel qu’en l’espèce, qui est pour le moins inhumain, même s’il est extrêmement coûteux pour les fonds publics, du moment que cette trappe de la psychiatisation des populations, et en l’occurrence et surtout des laissés pour compte de notre société, joue, et que la population concernée⁵, soit placée sans droits, réduite au silence, dans la terreur des ré-internements psychiatriques, dans le chantage à la restauration ou à la hausse des traitements neuroleptiques, et qu’on fasse appel à tel membre de votre famille, agent zélé de la répression psychiatrique qui sera toujours intéressé à ce qu’on vous fasse taire ... Et autres.

Ce système dans lequel les patients sont recrutés et intéressés par des pensions d’invalidité aux motifs psychiatriques interposées, distribuées, parfois, avec une déconcertante facilité quand on connaît les difficultés que peuvent rencontrer les gens qui veulent se faire reconnaître handicapés sur le champ somatique ou sur une maladie professionnelle. Ce système dans lequel les gens sont entretenus comme malades chroniques, souvent à vie (les psychoses sont réputées incurables, les traitements étant à prendre à vie ...), dans des files actives improbables, mais garanties par les autorités étatiques, les lobbies médicaux, institutionnels, familiaux, encouragées, du moment que les personnes concernées ne pointent pas à Pôle Emploi, et qu’elles restent soustraites des statistiques officielles du chômage réel du pays.

La France, au plan psychiatrique, est un pays qui ne comptabilise même pas de façon objective et publique, combien elle pratique d’hospitalisations sans consentement annuellement, combien de personnes au juste sont traitées annuellement sous contrainte en soins psychiatriques. Les statistiques en la matière ne sont même pas fiables. Elles sont parcellaires, et restent dans l’ensemble non recoupées à ce jour sauf quelques exceptions⁶. Pratiquement personne ne sait actuellement, en France, objectivement, selon des données statistiques recoupées et validées scientifiquement, si on incarcère plus qu’on interne et traite sous contrainte, ou si, à l’inverse, on soigne sous contrainte en psychiatrie plus qu’on incarcère ... C’est tout dire.

⁵ La file active dans la psychiatrie publique est d’environ 2 millions de personnes. La psychiatrie d’exercice privé prend en charge de son côté, environ 2 millions de personnes. Selon cette estimation, la file active totale des personnes suivies en psychiatrie tant publique que privée, serait de 4 millions de personnes.

⁶ Au jour de la rédaction de cette intervention, une étude de l’IRDES (Institut de recherche et de documentation en économie de la santé), datée de décembre 2013, vient d’être publiée, qui rend publiques des statistiques recoupées et vérifiées sur l’hospitalisation sans consentement en 2010. Cette étude devant servir de base pour des compilations ultérieures.

Par contre il est notoire que la France est le premier consommateur occidental de traitements psychotropes et donc de traitements psychiatriques, toutes catégories confondues.

Par contre la France est un pays sous la coupe réglée des firmes pharmaceutiques vendant ces mêmes traitements psychotropes.

Par contre, en France, les experts psychiatres près les juridictions sont, dans leur ensemble, acritiques quant aux effets indésirables des traitements psychotropes et aux combinaisons iatrogènes de ces mêmes traitements entre eux et avec d'autres types de médicaments. Les experts psychiatres sont, en général, acquis aux lobbies favorables à une distribution de masse des médicaments psychiatriques, et n'ont, le plus souvent, aucune indépendance, sur les questions des dommages issus des prescriptions de traitements psychiatriques, comme bien entendu sur les questions de l'internement abusif. Ces mêmes experts psychiatres, le plus souvent, estiment que de tels cas de figure n'existent pas ou de façon tellement marginale, qu'il n'y a pas de quoi déjuger tel confrère hospitalier ... La jurisprudence sur le terrain des accidents de médicaments psychiatriques et sur l'aléa thérapeutique en matière de traitements psychiatriques, est actuellement inexistante ou négative. Ce point peut paraître étranger à la question de la législation en matière d'hospitalisations sans consentement. En fait il est central, puisqu'à la faveur de la législation du 5 juillet 2011, confirmée par la loi du 27 septembre 2013, nous sommes passés d'un cadre législatif portant sur **l'hospitalisation sans consentement**, à un cadre législatif qui porte sur les **soins sous contrainte**.

III°) Un changement de paradigme :

Au plan législatif, nous sommes passés de l'internement psychiatrique (loi du 30 juin 1838), à l'hospitalisation sans consentement (loi du 27 juin 1990), aux soins sous contrainte (lois du 5 juillet 2011 et du 27 septembre 2013), et donc d'une législation sur l'enfermement des malades mentaux, à une législation sur la contrainte aux soins en psychiatrie.

Nous sommes donc désormais placés dans le cadre d'une politique psychiatrique où la question des traitements psychiatriques, et de leurs effets, prend une importance centrale, accompagnant en parallèle celle de la question de l'enfermement et des pratiques de contention physiques ou chimiques.

Mais aussi ce qu'amène au principal la loi du 27 septembre 2013, de par son point de départ qu'a été la décision du Conseil constitutionnel du 20 avril 2012 sur une question prioritaire de constitutionnalité de notre association, c'est surtout qu'on y parle encore droits de l'homme pour les personnes visées par la contrainte psychiatrique. Ce que l'on avait également fait dans le cadre de la loi du 5 juillet 2011, par le biais des deux décisions du Conseil constitutionnel du 26 novembre 2010 et du 9 juin 2011 sur QPC, qui ont impacté cette loi.

Sans ce biais des questions prioritaires de constitutionnalité, cette question – centrale en psychiatrie, puisqu'on y porte atteinte aux libertés les plus essentielles de la personne humaine – des droits fondamentaux des personnes objets de soins psychiatriques, n'aurait été qu'un élément rhétorique, un accessoire de décor, certes obligé, mais sans plus. Pressions de l'UNAFAM (Union nationale des familles de malades mentaux), de l'administration centrale,

des professionnels partisans de la contrainte aux soins tous crins, des associations d'usagers acquises aux thèses des familles et des institutions psychiatriques, des firmes pharmaceutiques évidemment, et quelques autres lobbies, obligent.

IV°) Apports et points problématiques de la loi du 27 septembre 2013 :

Si la suppression de la visioconférence dans les contrôles opérés par les juges des libertés et de la détention, des hospitalisations sans consentement, est une très bonne mesure, ainsi que l'introduction d'une représentation obligatoire par avocat lors de ces contrôles. S'il est vrai qu'il s'agit bien, là, d'avancées de la loi du 27 septembre 2013, nous nous sommes posés des questions sur le passage de la date butoir, pour les contrôles de plein droit des juges des libertés et de la détention, de 15 jours, à dater de l'admission de la personne sous hospitalisation sous contrainte à temps complet, à 12 jours. Réduction de délai accompagnée d'une suppression du certificat médical de huitaine et d'une simplification de l'avis médical d'envoi au juge. Cet avis qui était auparavant conjoint (de deux psychiatres, dont un extérieur à la prise en charge), est devenu un avis simple d'un psychiatre partie prenante de cette prise en charge.

Le CRPA, par mon intermédiaire, a fait valoir notre position de principe pour le maintien d'une certaine complexité procédurale, par un texte de synthèse, produit lors d'une audition par le député M. Denys Robiliard, dans le cadre de la Commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, le 9 juillet 2013⁷.

Nous avons défendu dans cette note de synthèse que la simplification procédurale en jeu n'était admissible que si l'on passait d'un contrôle obligatoire des hospitalisations sans consentement avant le 15^{ème} jour, à un contrôle avant le 10^{ème} jour, avec une transmission de la procédure au greffe du juge des libertés et de la détention, au moins trois jours avant l'audience. Cette audience étant conçue comme devant se situer au 7^{ème}, 8^{ème} ou 9^{ème} jour à dater de l'admission de la personne en soins sous contrainte à temps complet. Le recul à 12 jours de cette date butoir ne nous semble pas être une bonne chose. **Sauf à passer à un délai de 10 jours, il aurait mieux valu en rester à un contrôle de quinzaine.** Ce rapprochement de l'échéance du contrôle judiciaire n'aura finalement été qu'un moyen de donner satisfaction aux corporations hospitalières, qui réclamaient une simplification de la procédure de contrôle.

De la même manière, si dans la suite logique de la décision sur QPC du Conseil constitutionnel du 20 avril 2012, qui avait abrogé deux articles de la loi du 5 juillet 2011 ayant trait au régime dérogatoire applicable pour la levée des mesures de contrainte à l'endroit des personnes médico-légales ou internées en Unités pour malades difficiles, ce régime dérogatoire a été en large partie, démantelé par la loi du 27 septembre 2013, il n'en reste pas moins une zone d'ombre qui est aussi une zone de non-droit. Je veux parler des Unités pour malades difficiles.

En ce qui concerne les UMD, le rapport d'étape du député M. Denys Robiliard, rendu public le 29 mai 2013, dans ses 17 préconisations, stipulait qu'il fallait « ...1°) Introduire dans l'article L 3222-3 du code de la santé publique⁸ les critères et la procédure d'admission en

⁷ Cf. sur le site internet du CRPA, cette note de synthèse : <http://psychiatrie.crpa.asso.fr/361>

⁸ L'article L 3222-3 du code de la santé publique dit ce qui suit : Les personnes faisant l'objet de soins psychiatriques sous la forme d'une hospitalisation complète en application des chapitres III ou IV du titre 1^{er} du

unité pour malades difficiles. 2°) Maintenir un régime particulier pour la levée des mesures de soins sans consentement dont font l'objet les irresponsables pénaux ayant commis **un crime**. »⁹

A la faveur d'arbitrages gouvernementaux en vue du dépôt par le groupe socialiste et apparentés de l'Assemblée nationale de la proposition de loi du député M. Denys Robiliard, et afin qu'elle soit soutenue par le Gouvernement, cette préconisation a été effacée au profit d'une abrogation pure et simple de l'article L 3222-3 du code de la santé publique, qui légifèrait sur les unités pour malades difficiles, depuis la loi du 5 juillet 2011. Avant cette législation d'exception qu'est la loi du 5 juillet 2011, les unités pour malades difficiles n'étaient régies que par décret, voire même par un simple arrêté de 1986 portant règlement intérieur type des Unités pour malades difficiles.

Or, comme je l'ai soutenu dans une intervention pour le compte du CRPA, le 9 septembre 2013 lors d'une audition par le sénateur M. Jacky Le Menn, rapporteur au Sénat pour la proposition de loi qui allait devenir la loi du 27 septembre 2013, **cette abrogation du statut légal des Unités pour malades difficiles emporte un risque d'inconstitutionnalité, ou à tout le moins d'illégalité**, pour violation de l'article 34 de la Constitution. Cela en ce que seules des dispositions législatives peuvent garantir les libertés individuelles, et en ce que les Unités pour malades difficiles, ne sauraient être considérées comme de simples sas de soins intensifs spécifiques, mais bien comme des établissements psychiatriques à part, de haute sécurité, nécessitant un cadre législatif distinct¹⁰.

Ce sont bien ces questions, ayant trait aux Unités pour malades difficiles, qui sont actuellement pendantes devant le Conseil constitutionnel, dans le cadre d'une question prioritaire de constitutionnalité posée par un ancien interné de l'UMD d'Albi (Tarn), et son père. Etant précisé que le CRPA est intervenant volontaire dans cette instance, en demande d'abrogation (constitutionnelle cette fois, et non législative) de l'ancien article L 3222-3 du code de la santé publique issu de la loi du 5 juillet 2011, qui donnait un début de définition législative des Unités pour malades difficiles¹¹.

L'avocat du CRPA dans cette affaire, étant Me Raphaël Mayet, ici présent, je vous signale, en conclusion, que l'audience du Conseil constitutionnel dans cette affaire, aura lieu mardi 4 février prochain à 9h30. Retransmission de cette audience sur le système vidéo du site internet du Conseil constitutionnel à partir de 14 h, le même jour. Le Haut Conseil va sans doute donner son délibéré le vendredi 14 février prochain. Il sera disponible sur le site internet du Conseil constitutionnel et publié le lendemain au journal officiel.

présent livre ou de l'article 706-135 du code de procédure pénale peuvent être prises en charge dans une unité pour malades difficiles lorsqu'elles présentent pour autrui un danger tel que les soins, la surveillance et les mesures de sûreté nécessaires ne peuvent être mise en œuvre que dans une unité spécifique. Les modalités d'admission dans une unité pour malades difficiles sont prévues par décret en Conseil d'Etat.

⁹ Rapport d'information n°1085, « Hospitalisations psychiatriques : le contrôle de la contrainte », juin 2013, page 63. Assemblée nationale, commission des affaires sociales, MM. Jean-Pierre Barbier et Denys Robiliard.

¹⁰ <http://psychiatrie.crpa.asso.fr/374>

¹¹ QPC n°2013-367, enregistrée au Conseil constitutionnel le 4 décembre 2013, sur décision de transfert de la Cour de cassation du même jour. Pourvoi n°S 13-17.984.

Un dernier mot sur les programmes de soins. Quand, en application du considérant 12 de la décision sur QPC du Conseil constitutionnel du 20 avril 2012¹², le Législateur de la loi du 27 septembre 2013, édicte : « Article L 3211-2-1- III : **aucune mesure de contrainte ne peut être mise en œuvre l'égard d'un patient pris en charge sous la forme prévue au 2°) du 1°) ...** », **c'est-à-dire sous la forme d'un programme de soins**, c'est bien là une marge de manœuvre, de négociation, qui est ici ouverte, entre le patient sous « soins obligatoires », selon le mot du Conseil constitutionnel, et l'équipe qui le prend en charge.

S'agit-il, sur ce point, d'une viabilisation des soins ambulatoires sous contrainte ?

L'avenir dira si ce dispositif finira par lever des contestations judiciaires en série de la part des personnes soumises à ces programmes de soins, ou si, de par la complexité de la procédure de ré-internement à temps complet, en cas de défaut de soumission du patient à ces soins obligatoires, ces programmes de soins resteront peu utilisés.

¹² Considérant n°12, de la décision QPC n°2012-235 du Conseil constitutionnel du 20 avril 2012 : « Considérant qu'il résulte de ces dispositions qu'en permettant que des personnes qui ne sont pas prises en charge en « hospitalisation complète » soient soumises à une obligation de soins psychiatriques pouvant comporter, le cas échéant, des séjours en établissement, les dispositions de l'article L. 3211-2-1 n'autorisent pas l'exécution d'une telle obligation sous la contrainte ; que ces personnes ne sauraient se voir administrer des soins de manière coercitive ni être conduites ou maintenues de force pour accomplir les séjours en établissement prévus par le programme de soins ; qu'aucune mesure de contrainte à l'égard d'une personne prise en charge dans les conditions prévues par le 2° de l'article L. 3211-2-1 ne peut être mise en œuvre sans que la prise en charge ait été préalablement transformée en hospitalisation complète ; que, dans ces conditions, le grief tiré de la violation de la liberté individuelle manque en fait ... »

Références

Tribunal des conflits

Audience publique du lundi 17 février 1997

N° de pourvoi: 97-03045

Publié au bulletin

Président : M. Vught ., président

Rapporteur : M. Leclerc., conseiller rapporteur

Commissaire du Gouvernement : M. Sainte-Rose, avocat général

Avocats : la SCP Célice, Blancpain, la SCP Masse-Dessen, Georges et Thouvenin., avocat(s)

Texte intégral

REPUBLIQUE FRANCAISE

AU NOM DU PEUPLE FRANCAIS

Vu la lettre par laquelle le Garde des Sceaux, ministre de la Justice a transmis au tribunal le dossier de la procédure opposant M. X... à l'agent judiciaire du Trésor, à la commune de Tarbes et au centre hospitalier spécialisé de Lannemezan devant la cour d'appel de Paris ;

Vu le déclinatoire, présenté le 23 juin 1995 par le préfet de la région Ile-de-France, préfet de Paris, tendant à voir déclarer la juridiction judiciaire incompétente par le motif que les juridictions administratives sont seules compétentes pour apprécier la violation de l'article 5.2 de la Convention européenne des droits de l'homme ;

Vu l'arrêt du 31 mai 1996 par lequel la cour d'appel de Paris a déclaré irrecevable le déclinatoire de compétence ;

Vu l'arrêté du 17 juin 1996 par lequel le préfet a élevé le conflit ;

Vu le mémoire présenté pour M. X..., tendant à ce que l'arrêté de conflit soit déclaré irrecevable, le déclinatoire de compétence ayant été déclaré irrecevable et non rejeté, et l'arrêté de conflit n'ayant pas été déposé au greffe du tribunal de grande instance et ayant été formé hors délai ;

Vu le mémoire présenté pour l'agent judiciaire du Trésor, tendant à la confirmation de l'arrêté de conflit, par les motifs que les observations de M. X... sont tardives et mal fondées, cet arrêté ayant été pris dans les conditions fixées par l'ordonnance du 1er juin 1828 ;

Vu le mémoire présenté par l'agent judiciaire du Trésor, tendant aux mêmes fins que son précédent mémoire par les mêmes moyens, en outre par les moyens que l'article 136 du Code pénal est inapplicable en l'espèce ;

Vu le mémoire présenté pour le centre hospitalier spécialisé de Lannemezan, tendant à la confirmation de l'arrêté de conflit par les motifs que les faits de l'espèce ne relèvent pas de l'article 136 du Code pénal ; que les contestations fondées sur l'irrégularité de la décision administrative de placement relèvent du juge administratif ; que l'arrêt de la cour d'appel doit être annulé pour avoir statué en même temps sur la compétence et sur les autres questions restant en litige ;

Vu le mémoire présenté pour M. X..., tendant à l'annulation de l'arrêté de conflit par les moyens qu'il est doublement irrecevable, la cour d'appel ayant déclaré irrecevable le déclinatoire de compétence mais ne l'ayant pas rejeté, et l'article 136 du Code pénal faisant en l'espèce obstacle à l'élévation du conflit ;

Vu les autres pièces du dossier ;

Vu la loi des 16-24 août 1790 et le décret du 16 fructidor an III ;

Vu la loi du 24 mai 1872 ;

Vu l'ordonnance du 1er juin 1828 modifiée ;

Vu l'ordonnance des 12-21 mars 1831 modifiée ;

Vu le décret du 26 octobre 1849 modifié ;

Vu le Code de la santé publique, notamment ses articles L. 334 et L. 335 ;

Vu l'article 136 du Code pénal ;

Sur la régularité de la procédure de conflit :

Considérant que la circonstance que la cour d'appel de Paris, saisie par le préfet de la région Ile-de-France, préfet de Paris, d'un déclinatoire de compétence, ait regardé celui-ci comme irrecevable au lieu de le rejeter, ne faisait pas obstacle à l'exercice des pouvoirs que le préfet tient de l'article 8 de l'ordonnance du 1er juin 1828 ; que l'arrêté du 17 juin 1996, pris dans le délai de 15 jours à compter de la notification de l'arrêt, a été régulièrement déposé au greffe de la cour d'appel de Paris en application de l'article 10 de ladite ordonnance ;

Sur la régularité de l'arrêt de la cour d'appel de Paris :

Considérant que, saisi par le préfet de la région Ile-de-France, préfet de Paris d'un déclinatoire de compétence, la cour d'appel de Paris ne pouvait, sans méconnaître les dispositions des articles 7 et 8 de l'ordonnance du 1er juin 1828, statuer sur les autres questions en litige sans avoir respecté un délai de 15 jours à compter de la réception par le préfet de la copie du jugement rejetant le déclinatoire de compétence ; qu'il y a lieu d'annuler l'arrêt du 31 mai 1996 en tant qu'il statue sur les autres questions dont la cour d'appel était saisie ;

Sur la compétence :

Considérant que M. X..., qui a fait l'objet d'une mesure de placement d'office au centre hospitalier spécialisé de Lannemezan du 18 mai au 12 août 1988 en application d'un arrêté du maire de Tarbes en date du 18 mai 1988 et d'un arrêté du préfet des Hautes-Pyrénées en date du 3 juin 1988, a, après que le tribunal administratif de Pau a, par un jugement en date du 1er février 1993, annulé lesdits arrêtés pour défaut de motivation, demandé au tribunal de grande instance de Paris de condamner solidairement l'agent judiciaire du Trésor, le centre hospitalier spécialisé de Lannemezan et la commune de Tarbes à la réparation du préjudice subi ; qu'il a invoqué devant le tribunal de grande instance d'une part, le défaut de notification de l'arrêté préfectoral, le délai excessif mis par le préfet pour statuer, et l'absence de rapport de l'Administration au préfet, d'autre part, le caractère arbitraire de la mesure prise à son encontre ; que le tribunal de grande instance, puis la cour d'appel de Paris s'étant reconnus compétents pour connaître de l'ensemble des chefs de demande, le préfet a élevé le conflit ;

Considérant que si l'autorité judiciaire est seule compétente, en vertu des articles L. 333 et suivants du Code de la santé publique, pour apprécier la nécessité d'une mesure de placement d'office en hôpital psychiatrique et les conséquences qui peuvent en résulter, il appartient à la juridiction administrative d'apprécier la régularité de la décision administrative qui ordonne le placement ; que lorsque cette dernière s'est prononcée sur ce point, l'autorité judiciaire est compétente pour statuer sur les conséquences dommageables de l'ensemble des irrégularités entachant la mesure de placement d'office ;

Considérant qu'il suit de là que s'il appartenait en l'espèce à la juridiction administrative de statuer, ainsi qu'elle l'a fait, sur le délai séparant l'arrêté municipal provisoire de la décision de placement prise par le préfet, sur la régularité de la procédure ayant précédé cette décision et sur le défaut de notification de celle-ci à l'intéressé, la réparation du préjudice subi du fait de la décision contestée relevait de l'autorité judiciaire ; que dès lors, c'est à tort que le préfet a élevé le conflit ;

DECIDE :

Article 1er : L'arrêté de conflit pris le 17 juin 1996 par le préfet de la région Ile-de-France, préfet de Paris est annulé ;

Article 2 : L'arrêt de la cour d'appel de Paris du 31 mai 1996 est annulé en tant qu'il est intervenu en méconnaissance des dispositions des articles 7 et 8 de l'ordonnance du 1er juin 1828.

Analyse

Publication : Bulletin 1997 CONFLITS N° 1 p. 1

Décision attaquée : Cour d'appel de Paris , du 31 mai 1996

Titrages et résumés :

1° SEPARATION DES POUVOIRS - Conflit - Arrêté de conflit - Déclinatoire - Rejet - Obligation pour le juge de surseoir à statuer.

1° Saisie par un préfet d'un déclinatoire de compétence, une cour d'appel ne peut, sans méconnaître les

dispositions des articles 7 et 8 de l'ordonnance du 1er juin 1828, statuer sur les questions en litige sans avoir respecté un délai de 15 jours à compter de la réception par le préfet de la copie de la décision statuant sur le déclinatoire de compétence.

2° SEPARATION DES POUVOIRS - Aliéné - Hospitalisation d'office - Décision administrative - Irrégularités - Conséquences dommageables - Compétence judiciaire.

2° Si l'autorité judiciaire est seule compétente, en vertu des articles L. 333 et suivants du Code de la santé publique, pour apprécier la nécessité d'une mesure de placement d'office en hôpital psychiatrique et les conséquences qui peuvent en résulter, il appartient à la juridiction administrative d'apprécier la régularité de la décision administrative qui ordonne le placement. Mais lorsque cette dernière s'est prononcée sur ce point, l'autorité judiciaire est compétente pour statuer sur les conséquences dommageables de l'ensemble des irrégularités entachant la mesure de placement d'office.

2° SEPARATION DES POUVOIRS - Aliéné - Hospitalisation d'office - Décision administrative - Régularité - Appréciation - Compétence administrative

Textes appliqués :

- ▶ 1° :
- ▶ 2° :
- ▶ Code de la santé publique L333 et suivants
- ▶ Ordonnance 1828-06-01 art. 7, art. 8

Références

Cour de cassation
chambre civile 2
Audience publique du jeudi 23 septembre 2004
N° de pourvoi: 03-14284
Publié au bulletin

Cassation.

Président : M. Guerder, conseiller doyen faisant fonction., président
Rapporteur : M. Bizot., conseiller rapporteur
Avocat général : M. Domingo., avocat général
Avocats : la SCP Parmentier et Didier, la SCP Ancel et Couturier-Heller, la SCP Boutet., avocat(s)

Texte intégral

REPUBLIQUE FRANCAISE

AU NOM DU PEUPLE FRANCAIS

Dit n'y avoir lieu de mettre hors de cause le Centre hospitalier Charles Perrens ;

Attendu, selon l'arrêt attaqué et les productions, que M. X..., chirurgien-dentiste, a été hospitalisé d'office au Centre hospitalier spécialisé Charles Perrens à Bordeaux (le CHS) en exécution d'un arrêté du préfet de la Gironde du 11 décembre 1998 ; qu'il a été mis fin à cette mesure par un nouvel arrêté du 8 mars 1999, M. X... ayant bénéficié d'une sortie d'essai le 26 janvier précédent ; que l'arrêt du 11 décembre 1998 ayant été annulé par le tribunal administratif de Bordeaux par jugement du 27 juin 2000, M. X... a assigné le CHS et l'agent judiciaire du Trésor aux fins d'obtenir leur condamnation solidaire au paiement d'une provision de 100 000 francs à valoir sur la réparation de ses préjudices matériel et moral et de l'atteinte à sa liberté ;

Sur les premières branches du premier et du second moyen, réunies : Attendu que M. X... fait grief à l'arrêt confirmatif de l'avoir débouté de ses demandes ;

Mais attendu que la cour d'appel ayant examiné les demandes de M. X... pour l'en débouter en application des seules dispositions de l'article 809, alinéa 2, du nouveau Code de procédure civile et abstraction faite de l'expression erronée du dispositif de l'ordonnance visée par le moyen, celui-ci manque en fait ;

Mais sur les deuxième et troisième branches du premier moyen et les deuxième, troisième et quatrième branches du second moyen, réunies :

Vu l'article 5.5 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales, ensemble les articles 1382 du Code civil 809, alinéa 2, et 455 du nouveau Code de procédure civile ;

Attendu que pour débouter M. X... de ses demandes, l'arrêt énonce que celui-ci conteste le bien-fondé de la mesure d'hospitalisation d'office et invoque à l'appui de ses dires les certificats médicaux du docteur Y..., médecin au CHS, qui précise qu'à la date du 10 décembre 1998, il n'avait pas la conviction que M. X... était atteint de délire paranoïaque et qu'en tout cas la mesure d'hospitalisation d'office était injustifiée ; que M. X... invoque encore les certificats médicaux des docteurs Z... et A..., ainsi que les expertises de Mme B... et des docteurs C..., D... et E... ; que ces personnes, qui ont exclu des troubles mentaux de nature à compromettre l'ordre public ou la sûreté des personnes ont examiné M. X... soit bien avant le 11 décembre 1998, soit postérieurement en 1999, de telle sorte qu'elles ne peuvent permettre d'affirmer sans contestation possible que M. X... présentait ce même état le 11 décembre 1998, date de l'arrêt d'hospitalisation d'office litigieux ; que, par ailleurs le docteur Y... avait sollicité dès l'hospitalisation de M. X... qu'il fût expertisé par les docteurs F... et G..., qui avaient conclu au bien-fondé de l'hospitalisation d'office, confirmant ainsi l'avis initial des docteurs H... et I..., ce dernier ayant rédigé le 9 décembre 1998 l'avis médical suivant :

" Cette personne présente une élaboration délirante et thématique de persécution, existence d'une menace de passage à l'acte agressif sur les personnes comme persécutrices et à l'origine d'un véritable complot judiciaire à son encontre " ; que le docteur Y... précise dans deux certificats des 6 et 13 janvier 1999 que M. X... présente une structure de personnalité qui peut entraîner des interprétations différentes entre paranoïa et narcissisme et reconnaît que son approche diagnostique a pu être erronée au vu des conclusions des docteurs H... et I... qu'il a sollicitées ; qu'il en résulte qu'en dépit des éléments produits par M. X..., il existe

une contestation sérieuse concernant le bien-fondé de la mesure d'hospitalisation d'office prise à son égard et qu'il n'appartient pas au juge des référés d'allouer la provision sollicitée ;

Qu'en statuant ainsi, tout en constatant par motifs adoptés que l'arrêté de placement d'office du 11 décembre 1998 avait été annulé par le tribunal administratif, de sorte que la créance de M. X... contre l'Etat du chef des conséquences dommageables des irrégularités ayant entaché la mesure de placement d'office n'était pas sérieusement contestable, et sans répondre aux conclusions de M. X... faisant valoir que le CHS était responsable de la faute commise par son préposé le docteur I... qui avait signé le certificat médical circonstancié en vue de la procédure d'hospitalisation d'office en violation des dispositions de l'article L. 342 du Code de la santé publique, la cour d'appel, qui n'a pas satisfait aux exigences du dernier des textes susvisés, n'a pas donné de base légale à sa décision au regard des trois premiers ;

Par ces motifs :

CASSE ET ANNULE, dans toutes leurs dispositions, les arrêts rendus les 5 septembre 2002 et 23 janvier 2003, entre les parties, par la cour d'appel de Bordeaux ; remet, en conséquence, la cause et les parties dans l'état où elles se trouvaient avant lesdits arrêts et, pour être fait droit, les renvoie devant la cour d'appel d'Agen.

Analyse

Publication : Bulletin 2004 II N° 431 p. 364

Décision attaquée : Cour d'appel de Bordeaux et

Titrages et résumés : REFERE - Provision - Attribution - Conditions - Obligation non sérieusement contestable - Applications diverses - Obligation de l'Etat d'indemniser une personne hospitalisée d'office sur le fondement d'un arrêté préfectoral ultérieurement annulé par le juge administratif.

Ne donne pas de base légale à sa décision au regard des articles 5.5 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales, 1382 du Code civil et 809, alinéa 2, du nouveau Code de procédure civile, la cour d'appel statuant en référé qui, pour débouter une personne hospitalisée d'office en exécution d'un arrêté préfectoral de sa demande de provision à valoir sur la réparation de ses préjudices matériel et moral et de l'atteinte à sa liberté énonce qu'il existe une contestation sérieuse concernant le bien-fondé de la mesure d'hospitalisation prise à son égard et qu'il n'appartient pas au juge des référés d'allouer la provision sollicitée, alors qu'elle constate que l'arrêté de placement d'office a été annulé par le juge administratif, de sorte que la créance de l'intéressé contre l'Etat du chef des conséquences dommageables des irrégularités ayant entaché cette mesure de placement d'office n'était pas sérieusement contestable.

CONVENTION EUROPEENNE DES DROITS DE L'HOMME - Article 5 - Droit à la liberté et à la sûreté - Privation - Cas - Détention - Détention d'un aliéné - Régularité - Défaut - Effet RESPONSABILITE DELICTUELLE OU QUASI DELICTUELLE - Faute - Applications diverses - Hospitalisation d'office exécutée sur le fondement d'un arrêté préfectoral entaché d'irrégularité HOPITAL - Malades mentaux - Hospitalisation d'office - Décision administrative - Régularité - Défaut - Sanction

Textes appliqués :

- ▶ Code civil 1382 nouveau Code de procédure civile 809
- ▶ Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales art. 5.5

Références

**Cour de cassation
chambre civile 1
Audience publique du mercredi 23 juin 2010
N° de pourvoi: 09-66026**
Publié au bulletin

Cassation partielle

M. Charruault, président
Mme Bobin-Bertrand, conseiller rapporteur
M. Sarcelet, avocat général
Me Le Prado, Me Ricard, SCP Ancel et Couturier-Heller, avocat(s)

Texte intégral

REPUBLIQUE FRANCAISE

AU NOM DU PEUPLE FRANCAIS

LA COUR DE CASSATION, PREMIÈRE CHAMBRE CIVILE, a rendu l'arrêt suivant :

Attendu que M. X... a été hospitalisé d'office au centre hospitalier de Montfavet (unité pour malades difficiles) du 11 avril 2000 au 2 février 2001 par arrêtés préfectoraux des 11 avril, 10 mai et 9 août 2000 ; que ces décisions ayant été annulées par la juridiction administrative, il a, par assignation du 26 mars 2003, introduit une action en paiement de dommages-intérêts à l'encontre de l'agent judiciaire du Trésor et du centre hospitalier de Montfavet ; que par le même acte, M et Mme X..., ont présenté une demande en réparation du préjudice subi du fait de l'hospitalisation de leur fils ;

Sur le premier moyen, pris en sa seconde branche :

Vu la loi des 16-24 août 1790, ensemble les articles L. 3213-1 à L. 3213-10 du code de la santé publique ;

Attendu que pour se dire incompétente pour statuer sur la demande en réparation de M. X... et de ses parents à l'encontre du centre hospitalier de Montfavet, l'arrêt retient qu'au regard des certificats médicaux établis en avril 2002, aucune voie de fait ne permet de justifier la compétence des juridictions de l'ordre judiciaire ;

Qu'en statuant ainsi, alors que les tribunaux judiciaires sont seuls compétents pour apprécier les conséquences dommageables résultant de l'irrégularité des décisions administratives de placement ou de maintien sous le régime de l'hospitalisation d'office, la cour d'appel a violé les textes susvisés ;

Et sur le deuxième moyen :

Vu l'article 1382 du code civil ;

Attendu que pour débouter M et Mme X... de leur demande en réparation du préjudice subi du fait de l'hospitalisation de leur fils présentée contre l'agent judiciaire du Trésor, l'arrêt retient qu'ils ne justifient pas d'un préjudice direct causé par l'illégalité des arrêtés préfectoraux de placement, dont l'annulation, pour des motifs formels ne peut être génératrice d'un préjudice direct causé à des tiers à ces actes ;

Qu'en statuant ainsi, alors que le placement irrégulier de M. X... en milieu psychiatrique cause à ses parents un préjudice direct dont ils sont bien fondés à demander réparation, la cour d'appel a violé le texte susvisé ;

Et sur le troisième moyen :

Vu les articles 5-1 et 5-5 de la convention européenne des droits de l'homme et des libertés fondamentales, ensemble l'article 1382 du code civil ;

Attendu que pour limiter à la somme de 10 000 euros le montant des dommages-intérêts dus à M. X... en réparation de son préjudice, l'arrêt retient que nonobstant les irrégularités formelles des arrêtés ordonnant

son placement d'office, celui-ci était justifié par son état pathologique préalable à l'irrégularité commise ;

Qu'en statuant ainsi, alors que M. X... pouvait prétendre à l'indemnisation de l'entier préjudice né de l'atteinte portée à sa liberté par son hospitalisation d'office irrégulièrement ordonnée, la cour d'appel a violé les textes susvisés ;

PAR CES MOTIFS, et sans qu'il y ait lieu de statuer sur la première branche du premier moyen :

CASSE ET ANNULE, dans toutes ses dispositions, l'arrêt rendu le 3 février 2009, entre les parties, par la cour d'appel de Paris ; remet, en conséquence, la cause et les parties dans l'état où elles se trouvaient avant ledit arrêt et, pour être fait droit, les renvoie devant la cour d'appel de Paris, autrement composée ;

Condamne l'agent judiciaire du Trésor et le Centre hospitalier de Montfavet aux dépens ;

Vu l'article 700 du code de procédure civile, rejette les demandes ;

Dit que sur les diligences du procureur général près la Cour de cassation, le présent arrêt sera transmis pour être transcrit en marge ou à la suite de l'arrêt cassé ;

Ainsi fait et jugé par la Cour de cassation, première chambre civile, et prononcé par le président en son audience publique du vingt-trois juin deux mille dix.

MOYENS ANNEXES au présent arrêt

Moyens produits par Me Ricard, avocat aux conseils pour M. Lionel X..., de M. Bernard X... et de Mme Z... ;

PREMIER MOYEN DE CASSATION

Il est fait grief à l'arrêt attaqué d'avoir confirmé le jugement sur l'incompétence retenue pour connaître de l'action intentée par Monsieur Lionel X... et Monsieur et madame X... contre le Centre Hospitalier de Montfavet ;

AUX MOTIFS PROPRES QUE « si les appelants excipent d'une faute commise à leur préjudice par le Centre Hospitalier de Montfavet en ce qu'il aurait fautivement admis M. L. X..., ne les auraient pas informés des recours dont ils pouvaient disposer contre cette admission ou encore en l'ayant maintenu en placement à partir d'actes médicaux erronés transgressant, par-là, les dispositions de l'article 5-2 de la CEDH, force reste de constater que seule une irrégularité du placement sur une période restée limitée, entre le 11 avril 2000 et le 10 août 2000, a été retenue et ce alors que les décisions ultérieurement prises à cet effet n'ont jamais été attaquées ;

Considérant, en outre et surtout, que devant les constatations alors opérées résultant, notamment, des certificats médicaux établis les 12 avril 2002, (lire 2000) certificats évoquant ou faisant état d'une "dangerosité potentielle", (21 avril 2002 lire 2000) d'une humeur hypersthénique, des traits de personnalité paranoïaques évidents et d'une absence totale de prise de conscience", ceux ultérieurs évoquant, encore, "une personnalité pathologique avec hypertrophie du moi, agressivité querulence, processivité et rigidité du mode de pensée, juridisme et formalisme" , aucune voie de fait permettant de justifier la compétence des juridictions de l'ordre judiciaire n'est en l'espèce établie et qu'il convient donc de confirmer le jugement déféré en ce qu'il s'est déclaré incompétent et renvoyé les parties à mieux se pourvoir sur les demandes présentées par les appelants à l'encontre du Centre Hospitalier de Montfavet qui d'ailleurs n'a été l'auteur d'aucune des décisions irrégulières».

ET AUX MOTIFS ADOPTES QUE «s'agissant des fautes alléguées à l'encontre des médecins qui l'ont soigné durant son séjour au Centre Hospitalier de Montfavet, dont la nécessité a été reconnue, elles mettent en cause le fonctionnement d'un service public de santé ; qu'en l'absence de voie de fait Me Pierre RICARD - Avocat aux Conseils - Pourvoi n° D0966026 Page 6/17 caractérisée, seul le juge administratif est compétent pour statuer sur la demande de réparation».

ALORS QUE il ressortait des écritures de Monsieur X... et des pièces versées aux débats, que par jugement rendu le 16 janvier 2001, le Tribunal Administratif de Marseille a annulé les deux arrêtés du 11 avril 2000 et du 10 mai suivant pour défaut de motivation, et que par jugement du 13 novembre 2006 le Tribunal Administratif de Marseille a annulé l'arrêté du 9 août 2000 portant reconduction de l'hospitalisation d'office pour une durée de 6 mois, de sorte que toutes les décisions de placement ont été annulées ; qu'en retenant que seule une irrégularité du placement sur une période restée limitée, entre le 11 avril 2000 et le 10 août 2000, a été retenue et ce alors que les décisions ultérieurement prises à cet effet n'ont jamais été attaquées, la Cour d'appel a méconnu les termes du litige et violé les articles 4 et 7 du Code de procédure civile ;

ALORS QUE les tribunaux judiciaires sont seuls compétents d'une part pour apprécier la nécessité et le bien-fondé de la mesure d'internement ainsi que pour réparer éventuellement les dommages susceptibles de résulter de ce point de vue d'un internement arbitraire et d'autre part pour statuer sur l'ensemble des conséquences dommageables découlant de l'irrégularité de la décision administrative de placement annulée par le juge administratif ; qu'en se déclarant incompétent pour connaître de l'action indemnitaire des consorts

X... à l'encontre du Centre Hospitalier de Montfavet fondée d'une part sur le placement arbitraire de Monsieur Lionel X... et son transfert en unité pour malades difficiles et d'autre part sur l'annulation des arrêtés d'hospitalisation au motif erroné qu'aucune voie de fait permettant de justifier la compétence des juridictions de l'ordre judiciaire n'était en l'espèce établie, la Cour d'appel a violé la loi des 16-24 août 1790, ensemble les articles L. 3213-1 à L. 3213-10 du Code de la santé publique et l'article 5 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales ;

DEUXIEME MOYEN DE CASSATION

Il est fait grief à l'arrêt attaqué d'avoir confirmé le jugement sur le rejet des demandes présentées par Monsieur et Madame X... contre l'Agent judiciaire du Trésor ;

AUX MOTIFS QUE «les parents de M. L. X... ne justifient pas d'un préjudice direct causé par l'illégalité des arrêtés préfectoraux de placement dont l'annulation, pour des motifs formels, ne peut être génératrice d'un préjudice direct causé à des tiers à ces actes».

ALORS QUE pour être réparable, il suffit que le préjudice invoqué soit personnel, direct et certain ; que subissent un préjudice moral direct les parents dont le fils est victime d'un internement psychiatrique jugé irrégulier ; qu'en rejetant la demande de Monsieur et Madame X... en réparation du préjudice moral qu'ils ont subi du fait de l'internement irrégulier de leur fils au motif erroné que l'annulation des arrêtés de placement, pour des motifs formels, ne peut être génératrice d'un préjudice direct causé à des tiers à ces actes, la Cour d'appel a violé l'article 1382 du Code civil.

TROISIEME MOYEN DE CASSATION

Il est fait grief à l'arrêt attaqué d'avoir limité le montant des dommages et intérêts compensateurs du dommage causé à Monsieur Lionel X... à la somme de 10.000 euros ;

AUX MOTIFS QUE « l'état pathologique de l'appelant n'est plus utilement démenti et qu'il convient, en conséquence, à partir de l'existence de cet état, état préalable à la faute commise, des difficultés inéluctables auxquelles M. L. X... était exposé non par l'effet exclusif de la faute commise mais par celui de son état de santé, tenant compte aussi de ce qu'il était installé depuis 1999 seulement et avait personnellement perçu, sur les trois mois antérieurs à son placement, une somme de 130.960 F., tenant compte encore de ce que sa situation individuelle imprégnée d'une forte violence pathologique était telle qu'elle l'avait conduit à l'acquisition d'une arme, un fusil de chasse de calibre 12 et de munitions stockées chez lui, d'éléments suffisants pour chiffrer à 10.000 € le montant du préjudice subi restant en lien de causalité avec la faute préjudiciable commise ».

ALORS QUE Monsieur Lionel X... faisait état de plusieurs chefs de préjudice, tirés notamment des conditions de son hospitalisation, du préjudice moral résultant de la durée de celle-ci, de la perte de revenus et d'exploitation du cabinet médical, de la perte de sa clientèle consécutive à la durée de l'hospitalisation et des frais d'hospitalisation qui lui ont été facturés; que la cour d'appel, en s'abstenant de dire la raison pour laquelle elle excluait l'indemnisation de ces préjudices, n'a pas donné de motifs à sa décision en violation des articles 455 et 458 du nouveau Code de procédure civile ;

ALORS QUE en vertu du principe de la réparation intégrale, la victime doit être replacée dans la situation où elle se serait trouvée si l'acte dommageable ne s'était pas produit ; qu'après avoir relevé l'irrégularité du placement de Monsieur Lionel X... en hôpital psychiatrique, la cour d'appel a limité l'indemnisation de son préjudice à une fraction de la perte de revenus dont il faisait état ; qu'en refusant d'indemniser, au motif inopérant d'un état pathologique préexistant à son internement, l'entier préjudice subi du fait de l'internement irrégulier, la Cour d'appel a violé l'article 1382 du Code civil.

Analyse

Publication : Bulletin 2010, I, n° 141

Décision attaquée : Cour d'appel de Paris , du 3 février 2009

Titrages et résumés : CONVENTION EUROPEENNE DES DROITS DE L'HOMME - Article 5 - Droit à la liberté et à la sûreté - Privation - Cas - Détention - Détention d'un aliéné - Régularité - Défaut - Effet

Violent les articles 5 §1 et 5 § 5 de la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales, ensemble l'article 1382 du code civil, la cour d'appel qui, pour limiter le montant des dommages-intérêts dus à une personne hospitalisée d'office en exécution d'arrêtés préfectoraux, retient que nonobstant les irrégularités formelles de ces décisions, son placement était justifié par son état

pathologique préalable, alors que l'intéressé pouvait prétendre à l'indemnisation de l'entier préjudice né de l'atteinte portée à sa liberté par son hospitalisation d'office irrégulièrement ordonnée

RESPONSABILITE DELICTUELLE OU QUASI DELICTUELLE - Dommage - Réparation - Etendue - Applications diverses - Hospitalisation d'office irrégulièrement ordonnée
HOPITAL - Malades mentaux - Hospitalisation d'office - Décision administrative - Régularité - Défaut - Sanction

Précédents jurisprudentiels : Sur le droit à l'indemnisation de l'entier préjudice résultant d'une hospitalisation d'office irrégulièrement ordonnée, dans le même sens que : 1^{re} Civ., 31 mars 2010, pourvoi n° 09-11.803, Bull. 2010, I, n° 77 (rejet)

Textes appliqués :

- article 5 § 1 et 5 de la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales ; article 1382 du code civil

Références

Cour de cassation
chambre civile 1
Audience publique du mercredi 31 mars 2010
N° de pourvoi: 09-11803
Publié au bulletin

Rejet

M. Charruault, président
Mme Auroy, conseiller rapporteur
M. Sarcelet, avocat général
Me de Nervo, SCP Ancel et Couturier-Heller, avocat(s)

Texte intégral

REPUBLIQUE FRANCAISE

AU NOM DU PEUPLE FRANCAIS

LA COUR DE CASSATION, PREMIÈRE CHAMBRE CIVILE, a rendu l'arrêt suivant :

Sur le moyen unique :

Attendu que Mme X... a été hospitalisée d'office au centre hospitalier Robert Ballanger d'Aulnay-sous-Bois du 18 juillet 2001 au 21 février 2002, en exécution d'un arrêté de l'adjoint au maire de Livry-Gargan du 18 juillet 2001 et d'arrêts du préfet de Seine-Saint-Denis en date des 20 juillet, 20 août et 20 novembre 2001 ; que, le 19 janvier 2006, un tribunal administratif a annulé ces mesures successives de placement ; que le 12 décembre 2007, Mme X... a saisi le juge des référés d'une demande en paiement, à titre provisionnel, d'une somme en réparation du préjudice subi du fait de son hospitalisation d'office déclarée illégale ;

Attendu que l'agent judiciaire du Trésor fait grief à l'arrêt confirmatif attaqué (Paris, 24 octobre 2008) de l'avoir condamné à payer à Mme X... une somme à titre provisionnel à valoir sur les dommages-intérêts auxquels elle peut prétendre, alors, selon le moyen, que s'il appartient aux juridictions de l'ordre administratif d'apprécier la régularité de la décision administrative de placement d'office en application de l'article L. 3213-1 du code de la santé publique, l'autorité judiciaire, gardienne de la liberté individuelle, est seule compétente pour apprécier la nécessité de cette mesure ; d'où il résulte, en déduisant que l'annulation des arrêtés préfectoraux ordonnant l'hospitalisation d'office par le juge administratif privait de tout fondement légal cette hospitalisation, de telle sorte qu'elle n'avait pas à rechercher si cette mesure était médicalement justifiée pour en déduire que Mme X... avait droit à une provision sur l'indemnisation de son entier préjudice du fait du placement d'office, peu important la fin de non-recevoir tirée de la prescription quadriennale, la cour d'appel, à qui il appartenait d'apprécier la nécessité de cette mesure, a méconnu son office au regard de l'article susvisé du code de la santé publique, ensemble l'article 66 de la Constitution, la loi des 16-24 août 1790 et le décret du 16 fructidor an III ;

Mais attendu que, par motifs propres et adoptés, la cour d'appel a énoncé, à bon droit, que, par application de l'article 5-1 et 5-5 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales, les décisions d'annulation du 19 janvier 2006 constituaient le fait générateur de l'obligation à indemnisation de Mme X..., dont l'atteinte à la liberté individuelle résultant de l'hospitalisation d'office se trouvait privée de tout fondement légal, de sorte que lors de la saisine du juge des référés le 12 décembre 2007, la prescription quadriennale n'était pas acquise ; qu'elle en a exactement déduit que la créance de l'intéressée contre l'Etat du chef des conséquences dommageables des irrégularités ayant entaché les mesures de placement n'était pas sérieusement contestable ; que le moyen n'est pas fondé ;

PAR CES MOTIFS :

REJETTE le pourvoi ;

Condamne l'agent judiciaire du Trésor aux dépens ;

Vu l'article 37 de la loi du 10 juillet 1991, condamne l'agent judiciaire du Trésor à payer à Me de Nervo la

somme de 1 000 euros ;

Ainsi fait et jugé par la Cour de cassation, première chambre civile, et prononcé par le président en son audience publique du trente et un mars deux mille dix.

MOYEN ANNEXE au présent arrêt

Moyen produit par la SCP Ancel et Couturier-Heller, avocat aux Conseils pour l'agent judiciaire du Trésor

Le moyen reproche à l'arrêt confirmatif attaqué d'avoir condamné l'Agent judiciaire du Trésor à payer à Mme X... la somme de 10.000 euros à titre provisionnel à valoir sur les dommages et intérêts auxquels elle peut prétendre ;

AUX MOTIFS QUE il ressort des pièces produites aux débats et des écritures des parties que le 18 juillet 2001, l'adjoint au maire de Livry Gargan a pris à l'encontre de Madame Yvonne X... une mesure d'hospitalisation d'office provisoire à l'établissement public de santé Robert Ballanger ;

Que le 20 juillet 2001, le Préfet de Seine Saint Denis a ordonné son hospitalisation d'office, a maintenu cette mesure le 20 août 2001 pour une durée de trois mois et le 20 novembre 2001 pour une durée de six mois et y a mis fin par arrêté du 21 février 2002 ;

Que par jugement du 19 janvier 2006, le Tribunal administratif de Cergy Pontoise a annulé ces décisions attaquées par Mme Yvonne X... qui, le 12 décembre 2007, a saisi le juge des référés en paiement provisionnel d'une somme de 20.000 euros en réparation du préjudice subi du fait de cette hospitalisation d'office dont l'irrégularité a été reconnue judiciairement ; que c'est dans ces conditions qu'a été rendue l'ordonnance entreprise ;

Que pour faire droit à la demande de provision, le premier juge a dit qu'il n'y a pas lieu de rechercher si la mesure de placement d'office était ou non justifiée sur le plan médical, que le seul fait que l'atteinte à la liberté résultant de ce placement d'office se trouve privée de toute base légale ouvre droit à réparation, que les annulations des arrêtés prononcées par le juge administratif le 19 janvier 2006 constituent le fait générateur de l'obligation à indemnisation et qu'ainsi la prescription n'est pas acquise ;

Qu'il a ensuite relevé que si l'internement de Mme Yvonne X... en milieu hospitalier a duré 14 jours du 18 au 31 juillet 2001, il n'a été mis fin à l'hospitalisation d'office que par arrêté du 21 février 2002, les sorties autorisées chaque semaine représentant une contrainte entrant incontestablement dans l'appréciation du préjudice ; qu'ainsi, il a considéré qu'il n'y avait pas lieu à distinguer selon les chefs du préjudice subi mais qu'il fallait l'apprécier dans son intégralité ;

Qu'au soutien de son appel, l'Agent judiciaire du Trésor soulève l'existence d'une contestation sérieuse du fait de l'extinction de la créance ; qu'il fait valoir que seul le préjudice moral né de l'annulation des arrêtés est susceptible d'être indemnisé, que si Mme X... a agi dans les délais pour solliciter réparation de ce préjudice, sa demande formée par voie d'assignation le 12 décembre 2007 en réparation des préjudices résultant de l'hospitalisation d'office à laquelle il a été mis fin par arrêté du 21 février 2002 est prescrite depuis le 1er janvier 2007 pour ne pas avoir été initiée en application de l'article 1er de la loi du 31 décembre 1968 dans le délai de 4 ans « à partir du premier jour de l'année suivant celle au cours de laquelle les droits ont été acquis », soit à compter de la fin de la mesure d'hospitalisation d'office ;

Que l'appelant invoque, à titre subsidiaire, l'existence d'une contestation sérieuse dans la mesure où l'hospitalisation d'office était selon lui médicalement justifiée et plus subsidiairement, l'absence de preuve d'un quelconque préjudice ;

Que l'annulation des décisions administratives – réputées n'avoir en conséquence jamais été prises – ce qui prive de tout fondement légal l'hospitalisation d'office de Mme X... est suffisante à consacrer l'atteinte à la liberté individuelle, et ce, sans qu'il y ait lieu, ni de distinguer selon les chefs de préjudice résultant de ce placement d'office, ôtant ainsi toute pertinence à la fin de non-recevoir tirée de la prescription soulevée par l'Agent judiciaire du Trésor, ni de rechercher si la mesure de placement d'office était médicalement justifiée ; Que dès lors, la créance de Mme X... contre l'Etat du chef des conséquences dommageables des irrégularités ayant entaché la mesure de placement d'office n'est pas sérieusement contestable ;

Que c'est par une exacte appréciation des éléments de la cause et par des motifs pertinents que le premier juge a alloué à Mme Yvonne X... une provision de 10.000 euros à valoir sur l'indemnisation de l'entier préjudice subi du fait du placement d'office du 18 juillet 2001 au 21 février 2002 ; que l'appel incident doit en conséquence être rejeté ;

Qu'au vu de ce qui précède, l'ordonnance entreprise doit être confirmée en toutes ses dispositions ;

ALORS QUE s'il appartient aux juridictions de l'ordre administratif d'apprécier la régularité de la décision administrative de placement d'office en application de l'article L 3213-1 du Code de la santé publique, l'autorité judiciaire, gardienne de la liberté individuelle, est seule compétente pour apprécier la nécessité de cette mesure ;

D'où il résulte, en déduisant que l'annulation des arrêtés préfectoraux ordonnant l'hospitalisation d'office par le juge administratif privait de tout fondement légal cette hospitalisation, de telle sorte qu'elle n'avait pas à rechercher si cette mesure était médicalement justifiée pour en déduire que Mme X... avait droit à une provision sur l'indemnisation de son entier préjudice du fait du placement d'office, peu important la fin de non-recevoir tirée de la prescription quadriennale, la Cour d'appel, à qui il appartenait d'apprécier la nécessité

de cette mesure, a méconnu son office au regard de l'article susvisé du Code de la santé publique, ensemble l'article 66 de la Constitution, la loi des 16-24 août 1790 et le décret du 16 fructidor an III ;

Analyse

Publication : Bulletin 2010, I, n° 77

Décision attaquée : Cour d'appel de Paris , du 24 octobre 2008

▸ Cour d'appel de Paris, 24 octobre 2008, 08/4637

Titrages et résumés : CONVENTION EUROPEENNE DES DROITS DE L'HOMME - Article 5 - Droit à la liberté et à la sûreté - Privation - Cas - Détention d'un aliéné - Régularité - Défaut - Effet

Par application de l'article 5-1 et 5-5 de la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales, les décisions d'annulation des arrêtés d'hospitalisation d'office par le tribunal administratif constituent le fait générateur de l'obligation à indemnisation d'une personne dont l'atteinte à la liberté individuelle résultant de l'hospitalisation d'office se trouve privée de tout fondement légal.

Doit être approuvé l'arrêt qui, pour accueillir la demande de provision de l'intéressée à valoir sur l'indemnisation de son entier préjudice, a retenu que les mesures successives de placement, qui avaient pris fin le 20 novembre 2001, ayant été annulées par un tribunal administratif le 19 janvier 2006, la prescription quadriennale n'était pas acquise lors de la saisine du juge des référés le 12 décembre 2007 et que la créance contre l'Etat du chef des conséquences dommageables des irrégularités ayant entaché les mesures de placement n'était pas sérieusement contestable

ETAT - Créance sur l'Etat - Prescription quadriennale - Point de départ - Définition - Date du fait générateur de la créance - Portée

REFERE - Provision - Attribution - Conditions - Obligation non sérieusement contestable - Applications diverses - Obligation de l'Etat d'indemniser une personne hospitalisée d'office sur le fondement d'un arrêté préfectoral ultérieurement annulé par le juge administratif

HOPITAL - Malades mentaux - Hospitalisation d'office - Décision administrative - Régularité - Défaut - Sanction

Précédents jurisprudentiels : Sur l'attribution d'une provision en référé, évolution par rapport à :2e Civ., 23 septembre 2004, pourvoi n° 03-14.284, Bull. 2004, II, n° 431 (cassation). Sur l'unification au profit du juge judiciaire du contentieux de la réparation de l'annulation des mesures d'hospitalisation d'office, à rapprocher :Tribunal des conflits, 22 mars 2004, n° 3341, Bull. 2004, T. conflits, n° 10, et la décision citée. Sur le point de départ du délai de prescription de l'action en réparation contre l'Etat pour hospitalisation abusive, à rapprocher : Ass. Plén., 6 juillet 2001, pourvoi n° 98-17.006, Bull. 2001, Ass. plén., n° 9

Textes appliqués :

▸ article 1er de la loi n° 68-1250 du 31 décembre 1968 relative à la prescription des créances sur l'Etat, les départements, les communes et les établissements publics

▸ articles 5-1 et 5-5 de la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales

Références

**Cour de cassation
chambre civile 1**

Audience publique du mercredi 19 décembre 2012

N° de pourvoi: 11-22485

Non publié au bulletin

Cassation partielle

M. Charruault (président), président

Me Ricard, SCP Ancel, Couturier-Heller et Meier-Bourdeau, SCP Masse-Dessen, Thouvenin et Coudray, avocat (s)

Texte intégral

REPUBLIQUE FRANCAISE

AU NOM DU PEUPLE FRANCAIS

LA COUR DE CASSATION, PREMIÈRE CHAMBRE CIVILE, a rendu l'arrêt suivant :

Attendu, selon l'arrêt attaqué, que Mme X... a été hospitalisée d'office au centre hospitalier spécialisé de Lannemezan du 8 février 1994 au 21 octobre 1994 en exécution d'arrêtés du maire de Tarbes et du préfet des Hautes-Pyrénées ; que, par décision 20 juin 2006, une cour administrative d'appel a annulé ces arrêtés ; que Mme X... a assigné l'État, le maire de Tarbes et le centre hospitalier spécialisé de Lannemezan en réparation du préjudice qu'elle prétendait avoir subi du fait de son internement illicite ;

Sur le deuxième moyen :

Attendu que Mme X... fait grief à l'arrêt de rejeter sa demande de condamnation in solidum du centre hospitalier de Lannemezan à réparer son dommage subi du fait de la privation de base légale de son hospitalisation, alors, selon le moyen, que toute personne apportant son concours à une mesure privative de liberté individuelle annulée pour illégalité engage sa responsabilité au titre du préjudice subi ; qu'en l'espèce il est constant que le centre hospitalier spécialisé de Lannemezan qui a détenu Mme X... du 8 février 1994 au 21 octobre a contribué par son fait à l'atteinte portée à sa liberté par son hospitalisation d'office irrégulièrement ordonnée ; qu'en retenant que le centre hospitalier de Lannemezan était étranger aux décisions annulées qu'il ne peut qu'exécuter, de sorte que sa responsabilité ne peut être recherchée à ce titre, la cour d'appel a violé ensemble, les articles 5-1 et 5-5 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales, le principe selon lequel chacun des responsables d'un même dommage doit être condamné à la réparer en totalité et l'article 1382 du code civil ;

Mais attendu que la cour d'appel a exactement retenu que le centre hospitalier spécialisé de Lannemezan était étranger aux décisions annulées qu'il ne pouvait qu'exécuter, de sorte que sa responsabilité ne pouvait être recherchée ; que le moyen n'est pas fondé ;

Mais sur les premier et troisième moyens réunis :

Vu les articles 5-1 et 5-5 de la Convention européenne des droits de l'homme, ensemble les articles 1er de la loi du 31 décembre 1968 et 1382 du code civil ;

Attendu que pour déclarer irrecevable l'action de Mme X... en ce qu'elle tendait à la réparation du préjudice né du caractère médicalement injustifié de son hospitalisation et limiter l'indemnité allouée à celle-ci à la réparation de son préjudice moral, l'arrêt énonce que le point de départ du délai de prescription de l'action en réparation du premier chef de préjudice est le premier jour de l'année suivant celle au cours de laquelle l'internement a pris fin, de sorte que seul le préjudice moral subi par l'intéressée peut être réparé ;

Qu'en statuant ainsi alors que la décision d'annulation des arrêtés litigieux constituait le fait générateur de l'obligation d'indemniser Mme X..., laquelle pouvait prétendre à la réparation de l'entier préjudice né de l'atteinte portée à sa liberté par son hospitalisation d'office irrégulièrement ordonnée, la cour d'appel a violé, par fausse application, les textes susvisés ;

PAR CES MOTIFS :

CASSE ET ANNULE, mais seulement en ses dispositions rejetant les demandes formées par Mme X... à l'encontre de l'agent judiciaire du Trésor et du maire de Tarbes, l'arrêt rendu le 6 avril 2010, entre les parties, par la cour d'appel de Paris ; remet, en conséquence, sur ce point, la cause et les parties dans l'état où elles se trouvaient avant ledit arrêt et, pour être fait droit, les renvoie devant la cour d'appel de Versailles ;

Condamne la commune de Tarbes et l'agent judiciaire du Trésor aux dépens ;

Vu les articles 700 du code de procédure civile et 37 de la loi du 10 juillet 1991, condamne la commune de Tarbes et l'agent judiciaire du Trésor à payer à Me Ricard, avocat de Mme X..., la somme totale de 3 000 euros ;

Dit que sur les diligences du procureur général près la Cour de cassation, le présent arrêt sera transmis pour être transcrit en marge ou à la suite de l'arrêt partiellement cassé ;

Ainsi fait et jugé par la Cour de cassation, première chambre civile, et prononcé par le président en son audience publique du dix-neuf décembre deux mille douze.

MOYENS ANNEXES au présent arrêt

Moyens produits par Me Ricard, avocat aux Conseils, pour Mme X...

PREMIER MOYEN DE CASSATION

Il est fait grief à l'arrêt confirmatif attaqué d'avoir prescrite une partie de la demande de Madame X... tendant à la condamnation in solidum de l'agent judiciaire du Trésor, de la Commune de Tarbes et du Centre Hospitalier Spécialisé de Lannemezan à lui payer la somme de 300.000 Euros à titre de dommages et intérêts en réparation du préjudice subi du fait de l'internement illégal dont elle a fait l'objet du 8 février au 21 octobre 1994 ;

AUX MOTIFS QUE :

Sur la prescription :

Considérant qu'aux termes de l'article 1er de la loi du 31 décembre 1968 toutes les créances qui n'ont pas été payées dans un délai de quatre ans à partir du premier jour de l'année suivant celle au cours de laquelle les droits ont été acquis, sont prescrites au profit de l'Etat, des départements, des communes et des établissements publics ;

Considérant que Mme X... soutient, contrairement à ce qu'a jugé le tribunal, la recevabilité de son action pour le tout car elle aurait été empêchée d'agir tant qu'elle n'a pas eu communication de son dossier médical, qu'elle ne l'a obtenu qu'après saisine de la CADA et du tribunal administratif qui l'a ordonné le 30 octobre 2002 et que ses démarches ont interrompu la prescription ;

1/ Considérant, s'agissant de la demande relative au bien fondé de la mesure d'hospitalisation d'office, que le point de départ de la prescription invoquée par les intimés est le fait générateur du préjudice invoqué par Mme X... ;

Qu'en l'espèce, comme l'a retenu justement le tribunal, ce point de départ ne peut être reporté qu'au plus tard le premier jour de l'année suivant celle où la mesure contestée a pris fin, soit le 21 octobre 1994, de telle sorte que, lors de l'introduction de la demande de Mme X... le 5 octobre 2004, son action, dont la prescription avait commencé à courir le 1er janvier 1995, était déjà prescrite ;

Que les premiers juges ont justement écarté l'argument selon lequel elle aurait été empêchée d'agir, la communication de son dossier médical n'étant pas une condition nécessaire à l'action puisque Mme X... a toujours contesté son hospitalisation d'office ;

Que l'agent judiciaire du Trésor soutient à juste titre, comme le ministère public, que les démarches entreprises par l'appelante ne sont pas susceptibles d'avoir interrompu la prescription encourue, dans la mesure où les seules démarches de réclamation ont été entamées le 7 février 2001 alors que l'action était déjà prescrite, la lettre du 12 juin 1995 adressée à l'hôpital, mise en avant par Mme X..., ne contenant aucune réclamation mais seulement une demande de communication de son dossier médical ;

Qu'il résulte de ces considérations que le jugement querellé sera confirmé sur ce point ;

2/ Considérant, s'agissant de la demande relative aux conséquences préjudiciables nées de l'irrégularité formelle des arrêtés pris par le maire de Tarbes et le préfet des Hautes Pyrénées, qu'il est constant que les décisions en question ont été annulées par décisions du tribunal administratif de Pau du 21 septembre 2004 puis de la cour administrative de Bordeaux du 20 juin 2006, de sorte qu'il est inopérant de discuter de leur régularité ; que ces juridictions ayant constaté que l'action de Mme X... n'était pas prescrite, il y a lieu de

considérer, comme l'ont fait les premiers juges, que l'action en réparation de celle-ci, fondée sur ces décisions administratives qui ont constaté l'irrégularité formelle des arrêtés, n'était pas prescrite ;

ALORS QUE par application de l'article 5-1 et 5-5 de la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales, les décisions d'annulation des arrêtés d'hospitalisation d'office par le juge administratif constituent le fait générateur de l'obligation à indemnisation d'une personne dont l'atteinte à la liberté individuelle résultant de l'hospitalisation d'office se trouve privée de tout fondement légal ; qu'en distinguant le préjudice relatif au bien fondé de la mesure d'hospitalisation d'office de celui relatif aux conséquences préjudiciables nées de l'irrégularité formelle des arrêtés d'hospitalisation, pour attribuer à chacun un fait générateur distinct, quand ces préjudices procédaient d'un seul et même fait générateur à savoir l'arrêt de la cour administrative d'appel de Bordeaux du 20 juin 2006 qui a constaté l'illégalité de l'ensemble des décisions d'hospitalisation d'office, la cour d'appel a violé ensemble, les articles 5-1 et 5-5 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales, 1er et 3 de la loi du 31 décembre 1968 et 1382 du code civil.

ALORS QUE par application de l'article 5-1 et 5-5 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales, l'arrêt de la cour administrative d'appel de Bordeaux du 20 juin 2006 ayant constaté l'illégalité de l'ensemble des décisions d'hospitalisation d'office constituait le fait générateur de l'obligation à indemnisation de Mme X..., dont l'atteinte à la liberté individuelle résultant de l'hospitalisation d'office se trouvait privée de tout fondement légal, de sorte que lors de la saisine du tribunal de grande instance de Paris les 5, 6 et 26 octobre 2004, la prescription quadriennale, qui n'avait pas commencé à courir, n'était pas acquise, et qu'ainsi Mme X... pouvait prétendre à l'indemnisation de l'entier préjudice né de l'atteinte portée à sa liberté par son hospitalisation d'office irrégulièrement ordonnée ; qu'en fixant le fait générateur au plus tard le premier jour de l'année suivant celle où la mesure contestée a pris fin, soit le 21 octobre 1994, la cour d'appel a violé ensemble, les articles 5-1 et 5-5 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales, 1er et 3 de la loi du 31 décembre 1968 et 1382 du code civil.

DEUXIEME MOYEN DE CASSATION

Il est fait grief à l'arrêt confirmatif attaqué d'avoir rejeté la demande de condamnation in solidum du Centre Hospitalier Spécialisé de Lannemezan à réparer l'entier dommage subi par Madame X... du fait de la mesure d'hospitalisation d'office privée de toute base légale

AUX MOTIFS QUE :

Qu'il convient également d'approuver le tribunal qui a retenu, comme le soutient exactement le centre hospitalier spécialisé de Lannemezan, qu'il était étranger aux décisions annulées qu'il ne peut qu'exécuter, de sorte que sa responsabilité ne peut, à l'inverse de celle du maire de Tarbes, auteur de l'un des arrêtés, et de celle de l'agent judiciaire du Trésor, tenu par celle du préfet, auteur de l'autre, être recherchée à ce titre ;

Considérant dans ces conditions, que le jugement ne peut qu'être, sur ce point également, confirmé ;

ALORS QUE toute personne apportant son concours à une mesure privative de liberté individuelle annulée pour illégalité engage sa responsabilité au titre du préjudice subi ; qu'en l'espèce il est constant que le Centre hospitalier spécialisé de Lannemezan qui a détenu Madame X... du 8 février 1994 au 21 octobre a contribué par son fait à l'atteinte portée à sa liberté par son hospitalisation d'office irrégulièrement ordonnée ; qu'en retenant que le centre hospitalier de Lannemezan était étranger aux décisions annulées qu'il ne peut qu'exécuter, de sorte que sa responsabilité ne peut être recherchée à ce titre, la cour d'appel a violé ensemble, les articles 5-1 et 5-5 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales, le principe selon lequel chacun des responsables d'un même dommage doit être condamné à la réparer en totalité et l'article 1382 du code civil.

TROISIEME MOYEN DE CASSATION

Il est fait grief à l'arrêt confirmatif attaqué d'avoir limité l'indemnisation du préjudice subi par Madame X... du fait de son hospitalisation privée de tout fondement légal au seul préjudice moral

AUX MOTIFS QUE

Comme relevé à juste raison par le jugement déféré, l'annulation des arrêtés les ayant privés de fondement légal suffit à justifier du préjudice moral subi par Mme X... et de son indemnisation corrélative, ce dont, contrairement à ce qu'affirme l'agent judiciaire du Trésor, elle se prévaut expressément en cause d'appel (page 7 de ses conclusions) ; que la décision ne peut qu'être approuvée de ce chef, en ce compris l'évaluation de la réparation qu'elle en a faite au regard d'une hospitalisation qui a duré 8 mois, sans que Mme X... ne puisse être suivie dans le surplus de ses demandes indemnitaires fondées sur le caractère médicalement injustifié de la mesure ;
Considérant qu'il résulte de l'ensemble de ces motifs que le jugement querellé sera intégralement confirmé ;

ALORS QUE l'annulation des décisions administratives d'hospitalisation d'office prive de tout fondement légal l'hospitalisation d'office qui caractérise ainsi une atteinte portée à la liberté individuelle, peu important le bien ou mal fondé de la mesure, et ouvre droit au profit de la victime à réparation de son entier préjudice ; qu'en

limitant le droit à réparation au seul préjudice moral au prétexte que Madame X... ne peut être suivie dans le surplus de ses demandes indemnitaires fondées sur le caractère médicalement injustifié de la mesure, la cour d'appel a violé ensemble, les articles 5-1 et 5-5 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales et 1382 du code civil.

Analyse

Décision attaquée : Cour d'appel de Paris , du 6 avril 2010



Références

**Cour de cassation
chambre civile 1**

Audience publique du mercredi 5 décembre 2012

N° de pourvoi: 11-24527

Non publié au bulletin

Cassation partielle

M. Charruault (président), président

Me Ricard, SCP Ancel, Couturier-Heller et Meier-Bourdeau, SCP Richard, avocat(s)

Texte intégral

REPUBLIQUE FRANCAISE

AU NOM DU PEUPLE FRANCAIS

LA COUR DE CASSATION, PREMIÈRE CHAMBRE CIVILE, a rendu l'arrêt suivant :

Attendu, selon l'arrêt attaqué, que M. X... et Mme X... ont été placés en garde à vue le 21 mars 1997 puis hospitalisés d'office au centre hospitalier de Narbonne par deux arrêtés préfectoraux du même jour pris au vu du certificat médical établi, pour chacun d'eux, par M. Y..., médecin ; que M. X... est sorti le 3 avril 1997 et Mme X... le 18 avril 1997 ; que, le 6 juillet 2000, une cour administrative d'appel a annulé les arrêtés préfectoraux ; que, par actes des 21 et 28 décembre 2001, M. et Mme X... ont assigné M. Y..., le centre hospitalier de Narbonne et l'agent judiciaire du Trésor en déclaration de responsabilité et réparation des préjudices consécutifs à leur mesure d'internement ; qu'ils ont formé appel contre le jugement ayant condamné l'agent judiciaire du Trésor au paiement de dommages-intérêts et les ayant déboutés de leurs autres demandes ;

Sur le second moyen du pourvoi principal :

Attendu que ce moyen n'est pas de nature à permettre l'admission du pourvoi ;

Sur le moyen unique du pourvoi incident :

Attendu que M. Y... fait grief à l'arrêt de le condamner au paiement de dommages-intérêts alors, selon le moyen :

1°/ que le médecin requis afin d'établir un certificat médical en vue d'une hospitalisation d'office ne commet pas de faute de nature à engager sa responsabilité à l'égard de l'intéressé, en émettant un certificat insuffisamment motivé ; qu'en décidant néanmoins que M. Y... avait commis une faute de nature à engager sa responsabilité à l'égard de M. et Mme X..., en motivant son certificat médical de manière insuffisante, la cour d'appel a violé l'article L 342 ancien du code de la santé publique, ensemble l'article 1382 du code civil ;

2°/ que, subsidiairement, la faute commise par le médecin, requis afin d'établir un certificat médical en vue d'une hospitalisation d'office, qui motive son certificat de manière insuffisante, ne se trouve pas en relation de cause à effet avec le dommage résultant de l'hospitalisation d'office prononcée par le préfet au vu de ce certificat ; qu'en décidant néanmoins qu'en établissant un certificat médical insuffisamment motivé, M. Y... avait concouru à l'irrégularité de la mesure d'internement d'office prise à l'encontre de M. et Mme X..., de sorte qu'il devait en répondre, la cour d'appel a violé l'article L. 342 ancien du code de la santé publique, ensemble l'article 1382 du code civil ;

Mais attendu qu'ayant retenu, par motifs tant propres qu'adoptés, que M. Y... avait établi des certificats médicaux, destinés à justifier une mesure d'hospitalisation sous la contrainte, non circonstanciés, ne démontrant pas la réalité de l'affection mentale qu'il citait ni les troubles en découlant qui auraient pu compromettre la sûreté des personnes, la cour d'appel a pu en déduire que M. Y... avait, en raison de ces insuffisances qui lui étaient imputables à faute, concouru à la réalisation du préjudice subi par les époux X... du fait de leur internement irrégulier ; que le moyen n'est pas fondé ;

Mais sur le premier moyen du pourvoi principal :

Vu les articles 5-1 et 5-5 de la Convention européenne des droits de l'homme et 1382 du code civil ;

Attendu que, pour limiter l'indemnisation de M. et Mme X... à leur seul préjudice moral résultant de l'illégalité formelle des arrêtés préfectoraux ordonnant leur hospitalisation d'office, l'arrêt retient que la mesure d'internement d'office prise à leur encontre, ses modalités d'exécution, ainsi que la prescription de traitements au cours de celle-ci étaient médicalement justifiées et qu'ils ne peuvent valablement arguer d'aucun préjudice de ces chefs ;

Qu'en statuant ainsi, alors que M. et Mme X... pouvaient prétendre à l'indemnisation de l'entier préjudice né de l'atteinte portée à leur liberté par leur hospitalisation d'office irrégulièrement ordonnée, la cour d'appel a violé les textes susvisés ;

PAR CES MOTIFS :

CASSE ET ANNULE, mais uniquement en sa disposition rejetant la demande d'indemnisation des chefs du préjudice, autres que le préjudice moral, invoqués par M. et Mme X..., l'arrêt rendu le 18 juin 2010, entre les parties, par la cour d'appel de Paris ; remet, en conséquence, sur ce point, la cause et les parties dans l'état où elles se trouvaient avant ledit arrêt et, pour être fait droit, les renvoie devant la cour d'appel de Versailles ;

Condamne l'agent judiciaire du Trésor et M. Y... aux dépens ;

Vu l'article 700 du code de procédure civile, rejette les demandes formées par M. Y... et l'agent judiciaire du Trésor et les condamne à payer aux époux X... une somme totale de 3 000 euros ;

Dit que sur les diligences du procureur général près la Cour de cassation, le présent arrêt sera transmis pour être transcrit en marge ou à la suite de l'arrêt partiellement cassé ;

Ainsi fait et jugé par la Cour de cassation, première chambre civile, et prononcé par le président en son audience publique du cinq décembre deux mille douze.

MOYENS ANNEXES au présent arrêt

Moyens produits par Me Ricard, avocat aux Conseils, pour M. et Mme X..., demandeurs au pourvoi principal

PREMIER MOYEN DE CASSATION

Il est fait grief à l'arrêt attaqué d'avoir condamné in solidum avec l'agent judiciaire du Trésor le docteur Y... et le Centre Hospitalier de Narbonne à payer aux époux la somme de 7500 euros chacun au titre du préjudice moral résultant de l'illégalité formelle des arrêtés préfectoraux du 21 mars 1997, et débouté les époux X... du surplus de leurs demandes en indemnisation

AUX MOTIFS QUE :

Considérant que l'annulation par la juridiction administrative de la mesure de placement est suffisante pour consacrer l'atteinte à la liberté individuelle et par voie de conséquence le droit à réparation de la personne qui en a fait l'objet, sans qu'il y ait lieu de rechercher si celle-ci était médicalement justifiée ;

que par ailleurs le tribunal a, à juste titre, relevé la faute commise par le docteur Y... qui a établi, sur un formulaire qu'il ne lui appartenait pas de remplir, deux certificats insuffisamment circonstanciés en ce qu'ils ne démontraient pas la réalité de l'affection mentale citée, ni les troubles en découlant qui auraient pu compromettre la sûreté des personnes ;

que le docteur Y... qui ne pouvait ignorer les conséquences des documents qu'il rédigeait a ainsi par sa faute directement concouru à l'irrégularité de la mesure d'internement d'office prise à l'encontre des époux X... et doit par conséquent en répondre ;

que le Centre Hospitalier de Narbonne qui n'est pas le simple exécutant des décisions prises par l'autorité administrative a également commis une faute engageant sa responsabilité en admettant les appelants sur la base d'un certificat manifestement insuffisant dans ces constatations relatives à l'état de dangerosité qu'ils étaient supposés présenter, qu'il pouvait cependant aisément relever sans avoir à se livrer, ce qu'il ne lui appartenait pas de faire, à une analyse approfondie de la régularité des documents administratifs à l'origine de la mesure de placement d'office ;

qu'il doit ainsi répondre, in solidum avec l'agent judiciaire du Trésor et le docteur Y... cette faute, étant en revanche observé que c'est à juste titre que le tribunal a retenu que :

- le manquement à son obligation d'information sur les droits des personnes internées n'avait entraîné aucun préjudice particulier pour les époux X... qui ont pu trois jours après leur admission, saisir un avocat afin d'exercer un recours devant le président du tribunal de grande instance de Narbonne ainsi qu'il résulte d'une lettre de leur conseil en date du 27 mars 1997 ;
- la preuve de traitements dégradants ou inhumains que les appelants allèguent ainsi que leur mise en

danger en raison de l'absence de renseignements ou du caractère erroné de ceux-ci dans leurs dossiers médicaux respectifs, n'est pas rapportée ;
qu'il convient en l'état de ces constatations de condamner in solidum l'agent judiciaire Trésor, le docteur Y... et le Centre Hospitalier de Narbonne à indemniser le préjudice moral subi par les époux X..., qui sera évalué à la somme de 7500 euros pour chacun d'eux ;

Considérant que les certificats médicaux établis par le docteur Y... bien que peu circonstanciés ont néanmoins mis en évidence pour chacun des deux époux, un comportement de type paranoïaque constaté et décrit avec précision par le docteur Z..., psychiatre, dans ses certificats :

- pour M. X..., en date du 27 mars 1997 (troubles de la personnalité de type paranoïaque qui se manifestent par la méfiance, la froideur affective, la psychorigidité, l'agressivité continue et la haute estime de soi) et du 2 avril 1997 (l'hospitalisation confirme des troubles de la personnalité de type paranoïaque 1997) et
- pour Mme X... du 26 mars (état délirant aigu de type paranoïaque qui peut être à l'origine de comportements dangereux pour elle même et pour autrui) et du 3 avril 1997 (malgré l'amélioration clinique, la persistance des troubles du jugement rend nécessaire la poursuite de l'hospitalisation d'office) ;

que par ailleurs le docteur A..., expert commis par le président du tribunal de grande instance de Narbonne, saisi par les époux X... en vue d'obtenir la mainlevée de la mesure dont ils étaient l'objet a noté " un état d'exaltation psychique en rapport à un épisode délirant aigu, épisode de type paranoïaque essentiellement à mécanisme interprétatif. L'activité délirante, à thème persécutoire prédominant est à l'origine d'accusations graves portant sur des maltraitances à enfants dans le milieu scolaire où Madame X... travaille et au complot, dans lequel participe divers acteurs de l'institution scolaire, destiné à la faire taire. Cet état délirant aigu, toujours actif quoiqu'en voie d'amélioration légère grâce au traitement que Madame X... reçoit depuis son hospitalisation, responsable de graves désordres intellectuels et ayant induit d'innombrables démarches quérulentes et processives, justifie tout à fait la mesure d'internement dont elle est l'objet actuellement". ;

qu'il apparaît en conséquence que la mesure d'internement d'office prise à l'encontre des appelants, ses modalités d'exécution, ainsi que la prescription de traitements au cours de celle-ci étaient médicalement justifiées et que les époux X... ne peuvent valablement arguer d'aucun préjudice de ces chefs ;
(pages 4 et 5)

ET AUX MOTIFS A LES SUPPOSER ADOPTES QUE :

L'irrégularité constatée par la juridiction administrative a rendu a posteriori irrégulière l'hospitalisation d'office de Charlette X... et d'Elie X.... L'annulation des arrêtés ouvre au profit de chacun d'eux un droit autonome à réparation fondé sur les dispositions de l'article 5 de la convention européenne des droits de l'homme et ce indépendamment de l'appréciation du bien fondé de telles mesures. En effet aux termes de l'article 5 §1 de ce texte, nul ne peut être privé de sa liberté (...) sauf s'il s'agit de la détention régulière d'un aliéné, l'article 5 § 5 stipulant que toute personne victime de l'arrestation ou d'une détention dans des conditions contraires aux dispositions de cet article a droit à réparation.

Toutefois, le préjudice effectivement subi par les demandeurs du fait de l'illégalité des décisions administratives nécessite pour être apprécié qu'il soit déterminé si les mesures prises étaient ou non médicalement justifiées (pages 8 et 9 du jugement)

ALORS QUE l'annulation des décisions administratives d'hospitalisation d'office prive de tout fondement légal l'hospitalisation d'office qui caractérise ainsi une atteinte portée à la liberté individuelle, peu important le bien ou mal fondé de la mesure, et ouvre droit au profit de la victime à réparation de son entier préjudice ; qu'en limitant le droit à réparation au seul titre du préjudice moral résultant de l'illégalité formelle des arrêtés préfectoraux du 21 mars 1997, quand il y avait lieu de réparer l'entier préjudice né de l'atteinte portée à la liberté par l'hospitalisation d'office irrégulièrement ordonnée, la cour d'appel a violé ensemble, les articles 5-1 et 5-5 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales et 1382 du code civil ;

ALORS QU'après avoir justement retenu que l'annulation par la juridiction administrative de la mesure de placement est suffisante pour consacrer l'atteinte à la liberté individuelle et par voie de conséquence le droit à réparation de la personne qui en a fait l'objet, sans qu'il y ait lieu de rechercher si celle-ci était médicalement justifiée, la cour d'appel qui retient que la mesure d'internement d'office prise à l'encontre des appelants, ses modalités d'exécution, ainsi que la prescription de traitements au cours de celle-ci étaient médicalement justifiées, pour en déduire que les époux X... ne peuvent valablement arguer d'aucun préjudice de ces chefs, a ainsi, en procédant à la recherche de la justification médicale de la mesure de placement dépourvue de toute base légale qu'elle avait pourtant déclarée inutile, commis une erreur de droit, et violé les articles 5-1 et 5-5 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales et 1382 du code civil ;

ALORS QUE la mesure de placement dont les requérant ont fait l'objet étant dépourvue de toute base légale, la mesure de placement elle-même, ses modalités d'exécution, ainsi que la prescription de traitements au cours de celle-ci, constituaient autant d'atteintes à la liberté individuelle, en sorte que toutes les conséquences dommageables des irrégularités ayant entaché les mesures de placement ouvraient droit à réparation ; qu'en énonçant que les requérants ne peuvent valablement arguer d'aucun préjudice de ces chefs, la cour d'appel a violé de plus fort les articles 5-1 et 5-5 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales et 1382 du code civil.

SECOND MOYEN DE CASSATION

Il est fait grief à l'arrêt attaqué d'avoir débouté les époux X... de leurs demandes en paiement de dommages intérêts fondées sur les dispositions de l'article L 141-1 du code de l'organisation judiciaire

AUX MOTIFS QUE :

les époux ne sont pas davantage fondés en leurs demandes présentées au visa des dispositions de l'article L 781-1 du code de l'organisation judiciaire (désormais L 141-1 dudit code) en raison de la faute lourde qu'aurait commise le président du tribunal de grande instance de Narbonne statuant en référé sur leur demande de mainlevée de la mesure de placement d'office ;
qu'en effet saisi d'une requête déposée à cet effet par l'avocat des époux X... le 24 mars 1997, ce juge a statué le lendemain et a désigné le docteur A..., psychiatre des hôpitaux, expert inscrit sur la liste de la cour d'appel de Montpellier, telles que ces mentions résultent du rapport qu'il a établi le 4 avril 1997 ;
que la seule contestation par Mme X... des constatations et conclusions de l'expert ne constitue pas la preuve que celui-ci aurait accompli sa mission aux mépris des règles applicables en la matière ;
que d'ailleurs il s'avère que la mesure concernant M. X... a été levée dès le 3 avril 1997 ensuite des conclusions de l'expert sur son état mental qui ne nécessitait plus le maintien de cette mesure ;
que dès lors ni la compétence, ni l'impartialité de l'expert A... ne peuvent être sérieusement remises en cause ;
qu'ainsi il ne peut être davantage valablement reproché au juge des référés du tribunal de grande instance de Narbonne d'avoir refusé le 10 avril 1997 la mainlevée de la mesure concernant Mme X..., puisque le docteur A... concluait que l'examen de l'intéressée mettait en évidence un état délirant aigu, toujours actif quoiqu'en voie d'amélioration légère ;
que cette décision relevait de son seul pouvoir d'appréciation ;
qu'elle était fondée sur des constatations et conclusions dépourvues de toute ambiguïté et alors même que les demandeurs étaient représentés à l'audience par leur avocat

ALORS QUE constitue une faute lourde toute déficience caractérisée par un fait ou une série de fait traduisant l'inaptitude du service public de la justice à remplir la mission dont il est investi ; qu'en l'espèce, saisi d'une demande de sortie immédiate, en ne prenant pas soin de convoquer les intéressés pour les entendre, en n'organisant pas de débat contradictoire, personne ne s'opposant à la sortie des intéressés, la partie adverse n'étant ni présente, ni représentée, en ne prenant pas soin de vérifier lui-même la régularité formelle de la mesure d'hospitalisation, en commettant un médecin qui de surcroît n'était nullement inscrit sur la liste de la cour d'appel, et dont l'expertise n'était pas contradictoire, en ne constatant dans sa décision ni un état de dangerosité ni un état d'aliénation mentale, en ne sollicitant même pas la communication des certificats d'hospitalisation dits de 24 heures sous HO, le président du tribunal de grande instance a commis une faute lourde en n'ordonnant pas la sortie immédiate ; qu'en écartant dès lors la responsabilité du service public de la justice la cour d'appel a violé l'article L 141-1 du code de l'organisation judiciaire.
Moyen produit par la SCP Richard, avocat aux Conseils, pour M. Y..., demandeur au pourvoi incident

IL EST FAIT GRIEF à l'arrêt d'attaqué d'avoir condamné le Docteur Y..., in solidum avec l'agent judiciaire du Trésor et le Centre hospitalier de Narbonne, à payer à Monsieur et Madame X... la somme de 7.500 euros chacun au titre du préjudice moral résultant de l'illégalité formelle des arrêtés préfectoraux du 21 mars 1997 ;

AUX MOTIFS QUE le Docteur Y... a commis une faute en établissant, sur un formulaire qu'il ne lui appartenait pas de remplir, deux certificats insuffisamment circonstanciés en ce qu'ils ne démontraient pas la réalité de l'affection mentale citée, ni les troubles en découlant qui auraient pu compromettre la sûreté des personnes ; que le Docteur Y..., qui ne pouvait ignorer les conséquences des documents qu'il rédigeait, a ainsi par sa faute directement concouru à l'irrégularité de la mesure d'internement d'office prise à l'encontre des époux X... et doit par conséquent en répondre ;

1°) ALORS QUE le médecin requis afin d'établir un certificat médical en vue d'une hospitalisation d'office ne commet pas de faute de nature à engager sa responsabilité à l'égard de l'intéressé, en émettant un certificat insuffisamment motivé ; qu'en décidant néanmoins que le Docteur Y... avait commis une faute de nature à engager sa responsabilité à l'égard de Monsieur et Madame X..., en motivant son certificat médical de manière insuffisante, la Cour d'appel a violé l'article L 342 ancien du Code de la santé publique, ensemble l'article 1382 du Code civil ;

2°) ALORS QUE, subsidiairement, la faute commise par le médecin, requis afin d'établir un certificat médical en vue d'une hospitalisation d'office, qui motive son certificat de manière insuffisante, ne se trouve pas en relation de cause à effet avec le dommage résultant de l'hospitalisation d'office prononcée par le préfet au vu de ce certificat ; qu'en décidant néanmoins qu'en établissant un certificat médical insuffisamment motivé, le Docteur Y... avait concouru à l'irrégularité de la mesure d'internement d'office prise à l'encontre de Monsieur et Madame X..., de sorte qu'il devait en répondre, la Cour d'appel a violé l'article L 342 ancien du Code de la santé publique, ensemble l'article 1382 du Code civil.

Analyse

Décision attaquée : Cour d'appel de Paris , du 18 juin 2010

Grosses délivrées
aux parties le :

**REPUBLIQUE FRANCAISE
AU NOM DU PEUPLE FRANCAIS**

COUR D'APPEL DE PARIS

Pôle 2 - Chambre 1

ARRET DU 23 JANVIER 2013
(n° 32, 6 pages)

Numéro d'inscription au répertoire général : 11/16133

Décision déférée à la Cour :
jugement du 20 juin 2011 -Tribunal de Grande Instance de PARIS - RG n° 11/00225

APPELANT

Monsieur AGENT JUDICIAIRE DE L'ETAT
Bâtiment Condorcet
6, rue Louis Weiss
75703 PARIS CEDEX

représenté et assisté de Me Frédéric BURET (avocat au barreau de PARIS, toque : D1998)
et de Me Marie DOLARD CLERET (avocat au barreau de PARIS, toque : P 261 SCP
UGGC)

INTIME

N

représenté et assisté de la SELARL HANDS Société d'Avocats (Me Luc COUTURIER)
(avocats au barreau de PARIS, toque : L0061) et de Me Raphaël MAYET (avocat au barreau
des YVELINES, toque : 393)

COMPOSITION DE LA COUR :

L'affaire a été débattue le 20 novembre 2012, en audience publique, le rapport
entendu conformément à l'article 785 du code de procédure civile, devant la Cour composée
de :

Monsieur Jacques BICHARD, Président
Madame Marguerite-Marie MARION, Conseiller
Madame Dominique GUEGUEN, Conseiller

qui en ont délibéré

Greffier, lors des débats : Mme Noëlle KLEIN

MINISTERE PUBLIC

Madame ARRIGHI de CASANOVA, avocat général, a fait connaître ses conclusions écrites.

ARRET :

- contradictoire
- rendu publiquement par Monsieur Jacques BICHARD, président
- par mise à disposition de l'arrêt au greffe de la Cour, les parties en ayant été préalablement avisées dans les conditions prévues au deuxième alinéa de l'article 450 du code de procédure civile.
- signé par Monsieur Jacques BICHARD, président et par Madame Noëlle KLEIN, greffier, auquel la minute de la décision a été remise par le magistrat signataire.

Estimant avoir été irrégulièrement hospitalisé d'office dès lors que les deux hospitalisations dont il a fait l'objet étaient fondées sur des décisions annulées, M [] a fait assigner "l'Agent Judiciaire du Trésor" devant le Tribunal de grande instance de Paris en indemnisation de son préjudice par exploit d'huissier de Justice du 28 avril 2010 ;

Par jugement 20 juin 2011, le Tribunal de grande instance de Paris a :

- dit l'exception d'incompétence (*soulevée par l'Agent Judiciaire de l'Etat*) irrecevable,
- dit M [] recevable à solliciter la réparation de son entier préjudice résultant de l'annulation des décisions administratives prononcées par le Tribunal administratif le 9 juin 2009,
- dit M [] irrecevable à solliciter la réparation du préjudice résultant du défaut de notification des arrêtés préfectoraux et du défaut d'information relatif à l'ensemble des arrêtés,
- dit M [] irrecevable en sa demande d'indemnisation relative à la période du 22 mars 1994 au 21 avril 1994,
- condamné "l'Agent Judiciaire du Trésor" à verser à M [] la somme de 86 000 € à titre de dommages-intérêts ;
- ordonné l'exécution provisoire à hauteur des deux tiers de la condamnation,
- condamné "l'Agent Judiciaire du Trésor" à verser à M [] la somme de 3 000 € sur le fondement de l'article 700 du Code de procédure civile,
- rejeté toutes autres demandes,
- condamné "l'Agent Judiciaire du Trésor" au paiement des dépens ;

Par déclaration du 5 septembre 2011, l'Agent Judiciaire du Trésor, (actuellement dénommé l'Agent Judiciaire de l'Etat) a interjeté appel de ce jugement,

Dans ses dernières conclusions déposées le 16 février 2012, il demande à la Cour de :

- Sur la fin de non recevoir tirée de la prescription d'une partie des demandes,*
- dire et juger que les demandes relatives aux préjudices autres que le préjudice né de la privation de liberté devenu sans fondement légal sont prescrites,
- Sur le fond,*
- "débouter M [] de toutes ses demandes, fins et conclusions telles que contenues dans ses conclusions d'appel signifiées le 22 décembre 2011",
- Sur le préjudice né de la privation de liberté devenue sans fondement légal du fait de la décision de nullité des arrêtés,*
- dire que ce préjudice sera justement indemnisé par la somme de 8 000 € concernant la première hospitalisation et confirmer l'irrecevabilité pour la seconde hospitalisation, à défaut, réduire les demandes à de plus justes proportions,
- Sur les préjudices autres que celui né de la privation de liberté devenue sans fondement légal du fait de la décision de nullité des arrêtés,*
- à titre subsidiaire au cas où ces demandes ne seraient pas considérées comme prescrites, dire qu'elles sont devenues sans fondement,
- rejeter l'ensemble des demandes, fins et conclusions de M [] de ces chefs,
- à défaut les réduire à de plus justes proportions,
- statuer ce que de droit quant aux dépens ;

Dans ses seules conclusions déposées le 22 décembre 2011, M

, appelant incident, demande à la Cour de :

- débouter "l'Agent Judiciaire du Trésor" de son appel,
- recevoir M en son appel incident et y faire droit,
- confirmer le jugement dont appel en ce qu'il a :
 - dit l'exception d'incompétence irrecevable,
 - dit M recevable à solliciter la réparation de son entier préjudice résultant de l'annulation des décisions administratives prononcées par le Tribunal administratif le 9 juin 2009,
- donner acte à M de ce qu'il n'entend pas contester la décision dont appel en ce qu'elle l'a déclaré irrecevable en sa demande d'indemnisation liée à la privation relative à la période du 22 mars 1994 au 21 avril 1994,
- infirmer le jugement pour le surplus,

Statuant à nouveau

- déclarer M recevable à solliciter la réparation du préjudice résultant du défaut de notification des arrêtés préfectoraux et du défaut d'information relatif à l'ensemble des arrêtés,
- condamner "l'Agent Judiciaire du Trésor" à verser à M pour la première période d'hospitalisation du 22 avril 1994 au 21 septembre 1994, soit 5 mois : □ 50 000 € de dommages-intérêts pour privation de liberté illégale,
- 10 000 € de dommages-intérêts pour défaut de notification des décisions et défaut de notification des droits afférents à l'hospitalisation sous contrainte,
- 20 000 € en réparation du préjudice lié à l'administration de traitements sous contrainte illégale,
- 15 000 € au titre de l'atteinte à l'honneur et à la réputation de la personne,
- condamner "l'Agent Judiciaire du Trésor" à verser à M pour l'hospitalisation d'office de mars 1996 à février 1998 :
 - 230 000 € de dommages-intérêts pour privation de liberté illégale,
 - 10 000 € de dommages-intérêts pour défaut de notification des décisions et défaut de notification des droits afférents à l'hospitalisation sous contrainte,
 - 40 000 € en réparation du préjudice lié à l'administration de traitements sous contrainte illégale,
 - 15 000 € au titre de l'atteinte à l'honneur et à la réputation de la personne,
- condamner "l'Agent Judiciaire du Trésor" à verser à M la somme de 10 000 € à titre d'indemnisation du préjudice lié au caractère médicalement injustifié des mesures prononcées le 22 mars 1994 et le 22 avril 1994,
- condamner "l'Agent Judiciaire du Trésor" à verser la somme de 3 500 € sur le fondement de l'article 700 du Code de procédure civile,
- condamner "l'Agent Judiciaire du Trésor" aux dépens ;

Par conclusions déposées le 18 septembre 2008 et régulièrement communiquées aux parties, le Ministère Public, s'interrogeant sur la recevabilité de l'appel, conclut à la confirmation par substitution de motifs du jugement entrepris en ce qu'il a jugé que M devait être indemnisé de l'intégralité du préjudice subi en raison de l'illégalité des mesures d'hospitalisation ;

L'ordonnance de clôture a été rendue le 6 novembre 2012 ;

CELA ETANT EXPOSE, LA COUR,

Considérant que Monsieur , né le 1^{er} mai 1952, a été conduit à l'infirmerie psychiatrique de la Préfecture de Police de Paris le 22 mars 1994 sur décision du commissaire de police du commissariat de Saint Lambert à Paris (XV^{ème}), le certificat médical indiquant notamment que l'intéressé, se disant persécuté par son entourage, avait à plusieurs reprises fait usage d'une arme à feu à l'intérieur des locaux de son immeuble ;

Que sur la base des certificats médicaux délivrés également le 22 mars 1994 par les médecins de ce service, le Préfet de Police de Paris a ordonné par arrêté du même jour, l'hospitalisation d'office de M pour une durée d'un mois, à l'Hôpital Sainte Anne à Paris ; que cette mesure, qui a fait l'objet de prorogations successives par arrêtés des 19 avril 1994 et 21 juillet 1994, a été levée par arrêté du 24 septembre 1994 ;

Considérant que le 22 mars 1996, M _____, interpellé pour avoir rayé le pare-brise de 116 véhicules, a été conduit à l'infirmerie psychiatrique de la Préfecture de Police de Paris de nouveau sur décision du commissaire de police du commissariat de Saint-Lambert à Paris (XV^{ème}) ;

Que le Préfet de Police de Paris a ordonné, par arrêté du même jour, son hospitalisation d'office pour une durée d'un mois ; que cette mesure, qui a fait l'objet de prorogations successives par arrêtés des 19 avril 1996 et 19 juillet 1996, 19 octobre 1996, 20 janvier 1997, 18 juillet 1997 et 21 janvier 1998, a été levée par arrêté du 19 février 1998 ;

Considérant que, saisi par M _____ d'une demande d'annulation des décisions du commissaire de Police et de tous les arrêtés initiaux et successifs pris par le Préfet de Police de Paris pour les deux périodes d'hospitalisation d'office, le Tribunal administratif de Paris a annulé les arrêtés du Préfet de Police de Paris prolongeant la mesure du 22 mars 1994, pris les 19 avril 1996 et 19 juillet 1996 (1^{ère} période), la décision du commissaire de Police du 22 mars 1996, l'arrêté du Préfet de Police de Paris pris le même jour et les arrêtés préfectoraux prolongeant cette mesure, pris les 19 avril 1996 et 19 juillet 1996, 20 janvier 1997, 18 juillet 1997 et 21 janvier 1998 (2^{ème} période) ;

Qu'à l'issue de cette décision qui n'a pas fait l'objet d'un appel, M _____ a saisi le Tribunal de grande instance de Paris qui a rendu le jugement déféré à la Cour ;

SUR QUOI,

Considérant que, dans ses dernières conclusions auxquelles il convient de se référer pour le détail de son argumentation, l'Agent Judiciaire de l'Etat, qui ne soulève plus, au profit des juridictions administratives, l'exception d'incompétence des juridictions judiciaires pour statuer sur l'absence prétendue de notification des arrêtés préfectoraux, soutient à titre principal qu'il faut distinguer entre le préjudice moral né de la privation de liberté devenue sans fondement légal du fait de l'annulation des arrêtés, indemnisable indépendamment du bien fondé, sur le plan médical, de la décision, et les autres préjudices nés de l'hospitalisation d'office dont l'indemnisation dépend du bien ou du mal fondé, sur le plan médical, de l'hospitalisation ; qu'il estime que le premier chef de préjudice se prescrit à compter du 1^{er} janvier suivant la décision annulant les arrêtés alors que le second se prescrit à compter du 1^{er} janvier de l'année suivant la fin de la mesure d'internement et qu'en conséquence, l'action relative aux autres préjudices nés de l'hospitalisation est prescrite ; qu'à titre subsidiaire, sur ce dernier point, il allègue que les demandes d'indemnisation sont mal fondées dès lors que l'hospitalisation dont M _____ a fait l'objet était médicalement fondée ;

Considérant, à titre préliminaire, que le jugement déféré ayant été signifié à l'Agent Judiciaire de l'Etat le 23 août 2011, l'appel de ce dernier intervenu le 5 septembre 2011 est donc recevable ;

Que par ailleurs, il résulte du jugement du Tribunal administratif de Paris du 9 juin 2009 que la décision du 22 mars 1994 du commissaire de police du commissariat de Saint Lambert à Paris (XV^{ème}) et l'arrêté pris le même jour par le Préfet de Police de Paris n'ont pas été frappés de nullité ;

Qu'enfin, M _____ déclare renoncer à l'indemnisation du préjudice lié au caractère médicalement injustifié des mesures précitées (22 mars-22 avril 1994), le Tribunal administratif ayant rejeté sa demande d'annulation de ce chef ;

Qu'il ne reste donc en litige devant la Cour que l'indemnisation du préjudice couvrant les périodes du 19 avril au 21 septembre 1994 (1^{ère} période) et du 22 mars 1996 au 19 février 1998 (2^{ème} période) ;

- sur la prescription

Considérant, s'agissant de l'indemnisation du dommage né de l'irrégularité de la mesure

d'hospitalisation, que l'Agent Judiciaire de l'Etat ne fait valoir en cause d'appel aucun élément de fait ou de droit de nature à remettre en cause la décision des premiers juges qui ont retenu avec raison que c'est la décision d'annulation des arrêtés litigieux qui constitue le fait générateur de l'obligation d'indemniser M. , en l'espèce, le jugement du Tribunal administratif du 9 juin 2009 ;

Qu'en revanche, s'agissant de l'irrégularité formelle des arrêtés d'hospitalisation (2^{ème} période) et de prolongation de celle(s)-ci (1^{ère} et 2^{ème} périodes) et de la demande de réparation du préjudice en résultant, que le fait générateur de la créance doit être rattaché non à l'exercice au cours duquel la décision a été prise, mais à celui au cours duquel la décision a été régulièrement notifiée ; qu'en l'espèce, il n'est pas contesté que les arrêtés précités n'ont pas été régulièrement notifiés et, *a fortiori*, n'ont pas donné lieu à information et qu'ainsi, la prescription n'a pu commencer à courir ; que M. est donc également recevable en sa demande de ce chef et que le jugement doit être infirmé sur ce point ;

- sur les préjudices

Considérant que l'Agent Judiciaire de l'Etat n'est pas fondé à faire une distinction entre, d'une part, l'indemnisation du préjudice moral né de l'atteinte à la liberté devenue sans fondement légal du fait de l'annulation des arrêtés, que cette hospitalisation soit ou non fondée et, d'autre part, les autres préjudices nés de l'hospitalisation d'office dont la réparation dépend du bien ou du mal fondé de cette hospitalisation ;

Qu'en effet, c'est la décision d'annulation des arrêtés litigieux qui constitue le fait générateur de l'obligation d'indemniser, que dès lors, M. peut prétendre à la réparation de l'entier préjudice né de l'atteinte portée à sa liberté par l'hospitalisation d'office irrégulièrement ordonnée, indépendamment du bien ou du mal fondé médical de ces mesures ;

Qu'en conséquence, le préjudice moral qui en est résulté sera évalué à la somme de 20000 € pour la 1^{ère} période et de 45 000 € pour la 2^{ème} période, sommes devant être mises à la charge de l'Agent Judiciaire de l'Etat ;

Considérant que M. demande à être indemnisé du chef spécifique du caractère médicalement injustifié des mesures litigieuses ;

Que cependant, l'absence de fondement médical de celles-ci est démentie par les certificats médicaux produits aux débats ;

Qu'en effet, s'agissant de la 1^{ère} période, il est indiqué que, outre une grande froideur affective, il présente un délire de persécution assez systématisé à mécanisme interprétatif et hallucinatoire, ne niant pas les agissements reprochés (jets d'encre sur les enfants, bousculades, tir par la fenêtre de balles en caoutchouc) mais estime qu'ils constituent le seul moyen de se défendre de la persécution envahissante et permanente dont il est l'objet (5 avril 1994) ; que si des sorties d'essais peuvent être accordées par courtes périodes, son imprévisible dangerosité conduit à rester très prudent (25 avril 1994) ; qu'il est indiqué que les éléments positifs relevés (bonne compliance aux soins et stabilisation de la psychose hallucinatoire) devraient permettre de demander prochainement une main-levée (18 juillet 1994) mais que ce n'est qu'à l'issue d'un examen médical approfondi du 16 septembre 1994 que cette mesure a pu être levée ;

Que s'agissant de la 2^{ème} période, il était indiqué que lors de son interpellation, il était atteint de psychose chronique en phase de recrudescence d'une activité délirante et hallucinatoire persécutive serrée avec conviction absolue, souffrance morale intense, obligation d'exprimer sa réaction en rayant 116 véhicules en stationnement, en rupture de chimiothérapie antipsychotique (22 mars 1996) ; que cette conviction délirante demeurait le 1^{er} avril 1996 avec déni total des troubles ainsi que le 17 juin 1996 et que c'est grâce à la poursuite du traitement que des permissions de sortie progressives ont pu être organisées à compter de cette période ;

Considérant cependant qu'il n'en demeure pas moins, tant pour la 1^{ère} que pour la 2^{ème} période, qu'en l'absence de toute décision fondant légalement la prolongation de la mesure d'hospitalisation d'office, il a été porté atteinte à la liberté individuelle de M. qui a été privé d'aller et venir, a été contraint à la prise de médicaments et dont la réputation et la vie

privée ont été atteintes en outre par l'image associée à l'internement en milieu psychiatrique ;

Qu'en conséquence, M _____ doit être débouté de sa demande de ce chef ;

Considérant que l'équité commande de faire application de l'article 700 du Code de procédure civile dans les termes du dispositif du présent arrêt ;

Considérant que succombant en son appel, l'Agent Judiciaire de l'Etat devra en supporter les dépens ;

PAR CES MOTIFS,

CONFIRME le jugement déféré sauf en ce qu'il a déclaré M _____
irrecevable à solliciter la réparation du préjudice résultant de défaut de notification des arrêtés préfectoraux et du défaut d'information relatif à l'ensemble des arrêtés et en ce qu'il a condamné l'Agent Judiciaire de l'Etat à verser à M _____ la somme de 86 000 € à titre de dommages-intérêts,

STATUANT À NOUVEAU dans cette limite,

REÇOIT M _____ en son appel incident mais le dit partiellement fondé,

DONNE ACTE à M _____ de ce qu'il n'entend pas contester le jugement dont appel en ce qu'il l'a déclaré irrecevable en sa demande d'indemnisation liée à la privation de liberté durant la période du 22 mars 1994 au 21 avril 1994,

CONDAMNE l'Agent Judiciaire de l'Etat à verser à M _____ la somme de 65 000 € à titre de dommages-intérêts,

CONDAMNE l'Agent Judiciaire de l'Etat à verser à M _____ la somme de 3 500 € sur le fondement de l'article 700 du Code de procédure civile,

REJETTE toute autre demande des parties,

CONDAMNE l'Agent Judiciaire de l'Etat au paiement des entiers dépens avec admission de l'avocat concerné au bénéfice des dispositions de l'article 699 du code de procédure civile.

LE GREFFIER

LE PRÉSIDENT

**TRIBUNAL
DE GRANDE
INSTANCE
DE PARIS**



1/1/1 resp profess du drt

N° RG :
11/13619

N° MINUTE :

**JUGEMENT
rendu le 23 janvier 2013**

Assignation du :
2 août 2011

PAIEMENT

S. L.

DEMANDEUR

Monsieur .

représenté par Me Céline ASTOLFE de l'Association LOMBARD, BARATELLI & ASSOCIES, avocat au barreau de PARIS, avocat postulant, vestiaire #E0183, Me Raphaël MAYET de la SELARL MAYET et PERRAULT, avocat au barreau de VERSAILLES, avocat plaidant

DÉFENDEURS

**LA COMMUNE D'ALBIEZ MONTROND prise en la personne de son Maire en exercice.
Hôtel de Ville
73300 ALBIEZ MONTROND**

représentée par Me Pierre LIOCHON de la SELARL LIOCHON & DÚRAZ Avocats Associés, avocat au barreau de PARIS, avocat plaidant, vestiaire #C2166

**Expéditions
exécutoires
délivrées le :**

DECISION DU 23 JANVIER 2013

1/1/1

N°

**AGENT JUDICIAIRE DE L'ETAT, anciennement dénommé
AGENT JUDICIAIRE DU TRESOR**
Direction des Affaires Juridiques
Bâtiment Condorcet - Teledoc 353
6 rue Louise Weiss
75703 PARIS CEDEX 13

représenté par Me Fabienne DELECROIX de l'Association
DELECROIX GUBLIN, avocat au barreau de PARIS, vestiaire #R229

MINISTÈRE PUBLIC

Madame Pauline CABY, Vice-Procureure

COMPOSITION DU TRIBUNAL

Magali BOUVIER, Première Vice-Présidente
Présidente de la formation

Sylvie LEROY, Vice-Présidente
Patrice KURZ, Vice-Président
Assesseurs

assistés de Caroline GAUTIER, Greffière

DÉBATS

A l'audience du 5 décembre 2012
tenue en audience publique

JUGEMENT

Par mise à disposition au greffe
Contradictoire
En premier ressort

M. a fait l'objet le 16 juin 2004 d'un arrêté du maire de la commune d'Albiez Montrond prononçant son hospitalisation d'office d'urgence et provisoire en application de l'article L. 3213-2 du code de la santé publique, en raison de troubles mentaux et du fait qu'il présentait un danger imminent pour la sûreté des personnes.

Le 17 juin 2004, le préfet de la Savoie, prenait un arrêté ordonnant l'hospitalisation d'office de M. au centre hospitalier de la Savoie, à Bassens, "à la suite de son comportement se manifestant par une agressivité à l'égard d'autrui avec menaces répétitives et syndrome de persécution".

Par l'intermédiaire de son conseil, M. saisissait le juge des libertés et de la détention d'une demande de mainlevée de cette mesure en application des dispositions de l'article L. 3211-12 du code de la santé publique.

L'audience était fixée au 28 juin 2004 puis renvoyée au 15 juillet 2004, mais l'autorité préfectorale ordonnait la mainlevée de la mesure, le 5 juillet 2004.

DECISION DU 23 JANVIER 2013

1/1/1

N°

Le 18 août 2004 M. _____ saisissait le tribunal administratif de Grenoble aux fins d'annulation des deux arrêtés.

Par jugement du 2 octobre 2007, le tribunal administratif de Grenoble annulait l'arrêté du maire de la commune d'Albiez Montrond du 16 juin 2004, et rejetait la demande d'annulation de l'arrêté préfectoral, mais à la suite de l'appel interjeté par M. _____, la Cour Administrative d'Appel de Lyon annulait, par arrêt du 9 juillet 2009, aujourd'hui définitif, l'arrêté préfectoral du 17 juin 2004.

Par ordonnance du 9 septembre 2010, M. _____ obtenait la condamnation in solidum de l'agent judiciaire du Trésor et de la commune d'Albiez Montrond à lui payer la somme de 5 000 euros, à valoir sur l'indemnisation des conséquences dommageables de son hospitalisation sous contrainte du 16 juin au 5 juillet 2004, outre le paiement de la somme de 500 euros sur le fondement de l'article 700 du code de procédure civile.

Selon actes d'huissier de justice délivrés le 24 août 2011, M. _____ faisait assigner l'agent judiciaire du Trésor désormais dénommé l'agent judiciaire de l'Etat ainsi que la commune d'Albiez Montrond aux fins d'indemnisation.

* * *

Aux termes de ses dernières conclusions notifiées par voie électronique le 4 septembre 2012, M. _____ sollicite, au visa des articles 5 et 8 de la Convention de Sauvegarde des droits de l'Homme, et sous le bénéfice de l'exécution provisoire, la condamnation in solidum de l'agent judiciaire du Trésor et de la commune d'Albiez Montrond à lui payer les sommes suivantes :

- 50.000 euros au titre de la privation de liberté illégale,
- 40.000 euros en réparation du préjudice lié à l'atteinte à sa vie privée et familiale,
- 25.000 euros en réparation du préjudice lié à l'administration de traitements sous la contrainte,
- 50.000 euros en réparation de l'atteinte portée à son honneur et à sa réputation,
- 20 000 euros en réparation du préjudice lié au défaut de notification de la mesure d'hospitalisation,
- 15 000 euros en réparation de son préjudice financier,

Il réclame également paiement d'une indemnité de procédure de 4.000 euros en application de l'article 700 du code de procédure civile

M. _____ fait principalement valoir qu'il a été hospitalisé sur le fondement de mesures illégales et qu'il est en droit de solliciter la réparation intégrale de ses préjudices nés de l'atteinte portée à sa liberté par son hospitalisation irrégulièrement ordonnée, en soulignant le contexte de l'affaire à savoir qu'il a fait l'objet d'une mesure d'hospitalisation d'office prise au vu d'un arrêté du maire, à la suite d'une altercation intervenue la veille avec le fils de ce dernier, également compagnon de sa fille, et que cette mesure n'a pas été portée à la connaissance de l'autorité judiciaire.

* * *

DECISION DU 23 JANVIER 2013

1/1/1
N°

Dans ses dernières conclusions notifiées par voie électronique le 5 décembre 2011, l'agent judiciaire de l'Etat ne conteste pas le droit à indemnisation de M. A. consécutif à l'annulation des arrêtés administratifs des 16 et 17 juin 2004 mais demande de ramener le montant des indemnités allouées à de plus justes proportions, en sollicitant que soit pris en considération le fait que la mesure d'hospitalisation d'office était bien fondée médicalement.

Il conclut au débouté des demandes d'indemnisation présentées au titre de l'atteinte à l'honneur et à la réputation, de l'atteinte à sa vie privée et familiale, et de l'administration de traitements sous la contrainte.

* * *

Dans ses dernières écritures notifiées par voie électronique le 29 juin 2012 la commune d'Albiez Montrond conclut à titre principal au débouté des demandes de M. au motif qu'elle n'a pas concouru au préjudice invoqué par l'intéressé, à savoir sa privation de liberté, dès lors que l'arrêté du maire, pris le 16 juin 2004 ne constitue qu'une décision provisoire ; que l'hospitalisation d'office est intervenue par la suite, sur la base d'un arrêté distinct, pris par le préfet. Elle soutient en outre que la mesure était médicalement fondée, l'annulation des arrêtés ayant été prononcée sur le seul fondement d'un vice de forme et de procédure, ce qui exclut le droit à indemnisation de l'intéressé, qui au surplus ne justifie pas des préjudices qu'il invoque.

Elle conteste la version des faits relatée par M. en soutenant que l'hospitalisation n'a aucun rapport avec l'altercation qui l'a opposée au fils du maire, survenue dans un contexte familial, alors que l'internement a eu lieu après une altercation survenue le 15 juin 2004 avec le chef de chantier et le responsable des services techniques de la commune, à l'occasion de travaux de voirie, menaces de M. réitérées le lendemain envers les ouvriers présents sur le chantier.

Elle fait valoir que la réalité de la majeure partie des préjudices invoqués, notamment celui tiré de l'atteinte à la vie privée et familiale, n'est pas établie.

Subsidiairement, la commune d'Albiez Montrond demande la condamnation de l'agent judiciaire de l'Etat à la garantir de toute condamnation qui pourrait être mise à sa charge en principal, intérêt et frais, à tout le moins à hauteur de 90%, ainsi que la condamnation de M. aux dépens et à lui payer la somme de 1.500 € en application de l'article 700 du code de procédure civile.

MOTIFS**Sur le droit à réparation :**

Par application de l'article 5-1 de la Convention de Sauvegarde des droits de l'Homme et des Libertés fondamentales, toute personne a droit à la liberté et à la sûreté, nul ne pouvant être privé de sa liberté hors les cas et les voies légales.

DECISION DU 23 JANVIER 2013

1/1/1

N°

Dès lors, l'ensemble des personnes morales ou physiques qui concourent chacune à l'internement d'office d'une personne, ont l'obligation de vérifier si les conditions requises sont respectées.

M. . fonde sa demande de réparation des préjudices qu'il déclare avoir subis à raison de son internement illégal sur les dispositions de l'article 5-5 de la Convention précitée qui énonce que "toute personne victime d'une arrestation ou d'une détention dans des conditions contraires aux dispositions de cet article a droit à réparation".

Il résulte en effet des pièces versées aux débats que les deux arrêtés respectivement pris les 16 et 17 juin 2004 par le maire de la commune de d'Albiez Montrond et par le préfet de la Savoie à l'égard de M ont été annulés par les juridictions administratives, le premier en raison du fait qu'il était seulement "fait référence" à un certificat médical et le second car l'intéressé n'avait pas été mis en mesure de présenter ses observations alors que l'impossibilité de les recueillir n'avait pas été constatée, de sorte qu'ils sont réputés n'avoir jamais été pris.

Il s'en déduit qu'en l'absence de toute décision fondant légalement la mesure d'hospitalisation d'office et sans qu'il y ait lieu de rechercher si le placement d'office était médicalement justifié et nécessaire, M.

est fondé à solliciter l'indemnisation de l'intégralité du préjudice qui en découle, dans toutes ses composantes, personnelles et sociales.

S'agissant de l'obligation à réparation, il suffit de constater que l'internement illégal de M. étant imputable en l'espèce, tant au maire de la commune d'Albiez Montrond, qu'au préfet de la Savoie, chacun y ayant concouru, les défendeurs doivent être tenus in solidum à la réparation des préjudices subis.

Sur les préjudices :

** Sur l'atteinte à la liberté d'aller et de venir, l'atteinte à l'honneur et à la réputation, l'administration de traitements médicamenteux sous la contrainte, et l'atteinte à la vie privée et familiale :*

M. invoque à juste titre l'atteinte portée à sa liberté d'aller et de venir, et l'administration de traitements médicamenteux sous la contrainte dont l'existence n'est pas discutée, tous éléments qui constituent son préjudice et méritent une indemnisation, de même que l'atteinte portée à son honneur et à sa réputation, alors qu'il résidait à l'époque des faits dans un village de seulement 350 habitants.

En revanche, il n'est pas justifié de l'impossibilité à raison de l'hospitalisation, de mener à bien la procédure pénale engagée à l'encontre du fils du maire, à la suite de l'altercation survenue entre eux, à l'origine de la plainte déposée par M.

De la même façon, il n'est nullement établi que la rupture des relations de M. avec ses enfants et petits-enfants soit consécutive à l'internement, ni que le divorce prononcé avec son épouse soit lié à celui-ci, alors même qu'au vu de son dossier médical, il apparaît que M. évoquait déjà des difficultés avec sa femme lors de l'entretien avec le docteur VIVALDI, le 30 juin 2004.

DECISION DU 23 JANVIER 2013

1/1/1
N°

Par ailleurs, l'atteinte invoquée par M. [redacted] à sa vie privée et familiale durant les 18 jours d'internement ne peut être retenue, au vu des attestations circonstanciées versées aux débats par l'ex-épouse et les enfants de M. [redacted] qui font état de violences physiques et verbales, et établissent l'existence d'une situation familiale déjà très perturbée à cette époque, ce que tendent à corroborer les déclarations ci-dessus évoquées de l'intéressé.

Il sera indiqué en tant que de besoin que l'affirmation de M. [redacted] selon laquelle la production de ces attestations démontre que les membres de sa famille se sont rangés aux côtés de M. Pellicier, maire de la commune, aujourd'hui beau-père de Sandrine [redacted], et établissent la confusion opérée par le maire dans l'usage de ses pouvoirs de police dont il a abusé, et ses préoccupations familiales, ne peut être retenue ; que l'arrêté a manifestement été pris après une altercation avec le personnel de la voirie chargé d'effectuer des travaux, dans un contexte de dissensions familiales, et après un différend avec le compagnon de Sandrine [redacted], tous éléments qui justifiaient une particulière rigueur dans la conduite de la procédure d'hospitalisation d'office, dont les irrégularités constatées ont conduit à l'annulation des arrêtés, pour défaut de motivation et impossibilité pour l'intéressé de présenter ses observations.

Tenant compte de l'ensemble de ces éléments et de la durée de l'internement illégal, du 16 juin au 5 juillet 2004, soit 19 jours, il sera alloué à M. [redacted] en réparation, la somme de 15 000 euros, à titre de dommages et intérêts, dont à déduire la provision allouée en référé.

** Sur le défaut de notification des droits :*

M. [redacted] sollicite également réparation en raison du défaut de notification de ses droits sur le fondement de l'article L. 3211-3 du code de la santé publique qui prévoit que « toute personne dont l'hospitalisation est envisagée sous contrainte doit être informée de son droit d'avoir accès au service d'un avocat ou d'un médecin de son choix ».

Il n'est produit aucun document justifiant que cette exigence légale ait été remplie tant en ce qui concerne l'arrêté municipal que l'arrêté préfectoral, et contrairement à ce que soutiennent les défendeurs, si un recours a bien été exercé devant le juge des libertés et de la détention du tribunal de grande instance de Chambéry, établissant que M. [redacted] a pu être informé de ses droits, il n'a pas immédiatement été exercé puisque les parties n'ont été convoquées que le 23 juin à une audience du 28 juin suivant.

Il sera alloué à M. [redacted] une somme de 1 000 € en réparation de ce chef de préjudice.

** Sur le préjudice financier :*

M. [redacted] sollicite une indemnité de 15 000 € au titre des frais d'avocat, de déplacements, de photocopies, qu'il a dû engager pour sa défense, lors des différentes procédures devant le juge des libertés et de la détention, le tribunal administratif et la cour administrative d'appel, ainsi que devant le juge des référés du tribunal de grande instance de Paris.

DECISION DU 23 JANVIER 2013

1/1/1

N°

Il justifie s'être acquitté de la somme totale de 5 870,64 euros envers son avocat, pour l'ensemble des procédures afférentes à son hospitalisation d'office.

Compte tenu des indemnités déjà allouées à M. [redacted] par la cour administrative d'appel (1 500 euros) et par le juge des référés du tribunal de grande instance de Paris, M. [redacted] est fondé à obtenir la somme de 4 000 euros de ce chef.

En définitive, l'agent judiciaire de l'Etat et la commune d'Albiez Montrond seront condamnés in solidum à payer à M. [redacted] la somme de 20 000 euros à titre de dommages et intérêts toutes causes confondues, dont à déduire la provision allouée en référé.

Sur l'appel en garantie :

Eu égard aux fautes respectivement commises, il sera fait droit à la demande de garantie présentée par la commune d'Albiez Montrond à hauteur de 80 % des condamnations prononcées (en ce compris les dépens et l'indemnité allouée au titre de l'article 700 du code de procédure civile).

Sur les demandes annexes :

L'agent judiciaire de l'Etat et la commune d'Albiez Montrond succombant seront condamnés aux dépens et à payer à M. [redacted] une indemnité de 3 000 € sur le fondement de l'article 700 du code de procédure civile.

L'exécution provisoire est nécessaire et sera ordonnée.

PAR CES MOTIFS

Statuant publiquement, par jugement contradictoire, mis à disposition au greffe, et en premier ressort,

Condamne in solidum la commune d'Albiez Montrond et l'agent judiciaire de l'Etat à payer à M. [redacted] la somme de 20 000 euros (vingt mille euros) à titre de dommages et intérêts en réparation de ses préjudices, dont à déduire la provision allouée en référé,

Condamne l'agent judiciaire de l'Etat à garantir la commune d'Albiez Montrond du montant des condamnations prononcées en ce compris les dépens et l'indemnité allouée au titre de l'article 700 du code de procédure civile, à hauteur de 80 %,

Rejette toute autre demande,

Condamne in solidum l'agent judiciaire du Trésor et la commune d'Albiez Montrond aux entiers dépens dont distraction au profit de Maître ASTOLFE Céline, avocat aux offres de droit, conformément aux dispositions de l'article 699 code de procédure civile et à payer à M. [redacted] la somme de 3 000 euros (trois mille euros) en application de l'article 700 du code de procédure civile,

DECISION DU 23 JANVIER 2013

1/1/1

N°

Ordonne l'exécution provisoire.

Fait et jugé à Paris le 23 janvier 2013

Le Greffier

La Présidente

C. GAUTIER

M. BOUVIER

**TRIBUNAL
DE GRANDE
INSTANCE
DE PARIS**



1/1/1 resp profess du
dr

N° RG :
11/06689

N° MINUTE : 2

PAIEMENT

S.L

Assignation du :
4 avril 2011

JUGEMENT
rendu le 30 mai 2012

DEMANDEUR

représenté par Me Céline ASTOLFE de l'Association LOMBARD,
BARATELLI & ASSOCIÉS, avocat au barreau de PARIS, avocat
postulant, vestiaire #E0183, Me Raphaël MAYET de la SELARL
MAYET et PERRAULT, avocat au barreau de VERSAILLES, avocat
plaidant

DÉFENDEUR

AGENT JUDICIAIRE DU TRESOR
Direction des Affaires Juridiques
Bâtiment Condorcet - Teledoc 353
6 rue Louise Weiss
75703 PARIS CEDEX 13

représenté par Me Bernard GRELON de la SCP UETTWILLER
GRELON GOUT CANAT & ASSOCIÉS, avocat au barreau de PARIS,
vestiaire #P0261

MINISTÈRE PUBLIC

Madame Pauline CABY, Vice-Procureure

3 Expéditions
exécutoires
délivrées le:

30.5.12

AUDIENCE DU 30 MAI 2012

1/1/1
N°2

COMPOSITION DU TRIBUNAL

Magali BOUVIER, Première Vice-Présidente
Sylvie LEROY, Vice-Présidente
Patrice KURZ, Vice-Président

assistés de Caroline GAUTIER, Greffière

DÉBATS

A l'audience du 4 avril 2012 tenue en audience publique devant Magali BOUVIER et Sylvie LEROY, magistrats rapporteurs, qui, sans opposition des avocats, ont tenu l'audience, et, après avoir entendu les conseils des parties, en ont rendu compte au Tribunal, conformément aux dispositions de l'article 786 du code de procédure civile

JUGEMENT

Prononcé en audience publique
Contradictoire
En premier ressort

M. _____ a, par arrêté du 6 décembre 1974, fait l'objet d'une mesure de placement d'office, pour aliénation mentale, au Centre Psychothérapique départemental de MONTFAVET (84140).

La mesure d'hospitalisation d'office s'est prolongée jusqu'au 26 février 1975, sur le fondement de certificats médicaux et du rapport d'expertise médical des docteurs Suttel et Roux, lequel conclut à l'internement de M. _____ dans un service de psychiatrie rigoureusement ferme.

Le 25 juin 2009, M. _____ a introduit une requête en annulation de la décision du préfet du Vaucluse du 6 décembre 1974 devant le tribunal administratif de Nîmes, qui par jugement du 1^{er} avril 2010, a annulé cet arrêté.

M. _____ a saisi le juge des référés du tribunal de grande instance de Paris lequel, par ordonnance du 3 août 2010, a condamné l'agent judiciaire du Trésor à lui payer la somme de 10 000 euros, à valoir sur l'indemnisation des conséquences dommageables de son hospitalisation sous contrainte du 6 décembre 1974 au 26 février 1975.

Selon acte d'huissier de justice délivré le 4 avril 2011, M. _____ a fait assigner l'agent judiciaire du Trésor aux fins d'indemnisation.

Aux termes de ses dernières conclusions signifiées le 22 juillet 2011, M. _____ sollicite, au visa des articles 5 et 8 de la Convention de Sauvegarde des droits de l'Homme, et sous le bénéfice de l'exécution provisoire, le rejet du moyen d'irrecevabilité tiré de la prescription soulevé en défense et la condamnation de l'agent judiciaire du Trésor à lui payer les sommes suivantes :

S M

- 80.000 euros au titre de la privation de liberté illégale,
- 15.000 euros en réparation du préjudice lié à l'atteinte à sa vie privée et familiale,
- 20.000 euros en réparation du préjudice lié à l'administration de traitements médicamenteux sous la contrainte,
- 10.000 euros en réparation du préjudice lié aux traitements inhumains et dégradants dont il a fait l'objet,

dont à déduire la provision de 10.000 euros qui lui a été versée par l'Agent Judiciaire du Trésor.

Il réclame également paiement d'une indemnité de procédure de 6.000 euros en application de l'article 700 du code de procédure civile

M. fait principalement valoir qu'il a été hospitalisé sur le fondement de mesures illégales et qu'il est en droit de solliciter la réparation intégrale de ses préjudices nés de l'atteinte portée à sa liberté par son hospitalisation irrégulièrement ordonnée.

* * *

Dans ses dernières conclusions notifiées par voie électronique le 27 juin 2011, l'agent judiciaire du Trésor demande :

- * de dire que les demandes relatives aux préjudices autres que le préjudice né de la privation de liberté sont prescrites, et subsidiairement, mal fondées,
- * sur les demandes relatives aux préjudices nés de la privation de liberté devenue sans fondement légal, du fait de la nullité des arrêtés, de dire que ce préjudice est déjà indemnisé par la provision allouée en référé,
- * par voie de conséquence de rejeter l'ensemble des demandes, et à défaut de les réduire à de plus justes proportions.

L'agent judiciaire du Trésor soutient en effet qu'il faut opérer une distinction entre :

- le préjudice moral né de la privation de liberté, consécutive à la nullité des arrêtés, susceptible d'être indemnisé, peu importe que l'hospitalisation soit bien ou mal fondée,

- les autres préjudices nés de l'hospitalisation dont la réparation dépend du bien ou du mal fondé médical de l'hospitalisation.

Il observe que, de la distinction de ces actions découle des régimes distincts, tant sur la question de la prescription dont le fait générateur n'est pas identique, que sur la question de la réparation ; qu'ainsi la créance née de la nullité des arrêtés a pour fait générateur la décision annulant les arrêtés, soit en l'espèce le jugement du 1er avril 2010, et qu'elle n'est donc pas prescrite.

Il propose de réparer le préjudice moral de M. qui découle de l'annulation des arrêtés, à hauteur de 10 000 euros.



En revanche, s'agissant de la créance née des autres préjudices, il considère que le point de départ du délai de prescription doit être fixé à la fin de l'internement considéré comme abusif de sorte qu'en application de la prescription quadriennale prévue à l'article 1er de la loi du 31 décembre 1968, le point de départ de l'action doit être fixé au 1er janvier 1976, et que l'action est prescrite depuis le 1^{er} janvier 1980.

Il ajoute, sur le fond, qu'aucune indemnisation, ne peut être allouée dès lors que la mesure était médicalement fondée, ce qui est le cas, en l'espèce ; qu'en effet, les préjudices invoqués ont été causés, non par l'hospitalisation forcée, mais par l'état de santé mental de l'interné et la nécessité pour lui, de recevoir des soins en milieu psychiatrique.

MOTIFS

I. Sur la prescription des demandes portant sur les chefs de préjudice autres que le préjudice moral né de la privation de liberté devenue sans fondement légal du fait de la décision de nullité des arrêtés :

La prescription applicable en ce qui concerne l'action formée à l'encontre de l'Agent Judiciaire du Trésor est la prescription quadriennale prévue à l'article 1er de la loi n° 68-1250 du 31 décembre 1968 qui dispose que :

"Sont prescrites, au profit de l'Etat, des départements et des communes, sans préjudice des déchéances particulières édictées par la loi, et sous réserve des dispositions de la présente loi, toutes créances qui n'ont pas été payées dans un délai de 4 ans à partir du premier jour de l'année suivant celle au cours de laquelle les droits ont été acquis."

Ce délai de prescription commence ainsi à courir le premier jour de l'année suivant celle au cours de laquelle s'est produit le fait générateur du dommage allégué ; si s'agissant des actions en réparation du dommage résultant du caractère médicalement non fondé de la mesure d'hospitalisation, le fait générateur est nécessairement la fin de cette mesure, il en va différemment de l'action en réparation du dommage né de l'irrégularité de la mesure d'hospitalisation sous contrainte et dont le fait générateur est alors constitué par la décision administrative qui le consacre.

En effet l'annulation, par la juridiction administrative, de la décision préfectorale qui est ainsi réputée n'avoir jamais été prise, constitue, ainsi que le fait valoir le demandeur, le fait générateur de sa créance indemnitaire et lui ouvre, indépendamment de l'appréciation du caractère médicalement bien fondé ou non de ces mesures d'internement d'office, un droit autonome à la réparation de l'intégralité des préjudices résultant de l'absence de fondement légal de cette mesure, qui est notamment à l'origine d'une atteinte à la liberté individuelle, droit fondamental garanti par l'article 5 de la Convention de Sauvegarde des Droits de l'Homme.

Par suite, en l'espèce, dès lors que le demandeur fonde ses divers préjudices, sur la mesure d'internement prise à son égard, en exposant que cette mesure dépourvue de tout support légal a, non seulement

porté atteinte à sa liberté d'aller et venir, mais qu'elle l'a également affecté moralement et physiquement, il convient de considérer que les différents chefs de préjudices allégués découlent bien de l'illégalité de l'arrêté, prononcée par la juridiction administrative.

Il s'ensuit que l'action est recevable, comme ayant été introduite dans le délai de quatre ans imparti par les dispositions précitées, le fait générateur des dommages étant la décision qui a consacré l'irrégularité du placement de M. , rendue en l'espèce le 1^{er} avril 2010 (définitive, selon les parties), sans qu'il y ait lieu de distinguer, comme le soutient l'agent judiciaire du trésor, les différents chefs de préjudices.

II. Sur le fond :

M. fonde sa demande de réparation des préjudices qu'il déclare avoir subis à raison de son internement sur les dispositions de l'article 5-5 de la Convention de sauvegarde des droits de l'Homme et des libertés qui énonce que "toute personne victime d'une arrestation ou d'une détention dans des conditions contraires aux dispositions de cet article a droit à réparation".

Il résulte en effet des pièces versées aux débats que le tribunal administratif a annulé l'arrêté préfectoral pris à l'égard de M. (aux motifs, d'une part que, l'arrêté de placement d'office «n'indique en aucune manière les raisons pour lesquelles le préfet a estimé que M. (présentait un état d'aliénation de nature à compromettre l'ordre public ou la sûreté des personnes" et d'autre part, que le rapport d'expertise et le certificat médical visés à cet acte, n'y étaient pas joints.

Dès lors, l'arrêté en cause est réputé n'avoir jamais été pris.

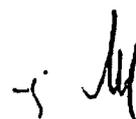
Il s'en déduit qu'en l'absence de toute décision fondant légalement la mesure d'hospitalisation d'office et sans qu'il y ait lieu de rechercher si le placement d'office était médicalement justifié et nécessaire, M. est fondé à solliciter l'indemnisation de l'intégralité du préjudice qui en découle, dans toutes ses composantes, personnelles et sociales.

Si aucune pièce n'est produite à l'appui des demandes indemnitaires, il n'en demeure pas moins que M. est en droit d'obtenir réparation des dommages subis du fait de la privation de sa liberté d'aller et de venir, de la prise de médicaments sous la contrainte, de la souffrance tant morale que physique du fait des conditions de vie en hôpital psychiatrique, et de l'atteinte portée à sa vie privée et familiale.

L'internement illégal ayant duré 82 jours, il lui sera alloué en réparation la somme de 20 000 euros, à titre de dommages et intérêts (dont à déduire la provision allouée en référé).

L'équité commande d'allouer à M. la somme de 3 000 euros en application de l'article 700 du code de procédure civile.

L'exécution provisoire est nécessaire et sera ordonnée.



AUDIENCE DU 30 MAI 2012

1/1/1
N° 2.

PAR CES MOTIFS

Statuant en audience publique, par jugement contradictoire et en premier ressort,

Rejette la fin de non-recevoir tirée de la prescription ;

Condamne l'agent judiciaire du Trésor à payer à M. la somme de 20 000 euros (vingt mille euros) à titre de dommages et intérêts en réparation de ses préjudices (provision non déduite) ;

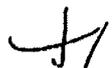
Rejette toute autre demande ;

Condamne l'agent judiciaire du Trésor aux entiers dépens dont distraction au profit de Maître ASTOLFE Céline, avocat aux offres de droit, conformément aux dispositions de l'article 699 du code de procédure civile et à payer à M. la somme de 3 000 euros (trois mille euros) en application de l'article 700 du code de procédure civile ;

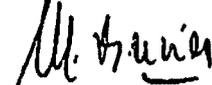
Ordonne l'exécution provisoire.

Fait et jugé à Paris le 30 mai 2012

Le Greffier


C. GAUTIER

La Présidente


M. BOUVIER

N° RG : 11/06689

EXPÉDITION exécutoire dans l'affaire :

1er Demandeur : **M.**

et autres

contre 1er Défendeur : **L'AGENT JUDICIAIRE DU TRESOR** et autres

EN CONSÉQUENCE, LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE mande et ordonne :

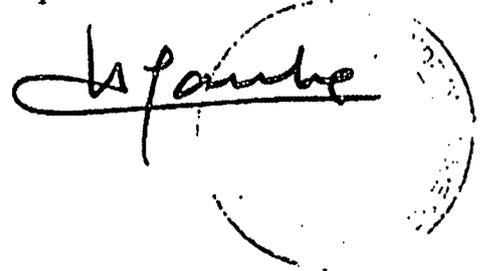
A tous les huissiers de justice, sur ce requis, de mettre ladite décision à exécution,

Aux Procureurs Généraux et aux Procureurs de la République près les Tribunaux de Grande Instance d'y tenir la main,

A tous commandants et officiers de la force publique de prêter main-forte lorsqu'ils en seront requis.

En foi de quoi la présente a été signée et délivrée par nous Greffier en Chef soussigné au Greffe du Tribunal de Grande Instance de Paris

p/Le Greffier en Chef

The image shows a handwritten signature in black ink, which appears to be 'L. P. ...'. To the right of the signature is a circular official stamp, partially obscured by the signature. The stamp contains some illegible text and a central emblem.

**TRIBUNAL
DE GRANDE
INSTANCE
DE PARIS**



**ORDONNANCE DE RÉFÉRÉ
rendue le 06 janvier 2012**

N° RG :
11/57447

N° : 1

Assignation du :
20,28 Juillet 2011
18 août 2011

par **Ghislaine SILLARD**, Vice-Président au Tribunal de Grande Instance de Paris, agissant par délégation du Président du Tribunal,

Assistée de **Géraldine JEANNEAU**, Greffier.

DEMANDERESSE

Madame

représentée par Me Raphaël MAYET, avocat au barreau de VERSAILLES - C 393

DEFENDERESSES

Centre Hospitalier Intercommunal de VILLENEUVE SAINT GEORGES

40 allée de la Source
94195 VILLENEUVE SAINT GEORGES

représentée par Me Bernard FLORENT, avocat au barreau de PARIS - P178

AGENT JUDICIAIRE DU TRÉSOR

Bâtiment Condor cet
6 rue Louise Weiss
75703 PARIS CEDEX 13

représentée par Me Véronique JOBIN, avocat au barreau de PARIS - #R0195

CENTRE HOSPITALIER DE LA REGION ANNECY

1 avenue de l'Hopital Metz-Tessy
73374 PRINGY CEDEX

représentée par Me Françoise HELLMANN, avocat au barreau de PARIS - R 001

**Copies exécutoires
délivrées le:**

4 exp
1 MF

En présence de Mme le Vice Procureur de la République,
Mme Pauline CABY

DÉBATS

A l'audience du 25 Novembre 2011, tenue en audience publique, présidée par Ghislaine SILLARD, Vice-Président, assistée de Géraldine JEANNEAU, Greffier,

Nous, Président,

Après avoir entendu les parties comparantes ou leur conseil,

Vu l'assignation introductive de la présente instance, délivrée les 20 et 28 juillet et le 18 août 2011 par Madame
au Centre Hospitalier Intercommunal de
VILLENEUVE SAINT-GEORGES, le Centre hospitalier de LA
REGION D'ANNECY et à l'Agent Judiciaire du Trésor devant le
Président du tribunal de grande instance de PARIS et les motifs
qui y sont énoncés tendant à voir :

- condamner *in solidum* le Centre Hospitalier Intercommunal de VILLENEUVE SAINT GEORGES et l'Agent Judiciaire du Trésor à lui payer une provision de 10.000 Euros à valoir sur l'indemnisation du préjudice subi du fait de son hospitalisation sur demande d'un tiers illégale du 16 juin au 20 juillet 2009,
- condamner *in solidum* le Centre hospitalier de LA REGION D'ANNECY, le Centre Hospitalier Intercommunal de VILLENEUVE SAINT GEORGES, et l'Agent Judiciaire du Trésor à lui payer une provision de 40.000 Euros à valoir sur l'indemnisation du préjudice subi du fait de son hospitalisation sur demande d'un tiers illégale du 10 octobre 2009 au 16 avril 2010,
- condamner l'Agent Judiciaire du Trésor à lui payer la somme de 20.000 Euros en réparation du préjudice résultant de la violation de son droit à obtenir à bref délai la levée de son hospitalisation sur demande d'un tiers illégale du 10 octobre 2009 au 16 avril 2010,
- condamner le Centre Hospitalier Intercommunal de VILLENEUVE SAINT GEORGES, le Centre hospitalier de LA REGION D'ANNECY et l'Agent Judiciaire du Trésor à lui payer chacun la somme de 2 000 Euros au titre de l'article 700 du Code de Procédure Civile,

Vu les conclusions déposées et développées à l'audience par le Centre Hospitalier Intercommunal de VILLENEUVE SAINT GEORGES qui demande de :

- dire que son obligation se heurte à une contestation sérieuse,

En conséquence rejeter toutes les demandes de Madame

Subsidiairement :

- limiter la provision qui pourrait être accordée à 2 000 euros,
- condamner le Centre hospitalier de LA REGION D'ANNECY à le garantir de toute condamnation qui pourrait être prononcée à son encontre en ce qui concerne l'hospitalisation du 10 octobre 2009 au 16 avril 2010,



Vu les conclusions déposées et développées à l'audience par le Centre hospitalier de LA REGION D'ANNECY qui demande :

- dire qu'il existe une contestation sérieuse,

En conséquence rejeter toutes les demandes de Madame

Subsidiairement :

- débouter le Centre Hospitalier Intercommunal de VILLENEUVE SAINT GEORGES de sa demande de garantie,
- débouter Madame : de sa demande formée au titre des frais irrépétibles ;

Vu les conclusions déposées et développées à l'audience par l'Agent Judiciaire du Trésor qui demande :

- dire que Madame n'a pas subi de préjudice du chef des hospitalisations à lasur demandes de tiers,

A titre subsidiaire,

- ramener à de plus justes proportions le quantum du préjudice et minorer de manière très conséquente la provision qui lui serait alors allouée,

Vu les observations formulées à l'audience par Madame La Procureure de la République qui expose que le droit à indemnisation de la requérante pour les hospitalisations n'est pas contestable mais qu'il y a lieu de modérer le quantum de la provision et qui estime, en revanche, que l'indemnisation revendiquée du fait d'un dysfonctionnement de la justice se heurte à une contestation sérieuse ;

SUR CE.

Attendu que Madame a été admise du 16 juin au 20 juillet 2009 au Centre Hospitalier Intercommunal de VILLENEUVE SAINT-GEORGES sous le régime de l'hospitalisation sur demande d'un tiers ;

Attendu que par ordonnance du 20 juillet 2009, le juge administratif a suspendu la décision d'admission ;

Attendu que Madame a été admise sous le régime de l'hospitalisation sur demande d'un tiers le 10 octobre 2009 au Centre hospitalier de LA REGION D'ANNECY puis transférée le 10 novembre 2009 au Centre Hospitalier Intercommunal de VILLENEUVE SAINT-GEORGES ;

Attendu que le tribunal administratif de GRENOBLE a par jugement du 4 mai 2010 annulé les décisions d'admission et de maintien en hospitalisation sur demande d'un tiers des 10 octobre et 24 octobre 2009 ;

Attendu que le tribunal administratif de MELUN a par jugement du 24 mars 2011 annulé les décisions d'admission et de maintien en hospitalisation sur demande d'un tiers des 16 juin, 10 novembre et 24 novembre 2009 ;



Attendu que le juge administratif est compétent pour se prononcer sur la légalité des décisions d'hospitalisation sous contrainte; que le juge judiciaire est quant à lui compétent pour apprécier l'indemnisation à accorder aux personnes privées illégalement de liberté ;

Attendu que Madame sollicite la réparation de son préjudice moral résultant de l'atteinte portée à sa liberté au titre de deux hospitalisations dépourvues de fondement légal du fait des annulations intervenues ;

Attendu que les défenderesses estiment que les demandes se heurtent à une contestation sérieuse dans la mesure où Madame présente une activité délirante à thème mégalomane et érotomane qui nécessite un suivi constant par un médecin psychiatre de sorte que les hospitalisations litigieuses étaient nécessaires et faites dans son intérêt pour prévenir un dommage imminent ;

Attendu toutefois que le juge judiciaire n'a pas à rechercher le bien fondé ou le mal fondé médical de la mesure dont le demandeur est l'objet, l'ouverture du droit à indemnisation résultant du seul défaut de fondement légal de l'hospitalisation ;

Qu'il y a donc lieu de condamner le Centre Hospitalier Intercommunal de VILLENEUVE SAINT -GEORGES et l'Agent Judiciaire du Trésor à payer à la requérante une provision de 8.000 euros, à valoir sur l'indemnisation du préjudice subi du fait de la mesure de placement illégale dont elle a fait l'objet du 16 juin au 20 juillet 2009 ;

Qu'il y a lieu également de condamner le Centre Hospitalier Intercommunal de VILLENEUVE SAINT GEORGES, le Centre hospitalier de LA REGION D'ANNECY et l'Agent Judiciaire du Trésor à payer à la requérante une provision à valoir sur l'indemnisation du préjudice subi du fait de la mesure de placement illégale dont elle a fait l'objet du 10 octobre 2009 au 16 avril 2010 qui sera toutefois limitée à la somme de 15 000 euros, compte tenu que le juge des libertés et de la détention du tribunal de Grande Instance de CRETEIL bien que saisi le 10 novembre 2009 a mis 145 jours pour prononcer la levée de cette hospitalisation et alors qu'une demande de réparation est formée à l'encontre de l'Agent Judiciaire du Trésor pour violation du droit à obtenir à bref délai une telle décision ;

Attendu que cette demande de réparation, qui implique un examen de la responsabilité de l'état dans le fonctionnement des services de la justice, lequel échappe aux pouvoirs du juge des référés, se heurte à une contestation sérieuse ;

Qu'il n'y a pas lieu à référé de ce chef ;

Attendu que le Centre Hospitalier Intercommunal de VILLENEUVE SAINT GEORGES, demande que le Centre hospitalier de LA REGION D'ANNECY le garantisse des condamnations prononcées à son encontre ; que ce dernier observe qu'il n'a pas pris l'initiative le premier de cette hospitalisation ; que Madame n'a été hospitalisée dans son établissement que du 10 octobre au 10 novembre 2010 date à laquelle elle a été transférée au Centre Hospitalier Intercommunal de VILLENEUVE SAINT-GEORGES ;

Attendu que la demande de garantie formulée par ce dernier, alors même que le juge administratif de MELUN a également annulé les décisions de transfert et de maintien en hospitalisation prises par Centre Hospitalier Intercommunal de VILLENEUVE SAINT-GEORGES les 10 novembre et 24 novembre 2009 subséquentement à la demande d'admission du 10 octobre 2009, se heurte à tout le moins à une contestation sérieuse ;

Que succombant, les défendeurs seront condamnés *in solidum* aux dépens et à verser à Madame la somme de 1.500 euros au titre de l'article 700 du Code de Procédure Civile ;

PAR CES MOTIFS

Statuant par ordonnance contradictoire, en premier ressort, mise à disposition au greffe,

Condamnons *in solidum* le Centre Hospitalier Intercommunal de VILLENEUVE SAINT-GEORGES et l'Agent Judiciaire du Trésor à payer à Madame une provision de 8 000 euros, à valoir sur l'indemnisation du préjudice subi du fait de la mesure de placement illégale dont elle a fait l'objet du 16 juin au 20 juillet 2009 ;

Condamnons *in solidum* le Centre Hospitalier Intercommunal de VILLENEUVE SAINT-GEORGES, le Centre Hospitalier de LA REGION D'ANNECY et l'Agent Judiciaire du Trésor à payer à Madame une provision de 15 000 euros, à valoir sur l'indemnisation du préjudice subi du fait de la mesure de placement illégale dont elle a fait l'objet du 10 octobre 2009 au 16 avril 2010 ;

Disons n'y avoir lieu à référé pour le surplus ;

Condamnons *in solidum* le Centre Hospitalier Intercommunal de VILLENEUVE SAINT-GEORGES le Centre Hospitalier de LA REGION D'ANNECY et l'Agent Judiciaire du Trésor à payer à Madame la somme de 1.500 euros au titre de l'article 700 du Code de Procédure Civile ainsi qu'aux entiers dépens de la procédure.

Fait à Paris le 06 janvier 2012

Le Greffier,


Géraldine JEANNEAU

Le Président,


Ghislaine SILLARD

RG: 11/57447

EXPÉDITION exécutoire dans l'affaire :

manderesse :

entre

manderesses : **Centre Hospitalier Intercommunal de VILLENEUVE SAINT GEORGES**

EN CONSÉQUENCE, LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE mande et ordonne :

A tous les huissiers de justice, sur ce requis, de mettre ladite décision à exécution,

Aux Procureurs Généraux et aux Procureurs de la République près les Tribunaux de Grande Instance d'y tenir la main,

A tous commandants et officiers de la force publique de prêter main-forte lorsqu'ils en seront légalement requis.

En foi de quoi la présente a été signée et délivrée par nous Greffier en Chef soussigné au Greffe du Tribunal de Grande Instance de Paris

p/Le Greffier en Chef

6 ème page et dernière

LE CONTENTIEUX DE L'INDEMNISATION DE L'HOSPITALISATION SANS CONSENTEMENT

PLAN INTERVENTION ME MAYET

1. L'indemnisation en cas de saisine du juge administratif avant le 31 Décembre 2012

1.1 Les effets d'une annulation par le juge administratif

1.1.1 Les effets de l'annulation sur la prescription

1.1.2 Les effets sur le droit à indemnisation

1.2 L'absence d'annulation par le juge administratif

1.2.1 Les effets sur la prescription

1.2.2 Les effets sur le droit à indemnisation

2. L'unification du contentieux de l'hospitalisation

2.1 La compétence du tribunal de grande instance

2.2 L'illégalité de la mesure constatée par le JLD

2.3 L'absence de contrôle par le JLD

2.4 La question de la prescription

Réforme des soins psychiatriques sans consentement

Par la loi n°2013-869 du 27 septembre 2013

Rappel du contexte d'adoption de la loi :

Par décision du 20 avril 2012 (Cons. const., déc. 20 avr. 2012, n° 2012-235 QPC), le Conseil constitutionnel a déclaré contraires à la Constitution deux dispositions de la loi du 5 juillet 2011.

La prise d'effet de la déclaration d'inconstitutionnalité a été fixée au 1 octobre 2013.

La réforme s'imposait donc avant cette date sur deux éléments : la procédure de mainlevée des mesures de soins psychiatriques sans consentement des personnes ayant séjourné en unités pour malades difficiles (UMD) et celle des personnes hospitalisées à la suite d'une déclaration d'irresponsabilité pénale.

Le 7 novembre 2012, la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale a créé la « *mission d'information sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie* » qui a déposé un rapport lequel a abouti à une proposition de loi déposée le 3 juillet 2013.

La loi n° 2013-869 du 27 septembre 2013 a été adoptée en urgence. Elle a été publiée au Journal officiel du 29 septembre 2013.

Elle va au-delà de la censure du Conseil constitutionnel et réforme plusieurs aspects du droit des personnes hospitalisées sans consentement (I)
Son entrée en vigueur se fait en trois temps (II).

I – Principaux aspects de la réforme

1 – Sur les dispositions spécifiques relatives aux UMD et à l'irresponsabilité pénale

Ces dispositions ayant été censurées par le Conseil constitutionnel, la modification s'imposait.

La loi nouvelle retient :

- la suppression du dispositif spécifique relatif à la mainlevée des soins **pour les patients séjournant ou ayant séjourné en UMD** et la suppression des dispositions législatives encadrant les UMD.

Le statut légal des UMD est supprimé et la mainlevée des mesures de soins sans consentement des personnes y ayant séjourné relève désormais du droit commun.

L'UMD subsiste simplement comme un service de soins interne à l'hôpital et non plus comme un régime de soins spécifiques.

Conséquence : nécessité de prendre des arrêtés préfectoraux de maintien aux échéances légales...

- **la limitation du champ d'application des dispositions spécifiques applicables aux personnes déclarées pénalement irresponsables (article L 3211-12 II CSP):**

Le régime spécifique de la mainlevée des mesures d'hospitalisation sans consentement des personnes hospitalisées suite à une déclaration d'irresponsabilité pénale (2 expertises et avis d'un collègue) subsiste exclusivement pour les faits les plus graves : quand les faits commis auraient pu donner lieu à une peine d'emprisonnement d'au moins 5 ans pour les atteintes aux personnes et 10 ans pour les atteintes aux biens.

En-deçà, soit pour des faits punissables de moins 5 ans pour les atteintes aux personnes et de moins de 10 ans pour les atteintes aux biens, le droit commun s'applique.

- **l'obligation d'informer les patients hospitalisés à la suite d'une décision d'irresponsabilité pénale en raison de leurs troubles mentaux (L. 3213-7 du CSP)**

2 – Sur la simplification des procédures médicales

La loi nouvelle tend à « rationaliser » le nombre de certificats médicaux produits dans le cadre de la mesure de soins.

Elle allège en tout état de cause les obligations des psychiatres en prévoyant les mesures suivantes.

- **la suppression de l'avis motivé à part entière sur la forme de la prise en charge** avant l'expiration de la période d'observation.

Cet avis est **désormais inclus dans le certificat médical des 72 heures** de même que le cas échéant le programme de soins proposé ([article L 3211-2-2 CSP](#)) et doit être motivé au regard de l'état de santé du patient et de l'expression de ses troubles mentaux

- **la suppression du certificat établi après le 5ème et au plus tard le 8ème jour** (article L 3212-7 CSP)

Attention donc au point de départ pour la décision de maintien qui doit intervenir mensuellement à compter dorénavant du certificat de 72^{ème} heure...

- la clarification des **dispositions applicables en cas de désaccord entre le représentant de l'État et le psychiatre participant à la prise en charge** ([article L 3213-9 CSP](#)) ou le collègue donnant son avis sur la forme de la prise en charge ([article L 3213-3 CSP](#))

- **la suppression de l'avis conjoint lors de la saisine du JLD**, remplacé par « *l'avis motivé d'un psychiatre de l'établissement d'accueil se prononçant sur la nécessité de poursuivre l'hospitalisation complète* » ([article L 3211-12-1 CSP](#))

- **l'avis du collègue exigé pour les patients hospitalisés depuis plus d'un an**, doit être renouvelé **chaque année**

3 - Sur le droit des personnes hospitalisées sous contrainte pendant la mesure de soins

- **Création d'un droit de visite des établissements psychiatriques par les parlementaires** : députés, sénateurs et représentants au parlement européen élus en France ([article L 3222-4-1 CSP](#));

- **Encadrement des droits des personnes en programme de soins** :

* **les périodes d'hospitalisation à temps complet** comprises dans le programme de soins doivent se limiter à des « *séjours de courte durée* » ([article L 3211-2-1 CSP](#))

* interdiction de toute « *mesure de contrainte* » pour les patients pris en charge sous cette forme ([article L 3211-2-1 CSP](#))

R : Si la mise en œuvre des soins nécessite d'exercer une contrainte sur le patient, il convient donc au préalable de transformer la forme de la prise en charge en hospitalisation complète. Ce n'est que lorsque cette décision est prise et que le patient en est informé qu'une contrainte peut être exercée (selon ARS)...

- Précision sur le **régime applicable aux détenus** : les détenus souffrant de troubles psychiatriques se trouvent par principe **sous le régime des soins libres** en UHSA. Ce n'est que lorsque leur consentement est impossible et que les conditions de l'HSC sont remplies qu'ils sont soumis au régime des soins contraints ([article L 3214-1 CSP](#))

- **Introduction d'un dispositif d'autorisations de sorties de courte durée non accompagnées** d'une durée maximale de 48 heures et maintien de l'autorisation de sorties de courte durée accompagnée n'excédant pas 12 heures ([article L 3211-11-1 CSP](#))

4 - Sur la procédure de contrôle devant le JLD

- **Réduction du délai donné au JLD pour statuer dans le cadre du contrôle systématique à 12 jours** (au lieu de 15 actuellement) à compter de l'admission ([article L 3211-12-1 CSP](#)) étant précisé que le **JLD doit être saisi dans les 8 jours de la décision d'admission**.

- Le **JLD** devra être **saisi 15 jours au moins avant l'expiration du délai de 6 mois** (au lieu de 8)

- **Obligation de la tenue de l'audience en chambre du conseil dès lors que la personne hospitalisée le demande** ([article L 3211-12-2 CSP](#))

- Adoption du principe de la **tenue de l'audience dans une salle spécialement aménagée de l'établissement d'accueil** ou – en cas de nécessité – d'un autre établissement dans le ressort du TGI ([article L 3211-12-2 CSP](#)) à condition que la salle permette d'assurer la clarté, la sécurité, la sincérité des débats et l'accès du public.

Lorsque ces conditions ne sont pas satisfaites, le juge, soit d'office, soit sur demande de l'une des parties, statue au siège du tribunal de grande instance.

- **Suppression de la possibilité de recourir à la visioconférence** (article L 3211-12-2 CSP)

- **Assistance obligatoire d'un avocat** (article L 3211-12-2 CSP)

- **En cas d'appel** de l'ordonnance du JLD, un **avis médical** sur la nécessité de poursuivre l'hospitalisation complète est **adressé au greffe de la CA au plus tard 48h avant l'audience.**

5 – Perspectives

La loi nouvelle ordonne l'établissement d'un rapport sur la dématérialisation du registre des hospitalisations sans consentement qui devra être déposé dans un délai d'un an à compter de la promulgation de la loi.

II – Entrée en vigueur en trois temps

1 – Application immédiate (le 30 septembre 2013, date de la promulgation de la loi)

Concernant les deux dispositions invalidées par le Conseil Constitutionnel, l'application immédiate des dispositions de la loi du 27 septembre 2013 s'explique par le délai laissé par le Conseil Constitutionnel dans sa censure pour la prise d'effet de la déclaration d'inconstitutionnalité :

- La suppression du dispositif spécifique relatif à la mainlevée des soins pour les patients séjournant ou ayant séjourné en **UMD** et celle des dispositions législatives encadrant les UMD.

R : Pour les patients faisant l'objet d'une mesure de soins sans consentement intervenue avant l'entrée en vigueur de la loi et séjournant ou ayant séjourné un an en UMD, l'application des dispositions spécifiques les concernant prend fin dès le 30 septembre 2013, les agences régionales de Santé recommandent de prendre un arrêté de maintien dans les meilleurs délais sans attendre la date de l'échéance légale puis de reprendre un arrêté de maintien à échéance légale...

- La limitation du champ d'application des dispositions spécifiques applicables aux **personnes déclarées pénalement irresponsables** (article L 3211-12 II CSP)

R : pour les patients déclarés irresponsables pénalement faisant l'objet d'une mesure de soins intervenue avant l'entrée en vigueur de la loi, les agences régionales de Santé (ARS) recommandent que les établissements de santé (pour les SDT) interrogent les autorités judiciaires et, que les ARS le fassent pour les mesures de soins sur décision du représentant de l'Etat (SDRE). Dès lors que ces critères ne sont pas remplis, le droit commun est applicable à ces patients...

- La suppression de l'**avis** motivé à part entière sur la forme de la prise en charge **avant l'expiration de la période d'observation** ([article L 3211-2-2 CSP](#))
- La suppression du **certificat établi après le 5ème** et au plus tard le 8ème jour ([article L 3212-7 CSP](#))
- Le remplacement de l'avis conjoint par l'**avis motivé pour la saisine du JLD** ([article L 3211-12-1 CSP](#))
- La réinstauration des **sorties d'essai**
- Les précisions sur le **programme de soins**
- Le principe du régime des soins libres pour les **détenus**
- Les dispositions applicables **en cas de désaccord entre le représentant de l'État et le psychiatre** ([article L 3213-9 CSP](#) ou le collège [article L 3213-3 CSP](#))
- L'entérinement de la pratique d'un **avis du collège annuel**

2 – entrées en vigueur postérieures : la réforme de la procédure strictement judiciaire

a) au 15 mars 2014

La **saisine du JLD** plus précoce **pour le contrôle du 6^{ème} mois** pour les décisions prononcées à la date du 15 mars 2014

b) au 1^{er} septembre 2014

Contrôle du JLD dans un délai de 12j
 Lieu de l'audience
 Publicité des débats
 Suppression de la possibilité de recours à la visioconférence
 Représentation obligatoire par avocat
 Certificat médical à établir en cas d'appel

SAF Colloque HSC
1^{er} février 2014

COMPRENDRE LES PIÈCES MÉDICALES DU DOSSIER, LE PATIENT ET SA
PATHOLOGIE POUR MIEUX LE DÉFENDRE

DOCUMENTATION

Fabien JUAN
Psychiatre
Directeur médical Institut MGEN de la Verrière

[Accueil](#) [Thèses](#) [Mémoires](#) [Cours](#)

SEMIOLOGIE PSYCHIATRIQUE

Plan du cours

L'EXAMEN PSYCHIATRIQUE. CONDITIONS PRATIQUES. MODALITES.
PARTICULARITES. PLACE DE L'EXAMEN PHYSIQUE ET DES EXAMENS
COMPLEMENTAIRES

TROUBLES DE LA VIE EMOTIONNELLE

TROUBLES DE L'HUMEUR

TROUBLES PSYCHOMOTEURS

TROUBLES DES CONDUITES INSTINCTUELLES

TROUBLES DE LA PENSEE

TROUBLES DU LANGAGE ET DES PERCEPTIONS

**L'EXAMEN PSYCHIATRIQUE. CONDITIONS
PRATIQUES. MODALITES. PARTICULARITES. PLACE**

DE L'EXAMEN PHYSIQUE ET DES EXAMENS COMPLEMENTAIRES.

I – BUTS ET SPECIFICITES

Certains buts de l'examen psychiatrique sont identiques à ceux d'une observation médicale classique :

- repérer les symptômes présents, qu'il s'agisse de troubles ou de désordres
- les regrouper selon les organisations syndromiques connues, et en faire un récapitulé synthétique en syndromes ou en maladies,
- vérifier ensuite l'hypothèse diagnostique grâce à une analyse sémiologique détaillée et/ou une demande d'examens complémentaires,
- proposer enfin une thérapeutique adaptée.

Mais l'observation psychiatrique ne se résume pas à ce schéma. Elle comporte des particularités ou des spécificités qui sont au moins au nombre de 3 :

- le caractère subjectif de la sémiologie psychiatrique,
- le caractère relationnel de la sémiologie psychiatrique,
- le problème du consentement.

1°) La première particularité tient à la nature même des connaissances en psychiatrie et en psychopathologie, à savoir que l'examen et la recherche des signes importants se font essentiellement sur l'analyse d'un discours, de productions verbales, d'une communication.

Qu'il s'agisse d'angoisses, d'obsessions, de délires, d'hallucinations, de phobies ou d'agitations, les symptômes en psychiatrie ne sont pas ou peu quantitatifs mais qualitatifs. On ne peut pas tout à fait évaluer une angoisse comme on mesure une amyotrophie ou comme on enregistre un souffle. En psychiatrie, le matériel sémiologique a un caractère fondamentalement subjectif.

Un corrélat immédiat : le diagnostic, sauf exception, est la plupart du temps clinique et non ou très peu paraclinique. Les examens complémentaires restent utiles, mais la plupart du temps dans un but différentiel. Il peut par exemple être utile de pratiquer une glycémie devant un état d'agitation, un scanner cérébral devant une détérioration intellectuelle débutante ou un dosage d'hormones thyroïdiennes devant un état dépressif, mais le diagnostic positif d'une dépression comme d'une psychose reste essentiellement clinique.

2°) Beaucoup plus qu'en médecine organique, il s'agit ici de l'analyse d'une relation et d'une interaction. C'est la dimension du relationnel et de l'intersubjectif.

C'est-à-dire que la psychiatrie est davantage sensible que d'autres spécialités médicales à certaines dimensions sémiologiques comme le contact, la présentation, l'habitus, la possibilité,

l'impossibilité ou les difficultés à établir une communication, comme la prise en compte de l'entourage, du contexte social et environnemental du patient.

En tous les cas, il existe une implication obligatoire de la personne même du médecin dans la relation, ce qui rend sinon utopique, du moins problématique l'idée d'une observation psychiatrique qui serait purement scientifique, neutre, reproductible, impartiale, objective et complète. Mais la subjectivité comme ce souci du relationnel n'excluent pas la rigueur, même si la médecine psychiatrique est davantage une médecine de la relation qu'une médecine des symptômes.

3°) La troisième spécificité concerne davantage le traitement et les difficultés des traitements en psychiatrie, dans la mesure où certaines maladies mentales comme les psychoses, mais aussi certaines névroses, ou des pathologies comme par exemple l'anorexie mentale se caractérisent par une certaine méconnaissance ou un déni du trouble, posant le problème du consentement et de la compliance du patient aux soins qui lui sont proposés.

Si l'on peut considérer d'une manière générale que parmi les devoirs du malade le premier est probablement de souhaiter la guérison, donc d'être capable de coopération avec le médecin et la médecine, ici, en psychiatrie, nous avons souvent affaire à des malades qui ne se perçoivent pas comme malades ou qui ne veulent pas guérir.

Une telle conduite expose à un certain nombre de risques, il s'agit la plupart du temps de risques auto ou hétéro-agressifs, parfois de dépenses inconsidérées, de scandales sur la voie publique, de dilapidation du patrimoine, ou encore de risques pour les personnes ou les biens.

La prise en considération de cette absence (transitoire ou durable) d'un consentement éclairé, pose la question :

- du recours à la loi du 27 juin 1990 qui organise les hospitalisations sous contrainte, c'est à dire sans le consentement du patient avec deux modalités principales : l'Hospitalisation à la Demande d'un Tiers et l'Hospitalisation d'Office (HDT et HO),

- de la mise en place de mesure de protection des biens telle qu'elle est organisée par la loi de janvier 1968, sous la forme de sauvegarde de justice, de tutelle ou de curatelle.

En agissant ainsi, le psychiatre agit certes en temps que délégué d'une culture ou d'une société, mais assume aussi un rôle de régulation sociale qui fait également partie de toute mission médicale.

*
* *

Un autre but de l'examen psychiatrique est de mettre en place les grands cadres de la nosographie, qu'il faut davantage comprendre comme des pôles de référence que comme des étiquettes étroites.

Une des oppositions les plus classiques oppose le groupe des névroses au groupe des psychoses en fonction d'un certain nombre de paramètres résumés sur le tableau suivant.

	PSYCHOSE	NEVROSE
Personnalité	Trouble global	Trouble partiel
Trouble du cours de la pensée	++	-
Vie affective et humeur	++	+ -
Perte du contact avec la réalité	++	-
Lucidité critique et demande d'aide	-	+
Perturbation de la faculté de communication	++	+ -
Troubles du langage	+	-
Délire et/ou hallucinations	++	-
Caractère « compréhensible » des troubles	-	+
Gravité	Non pertinent	

-**Les névroses** constituent des pathologies en général chroniques de la personnalité. Elles se traduisent par des troubles partiels, certains non spécifiques et d'autres plus spécifiques.

Troubles non spécifiques :

- anxiété
- état dépressif
- asthénie
- inhibition intellectuelle sociale ou affective
- comportements d'échecs à répétition
- troubles de la sexualité
- troubles du caractère (irritabilité, passage à l'acte, colère, crise névropathique)
- conduites addictives (alcool, toxicomanie, troubles du comportement alimentaire)

Le patient névrotique est conscient de ses troubles mais leur raison, le plus souvent inconsciente, lui échappe. Il peut s'en plaindre et demander de l'aide. En aucun cas il n'existe de perte du contact avec la réalité ni de troubles délirants ou hallucinatoires.

Troubles spécifiques : ce sont des symptômes plus particuliers comme les phobies, les rituels, les compulsions, les obsessions, les conversions somatiques qui permettent en fonction de la prévalence du trouble d'évoquer une névrose anxieuse, hystérique, obsessionnelle ou phobique, sachant que ces catégories ne sont pas rigoureusement tranchées et qu'il existe de nombreuses formes intermédiaires.

-Les psychoses , comme par exemple la psychose schizophrénique, sont des maladies mentales majeures qui affectent globalement la vie psychique dans son intimité, au niveau de la conscience de soi, des autres et du monde extérieur, au niveau de l'affectivité, et au niveau du jugement. Elles se manifestent par des troubles importants du contact avec la réalité extérieure, se traduisant souvent par des productions délirantes ou hallucinatoires ainsi que par une méconnaissance fréquente des troubles.

Le délire (du mot latin de-lirare, dé-railler ou sortir du sillon) se distingue de l'idée fausse ou de l'erreur de jugement par ses caractères spécifiques. Les trois critères spécifiques classiques de l'idée délirante sont les suivants :

1°) une conviction plus ou moins absolue, inaccessible ou peu accessible à la critique, au raisonnement, à la démonstration ou la réfutation.

2°) Une dimension d'évidence interne, personnelle au sujet, avec une certitude subjective inébranlable et non partagée par le groupe. Cette évidence interne conditionne le caractère de non-influencabilité par l'expérience, les raisonnements contraignants ou les preuves : rien ne sert de contredire un délirant et de lui dire qu'il se trompe.

3°) Le troisième critère, plus que la dimension de contradiction avec la réalité ou d'impossibilité du contenu (un mégalomane, fils de la reine de Sabah et de Tony Blair) réside dans la dimension de contradiction interne, comme par exemple la co-existence d'un discours d'omnipotence mégalomane et de toute puissance avec des thèmes de persécution.

A côté de cette première grande classification névrose-psychose, un deuxième système d'appréhension de la pathologie mentale permet de répartir les affections en fonction du paramètre temps, sachant qu'en psychiatrie et par convention on parle de pathologie aiguë quand elle dure quelques jours (comme par exemple une bouffée délirante aiguë), quelques semaines (comme par exemple un accès maniaque) ou encore quelques mois (comme par exemple un épisode dépressif majeur). A l'opposé les pathologies chroniques se comptent en année, voire pour certaines à la dimension d'une vie.

Les névroses en tant qu'elles constituent des troubles de la personnalité, sont des troubles en général durables ou chroniques, tandis qu'il existe des psychoses aiguës, (comme par exemple une bouffée délirante aiguë ou une psychose confusionnelle) mais aussi des psychoses chroniques, comme par exemple la schizophrénie ou la paranoïa.

EXEMPLES	
PSYCHOSES	NEVROSES
AIGUES { <ul style="list-style-type: none"> - BOUFFEE DELIRANTE AIGUE - MANIE - MELANCOLIE 	<ul style="list-style-type: none"> - NEVROSE D'ANGOISSE - NEVROSE HYSTERIQUE - NEVROSE OBSESSIONNELLE - NEVROSE PHOBIQUE
CHRONIQUES { <ul style="list-style-type: none"> - SCHIZOPHRENIQUE - PARANOIA - PSYCHOSE HALLUCINATOIRE CHRONIQUE 	

Si la distinction névrose/psychose a été très longtemps utilisée, en France en particulier, les classifications internationales, ICD10 pour l'OMS, DSM IV aux Etats Unis, promeuvent une classification sur plusieurs axes simultanés, et particulièrement la combinaison de l'axe 1, dévolu aux troubles psychiques sur leur versant purement phénoménologique, et l'axe 2 dévolu à la personnalité.

II.-.CONDITIONS PRATIQUES D'UN PREMIER ENTRETIEN : L'ECOUTE ET L'OBSERVATION

D'un premier entretien dépend souvent le devenir de la relation thérapeutique du patient avec le praticien. Une fois le contact établi, on peut dire que le travail psychothérapeutique est effectivement engagé.

Le cadre n'est pas indifférent :

- il peut s'agir d'une consultation hospitalière, en dispensaire, en centre médico-psychologique où la consultation a pu être précédée d'une attente quelquefois longue majorant l'anxiété, voire l'agressivité.

- Au cabinet du praticien, le cadre peut être moins impersonnel, la ponctualité plus respectée avec une absence d'attente administrative.
- En visite au domicile, dans le cadre d'un examen psychiatrique : situation exceptionnelle et d'urgence.

La demande est essentielle à considérer :

elle peut émaner du patient lui-même, condition à priori plus favorable. Dans cette hypothèse la coopération du sujet est généralement acquise, mais sans exclure pour autant beaucoup d'appréhension. Les demandes spontanées de consultation en psychiatrie sont actuellement fréquentes, même si la maladie mentale reste encore largement stigmatisée et l'image de marque de la psychiatrie défavorable.

La demande du sujet doit toujours être élucidée et interprétée : une plainte insomniacque peut en effet être le symptôme d'un état anxieux, d'une névrose structurée, de difficultés situationnelles banales et transitoires, d'une psychose débutante, d'un état dépressif ou encore un simple prétexte à entretien.

La demande peut venir d'un tiers et le patient lui-même n'a rien à demander. Il peut s'agir de patients délirants, déments, ne pouvant formuler de demande ou ne se reconnaissant pas malade. Il est là important pour le psychiatre de se situer comme un interlocuteur neutre et indépendant et non comme un juge.

Enfin la demande peut être formulée par la société, que celle-ci se sente menacée après un acte médico-légal ou qu'elle intervienne pour un patient considéré comme dangereux envers lui-même ou envers autrui. Il peut s'agir d'actions antisociales comme des fugues, des vols, des agressions sexuelles conduisant à des situations d'expertise et posant le problème de la dangerosité. Dans ce cas, l'examen peut se heurter à la réticence, à l'animosité, voire à l'agressivité du patient.

Dans tous les cas, le but de l'examen est double : d'une part assurer une bonne relation et un bon contact et d'autre part rassembler un recueil informatif de données sur le patient, son histoire et ses antécédents. Les différents buts inter-agissent et l'investigation, le recueil de données doivent aller de pair avec la mise en confiance et l'établissement d'un lien qui a déjà une valeur thérapeutique.

L'examineur doit donc favoriser au maximum les conditions d'une bonne écoute et d'une bonne observation. L'entretien doit être libre et non directif dans un premier temps, permettant au patient d'exprimer spontanément ce qu'il pense, ce qu'il désire, ce qu'il ressent. Ce n'est que dans un second temps que l'examineur sera plus actif et reviendra sur des éléments qu'il souhaite compléter et mieux documenter.

Quelques conditions pratiques : le tête à tête doit être préféré à la présence de tiers. L'entourage doit souvent être vu, surtout s'il s'agit de mineurs, mais parfois séparément. Le face à face doit également être préféré à l'interposition d'un bureau. La prise de notes et la transcription des mots et des phrases du patient sont très souvent utiles, mais peuvent gêner la spontanéité du discours. Quant à la durée de l'entretien, un premier entretien d'évaluation, hormis les conditions d'urgence, dure en général $\frac{3}{4}$ d'heure. Il est important pour le psychiatre de se présenter avec son identité professionnelle réelle. Les entretiens peuvent par ailleurs être bien sûr répétés.

III.-MODALITES DE L'ENTRETIEN ET ABORD DU PATIENT EN PSYCHIATRIE

Déroulement en deux temps

On procède du moins directif au plus directif. A une première phase d'expression libre laissée à l'initiative du patient, en réponse à des questions très ouvertes : « Quelles sont vos difficultés ?... Est-ce que vous pouvez me dire ce qui vous amène à l'hôpital ou à ma consultation ? ... » succède un deuxième temps qui vise à compléter l'investigation sémiologique et l'enquête anamnétique avec des interventions de l'examineur plus fréquentes et actives, tout en gardant une flexibilité suffisante et en évitant de procéder sur le mode d'une investigation policière et systématique.

Cet entretien avec le patient constitue la base de l'examen psychiatrique qui doit comporter : une étude du comportement actuel, une histoire de la maladie (ou des troubles), une biographie, d'éventuels examens physiques ou complémentaires, pour finir par un regroupement syndromique.

Etude du comportement actuel

La présentation :

a) aspect extérieur jugé sur la tenue, les vêtements, la propreté corporelle, les soins élémentaires (rasé ou non ; coiffé ou non ; maquillée ou non...) Il peut révéler : une négligence et une incurie, par exemple dans le cadre d'un état démentiel, des éléments étranges qui peuvent mettre sur la piste d'un état délirant comme des attitudes d'écoute ou du coton dans les oreilles ou une excentricité vestimentaire.

b) Expressions mimiques et gestuelles se jugent sur la totalité de l'entretien et en rapport avec le sujet de l'entretien. On peut noter :

- aspect inexpressif, hébété, abasourdi, dans le cas d'une démence ou d'une confusion mentale
- aspect inaccessible et lointain chez un schizophrène
- aspect figé de souffrance morale chez un déprimé mélancolique
- aspect séducteur ou érotisé du contact avec certains hystériques

c) Habitus corporel : c'est la manière d'entrer, de s'asseoir, de se tenir, de serrer la main... Dans le cas des névroses, certains patients anxieux ou obsessionnels peuvent ainsi avoir une attitude cuirassée, raide, guindée, mal à l'aise... immédiatement perceptible.

d) Aspect global du langage : il ne s'agit pas là de dépister des affections neurologiques comme dysarthrie ou aphasie qui orientent vers une affection organique mais d'apprécier :

- la cohérence ou l'incohérence du discours. L'incohérence se note souvent dans les états psychotiques et en rapport avec des troubles du langage (néologismes, stéréotypies verbales...)
- la dynamique du discours : prolixité intarissable d'une logorrhée chez un sujet maniaque, retour permanent à une idée sous la forme d'un mono-idéisme chez un mélancolique qui ne parle que de ruine, de maladie et de mort, mutisme ou semi-mutisme qui peuvent eux-mêmes avoir de nombreuses significations (protestation contre l'examen, inhibition dépressive, refus hallucinatoire de contact avec l'extérieur, soliloque d'un patient qui converse avec des voix...)

Le contact :

C'est un élément essentiel à repérer et à décrire. C'est un peu la façon dont le patient vous traite : il peut être bon ou mauvais, superficiel ou chaleureux. Le médecin essaie de saisir l'impression que lui donne le patient.

Le contact peut être aisé (ou syntone) mal aisé à établir et difficile, ou trop aisé avec une familiarité excessive et un tutoiement (hypersyntone).

On peut rencontrer : de la réticence (Symptôme voisin du mutisme mais moins criant, le patient a quelque chose qu'il ne veut pas engager et qu'il veut tenir en réserve), de l'opposition ou de l'hostilité (comme l'opposition psychomotrice du patient qui refuse d'entrer dans le bureau, qui refuse de s'asseoir ou de parler...), de l'indifférence (de type schizophrénique chez un sujet lointain et ailleurs qui paraît situé dans un monde autistique, différent du notre, ou indifférence méprisante chez un sujet persécuté aux yeux duquel l'interlocuteur n'est qu'un instrument à l'intérieur de son système délirant), mais aussi pourquoi pas de la confiance.

Histoire de la maladie

Il faut tenir compte de deux ordres de symptômes :

Les symptômes qui sont spontanément exprimés (angoisse, dépression, fatigue, anorexie, troubles du sommeil, troubles de la sexualité etc...) en considérant : leur mode d'installation , leur ancienneté(sachant qu'il est souvent difficile de dater précisément les pathologies mentales), la signification que le patient leur accorde, les causes qu'il invoque..

Les symptômes qui sont constatés au cours de l'examen : Cf. Sémiologie analytique (agitation, ralentissement psychomoteur, tristesse ou euphorie, réactions émotionnelles, troubles du langage, troubles du jugement etc...)

Chaque fois qu'il s'agit d'un épisode aigu, la notion d'histoire de la maladie a tout son sens, comme par exemple dans le cas d'un épisode dépressif isolé, d'un accès d'agitation maniaque ou d'une bouffée délirante aiguë. Mais il existe tout un ensemble de troubles psychiatriques pour lesquels la notion de début et d'histoire de la maladie est très arbitraire : une névrose ne débute pas du jour au lendemain, de même qu'une schizophrénie et l'anamnèse est souvent difficile à reconstituer précisément. Cette histoire de la maladie peut être complétée par des données obtenues auprès de l'entourage.

Biographie

Bien souvent l'histoire de la maladie ne prend tout son sens que par rapport à la biographie du sujet. Celle-ci ne doit pas être arrachée au patient à force de questions, mais être recueillie naturellement, c'est à dire : avec respect, suivant un plan non nécessairement pré-établi , éventuellement et souvent en répétant les entretiens.

Les principaux éléments sont les suivants :

- enfance, adolescence
- scolarité
- service militaire
- formation professionnelle
- statut socio-professionnel actuel et intégration professionnelle
- étapes de la vie sentimentale et sexuelle
- choix du conjoint, vie familiale, relations avec les enfants/ou parents, accession à la paternité ou la maternité
- pôles d'intérêt, relations amicales...
- notion de traumatisme affectif ou de remaniement existentiel
- antécédents psychiatriques personnels ou familiaux
- antécédents somatiques personnels.

Examen physique et examens complémentaires

1°) L'examen psychiatrique doit comporter un examen physique, s'assurant impérativement de l'absence d'affections somatiques susceptibles d'être à l'origine de troubles psychiques : de nombreuses affections endocriniennes, métaboliques, tumorales, infectieuses et surtout neurologiques peuvent prendre le masque d'une symptomatologie psychiatrique.

2°) Il ne faut pas par conséquent hésiter en fonction de l'examen clinique et de l'entretien à demander des examens complémentaires (dosages biologiques courants, bilans endocriniens, EEG, TDM cérébrale etc...)

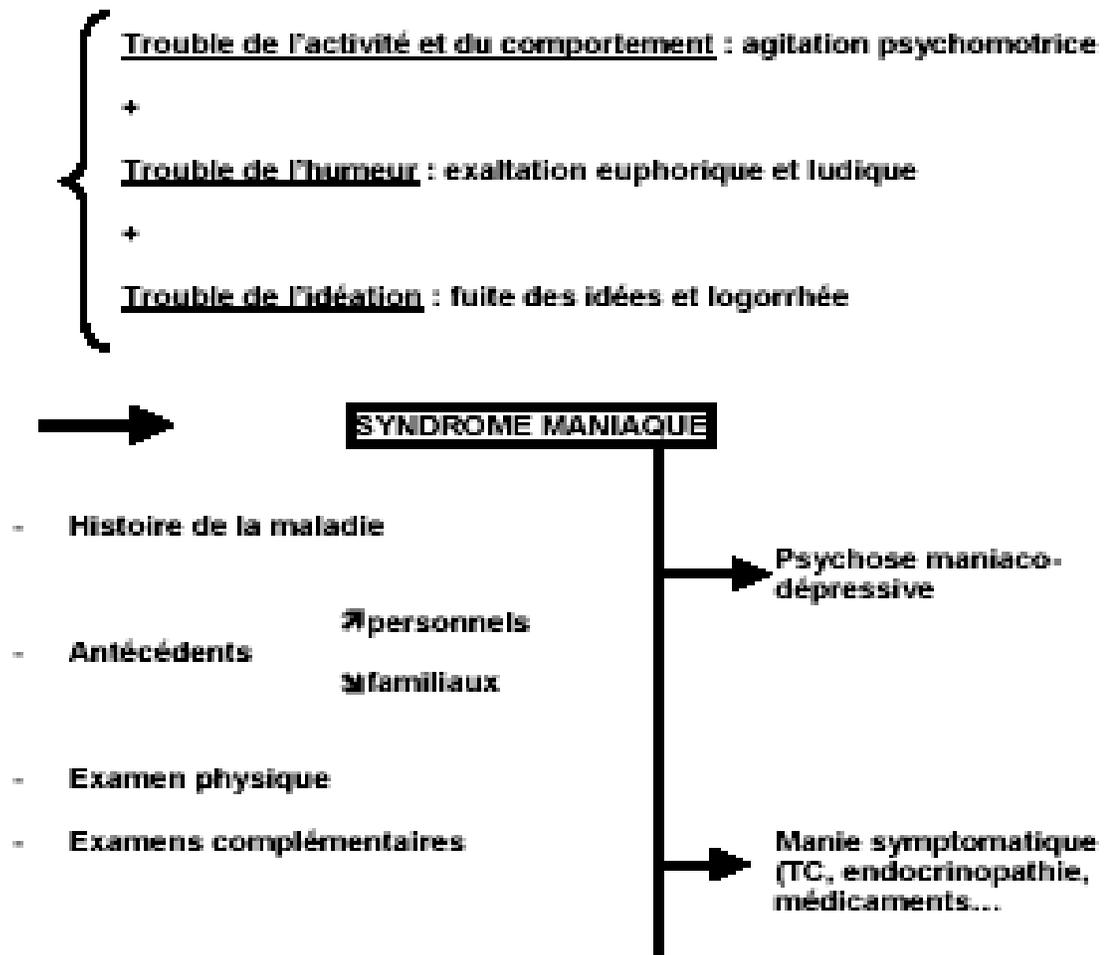
3°) L'institution de certains traitements, comme par exemple les traitements régulateurs de l'humeur, doit être précédée d'un bilan pré-thérapeutique invitant à rechercher l'absence de contre-indications somatiques.

4°) Enfin, certains examens complémentaires sont propres à la psychiatrie, comme :

- des tests psychométriques de niveau, c'est-à-dire mesurant l'efficiences intellectuelle et les compétences cognitives : comme par exemple un bilan neuro psychologique de détérioration intellectuelle,
- des tests projectifs de personnalité comme le test de Rorschach qui permettent de mieux évaluer la structure de tel fonctionnement de la personnalité.

Regroupement syndromique – Diagnostic – Conduite à tenir

EXEMPLE



TROUBLES DE LA VIE EMOTIONNELLE

Les **émotions** représentent l'ensemble des **sentiments** éprouvés par un individu, et surviennent en général en réaction à une situation donnée.

L'**affect** est défini comme la tonalité du **sentiment** (agréable ou désagréable) qui accompagne une **idée**.

L'émotion est en général ressentie par le sujet à la fois sur le plan psychologique (affects) et sur le plan somatique (réactions végétatives).

La présence d'un symptôme n'est pas en soi pathologique (angoisse, tristesse, colère...). Il devient pathologique lorsqu'il constitue une réponse univoque à des situations variables, ou lorsqu'il est d'une intensité disproportionnée.

I.- TROUBLES DE L'EXPRESSION DES AFFECTS

Dans l'hyperémotivité le patient est sujet à des réactions émotionnelles exagérées (états de stress post-traumatique, état maniaque, syndrome démentiel)

Un défait d'émotivité est retrouvé dans la froideur schizophrénique, l'éroussement affectif du dément, la contention des émotions de l'obsessionnel, ou encore chez le patient déprimé.

Parfois on peut noter une inadéquation de l'émotivité : décalage entre l'affect exprimé et le contenu du discours, cela est caractéristique dans la discordance du schizophrène.

La labilité émotionnelle est fréquente et consiste en un passage très rapide et brutal d'un état émotionnel à un autre (du calme aux pleurs puis au rire ou à l'agressivité par exemple).

II.- TROUBLES ANXIEUX

L'anxiété est une vigilance douloureuse liée à une crainte plus ou moins nette avec un sentiment d'alarme, d'attente, d'appréhension d'un danger plus ou moins vague.

L'angoisse est une anxiété paroxystique, sans objet, subjective, qui induit un état d'hypervigilance douloureuse avec des manifestations somatiques.

La source de l'angoisse névrotique est inconsciente.

La crise d'angoisse, ou attaque de panique est un accès brutal d'angoisse qui entraîne une sidération ou une agitation motrice, et des réactions végétatives et psychiques importantes .

La peur est une réaction émotionnelle induite (au contraire de l'angoisse) par un danger réel et objectif qui permet la fuite ou l'affrontement. Elle ne devient pathologique que lorsqu'elle entraîne une sidération motrice, une réaction végétative importante (lipothymie, diarrhée motrice, syncope) ou une reviviscence de la situation à distance (états post traumatiques).

Une phobie est une crainte irrationnelle et angoissante, jugée comme excessive ou absurde par le patient, déclenchée par la présence d'un objet, d'une personne, d'une situation ne présentant pas de caractère objectivement dangereux.

Il existe des états de panphobie où le sujet a peur de tout mais le plus souvent on constate des phobies spécifiques dont le catalogue riche de nominations pittoresque cache parfois un vécu invalidant, couteaux, poussière, excréments, microbes, espaces publics (agoraphobie), lieux clos (claustrophobie), l'eau, le feu, les hommes, les animaux (zoophobie), les araignées (arachnophobie), les chiens, rougir en public (érotophobie), les maladies (nosophobie)...

Noter cependant la phobie sociale : peur de parler en public, d'être observé ou jugé par les autres, fréquente et sujet de nombreuses études.

L'anxiété et l'angoisse ne sont pas spécifiques des névroses et se retrouvent dans la plupart des pathologies psychiatriques.

III.-. AUTRES PARTICULARITES DE LA VIE EMOTIONNELLE

La **Colère** est une réaction émotive paroxystique à une contrariété (menace, frustration) qui se traduit par une excitation verbale et gestuelle accompagnée de manifestations neurovégétatives (troubles vasomoteurs, augmentation de la fréquence cardiaque). Elle est un des sept péchés capitaux de la tradition mais ne peut être, seule, considérée comme pathologique.

La fureur : forme extrême de colère, souvent accompagnée de troubles de la vigilance (obtusité) et d'une amnésie lacunaire portant sur la durée de l'accès furieux.

La crise clastique : situation de violence extrême avec activité de destruction sans intention précise.

Fureur et crise clastique (qui sont très proches) sont des formes de colère pathologiques

La **Timidité** est une réaction émotive aux contacts sociaux traduite par un manque d'aisance et un sentiment d'inconfort en société, surtout en présence d'une personne du sexe opposé ou lorsque le sujet se sent évalué par une autorité. Elle peut, comme la colère avoir une dimension pathologique

TROUBLES DE L'HUMEUR

L'humeur ou thymie est une disposition affective de base influencée par le vécu émotionnel et instinctif, donnant un éprouvé agréable ou désagréable ou encore oscillant entre les deux.

Les troubles de l'humeur se distinguent de l'humeur normale soit par l'intensité de leurs manifestations, soit qualitativement par la nature des émotions éprouvées (décalage par rapport à la situation).

I.-. ETAT DEPRESSIF

La tristesse est une variation normale de l'humeur, dans la mesure où elle n'est pas associée à d'autres symptômes, et quand elle survient dans un contexte de perte, de frustration, de séparation, d'insatisfaction.

La dépression est un état pathologique de l'humeur qui associe plusieurs éléments appartenant à trois registres de troubles : la dépression de l'humeur, le ralentissement psychomoteur, et des symptômes somatiques.

1°) THYMIE DEPRESSIVE

Elle associe à des degrés divers

une **douleur morale** dont les éléments sont :

- une culpabilité intense : « c'est de ma faute, je m'en veux énormément »
- des pleurs, une tristesse
- une auto-dévalorisation : « je ne vauds rien, j'ai échoué, je n'en suis pas capable »
- un pessimisme : « je n'y arriverai jamais, le monde est pourri »
- un sentiment d'indignité : « je ne suis pas à la hauteur », châtement : « je dois être puni »
- des ruminations : « je n'arrête pas d'y penser, je tourne en rond avec mes idées »
- une anhédonie : « plus rien ne me fait plaisir »

un **émoussement affectif** :

- perte de plaisir et d'intérêt : indifférence aux sollicitations habituellement agréables
- anesthésie affective : incapacité à ressentir des affects (joie, tristesse), ennui, dégoût
- conscience douloureuse du trouble

une **instabilité des affects** :

- anxiété, instabilité : agitation anxieuse, se met à pleurer pour un rien
- irritabilité : réaction par de l'agressivité à la moindre sollicitation ou contrariété
- intolérance : ne supporte plus rien ni personne
- crises de larmes

et parfois une **idéation suicidaire** qu'il est toujours nécessaire d'explorer.

2°) RALENTISSEMENT PSYCHOMOTEUR

Versant psychique :

- monoiéisme : incapacité à penser à plusieurs choses en même temps, fixation sur une idée
- bradypsychie : lenteur d'idéation
- bradyphémie : ralentissement du débit verbal, parfois jusqu'au mutisme
- aboulie : indécision, incapacité à se projeter, à organiser l'avenir
- trouble de l'attention, de la mémoire, de la concentration
- impression d'écoulement lent du temps

et versant moteur :

- repli, isolement
- clinophilie : reste de nombreuses heures ou toute la journée au lit
- prostration : immobile sans communication, éventuellement en position fœtale
- mouvement rares ou ralenti
- faciès figé, hypomimie : diminution de l'expressivité et des mouvements du visage
- voix monocorde faible, perte de la prosodie
- incurie : négligence corporelle
- contact hyposyntone : contact peu présent, peu chaleureux
- perte de l'élan vital : perte du dynamisme

3°) SYMPTOMES SOMATIQUES

Touchent les fonctions instinctuelles :

- insomnie, réveils nocturnes, insomnie d'endormissement ou matinale
- sommolence diurne, hypersomnie non réparatrice
- anorexie ou hyperphagie (avec variations corrélatives du poids)
- baisse de la libido, impuissance, anaphrodisie

mais on trouve aussi des symptômes somatiques divers :

- asthénie
- céphalées, constipation, algies diverses (lombaires, musculaires, digestives)
- troubles neurovégétatifs (nausées, vertiges, hypotension orthostatique, sécheresse buccale, bouffées de chaleur)

4°) FORMES CLINIQUES

mélancolie : intensité des signes de dépression associés souvent à des idées délirantes, en particulier des idées de culpabilité centrifuge

dépression masquée : plaintes somatiques prédominantes

dépression pseudo-démétielle

II.-. ETAT MANIAQUE

L'euphorie est une variation normale de l'humeur en réaction à un événement heureux et positif pour l'individu, qui associe un sentiment intime et profond de bien-être, de plénitude psychique et physique et qui s'exprime par des attitudes (gestes vifs, amples, parler haut, rires) et une mimique exprimant la joie.

L'euphorie niase se caractérise par une joie improdutive avec un ralentissement psychique, un sujet qui se satisfait de tout et est facilement admiratif (démence frontale).

L'euphorie expansive survient dans un contexte d'hyperactivité psychomotrice (cf. infra).

L'état maniaque est un état pathologique de l'humeur dont les symptômes sont opposés à ceux de la dépression. Le caractère pathologique est lié à l'intensité des symptômes, leur permanence dans le temps (différent d'un état émotionnel transitoire réactionnel à un événement heureux), et l'absence de corrélation cohérente avec un événement positif.

PRESENTATION

- extravagance, impudeur, débraillé, maquillage outrancier
- hypermimie (facies très expressif et très mobile), grimaces : colère, peur, dégoût, passion
- affectation exhibée (élégance exagérée)

CONTACT

- hypersyntone, familier, ironique
- agressif, hautain, hargneux ou au contraire et parfois simultanément jovial, coléreux, érotique..

HUMEUR

- exaltation ou élation de l'humeur : humeur gaie en décalage avec la situation
- euphorie, expansivité
- versatilité de l'humeur (labilité thymique (passe du rire aux larmes)), voire irritabilité
- hyperhédonie : plaisir accru dans toute activité
- mégalomanie : idées de grandeur, se sent capable de tout entreprendre, de tout réussir

EXCITATION PSYCHOMOTRICE

Versant psychique :

- tachypsychie : accélération du cours de la pensée
- fuite des idées (commence une phrase, perd le fil, enchaîne sur une autre idée), dispersion de l'attention
- coqs à l'âne (changements inattendus de thèmes au cours du discours, relâchement des associations (enchaîne des idées sans lien)
- logorrhée (parle beaucoup) voire graphorrhée (écrit beaucoup)
- ludisme, jeux de mots, automatismes verbaux (slogans, récitations, proverbes)

et versant moteur :

- désinhibition (se déshabille sur la voie publique, comportement d'hypermotricité)
- achats inconsidérés (achats démesurés et inadaptés de voitures, maisons, bijoux, vêtements de marque, de manière compulsive)
- agitation motrice stérile : débute des actions sans les achever (démontage de moteurs, de chauffe eau ...)
- instabilité motrice : incapacité à tenir en place, à rester assis, passe d'une activité à une autre
- excitation motrice permanente y compris la nuit

TROUBLES SOMATIQUES

- hyperphagie, ou anorexie (perte des besoins, donc de la sensation de faim)
- potomanie (exagération de la consommation d'eau), dipsomanie (d'alcool)
ou au contraire déshydratation par perte de la sensation de soif et hypersudation
- invulnérabilité au froid
- insomnie rebelle (un des premiers symptômes à apparaître)
- hypersexualité avec relâchement de la censure morale et éthique

FORMES CLINIQUES**manie suraigüe**

- agitation motrice excessive qui devient fureur, rage, violence
- crise clastique : casse tout autour de lui
- exaltation avec revendication de droits, affirmation orgueilleuse d'une supériorité
- agressivité importante, disparition de l'aspect ludique
- retentissement important sur l'état général

accès hypomaniaque

- symptomatologie maniaque atténuée
- excitation intellectuelle en rupture avec la personnalité antérieure : créativité, originalité, initiatives audacieuses mais non déraisonnables, réparties faciles, mémoire vive
- hyperactivité mal contrôlée : décisions hâtives, inconsidérées (mariage, divorce, travail)
- trouble du caractère : impatience, irritabilité, autoritarisme, agressivité
- insomnie

manie délirante

état mixte où se côtoient des éléments de la série maniaque et de la série dépressive

TROUBLES PSYCHOMOTEURS

On intégrera dans ce chapitre le comportement général, visible lors de l'examen, mais aussi ce que l'anamnèse peut apporter concernant les conduites sociales du patient.

1° LA PRESENTATION ET LE CONTACT

C'est le premier lien du sujet avec le monde..

La tenue qui peut aller de l'hyperconformisme à l'extravagance, en passant par une originalité calculée et limitée. On s'attachera à repérer la plus ou moins bonne adaptation de la tenue à l'âge, au sexe, aux impératifs sociaux ou climatiques. Savoir aussi repérer les cicatrices (phlébotomies, cutting des

ados, rixes des psychopathes..), les tremblements, sudations excessives. L'hygiène est aussi un élément sémiologique à apprécier (de l'incurie fréquente dans la psychose à la surpropreté maniaque de certains obsessionnels ou de certains paranoïaques)

INCURIE (in-ku-rie), s. f.

Défaut de soin, négligence. Il y en a qui ne trouvent leur repos que dans une **incurie** de toutes choses, BOSSUET Pensées détachées, I. Heureux qui voit couler ses jours Dans la mollesse et l'**incurie** ! VOLT. Lettres en vers et en prose, I. Je ne puis qu'admirer la négligence, l'**incurie** de la nation anglaise, J. J. ROUSS. Pologne, VII. Les suites funestes de l'**incurie** où l'on laissait Sa Majesté, BACHAUMONT, Mém. secrets, t. XXXV, p. 180 Etym : Lat. incuria, de in.... I, et cura, soin (voy. CURE).

Le maniérisme de la schizophrénie peut s'exprimer dans la tenue, plus ou moins baroque ou bizarre, sorte de caricature décalée et invraisemblable.

La syntonie (inventée par E Bleuler) est la « fusion harmonieuse (c à d conforme au moment, aux usages locaux, à la situation...) du sujet dans l'ambiance ». Ainsi l'hypersyntonie désigne l'attitude du sujet qui se croit un peu trop chez lui, capable de plaisanteries bruyantes dans une assemblée qu'il ne connaît que depuis peu de temps...une familiarité excessive avec ludisme et souvent prolixité.

La mimique traduit en principe les états affectifs et émotionnels du sujet en cohérence avec ses propos. L'interprétation de la mimique doit tenir compte du contexte culturel.

On peut parler d'hypermimie (mimiques très abondantes), de paucimimie (peu de mimiques), et même d'amimie. On distingue même une « amimie asthénique » où la résolution des traits du visage ne présente plus aucune expression, et une « amimie hyperesthésique » caractérisée par des contractions musculaires donnant l'aspect d'une expression fixe mais identifiable, il faut alors noter l'expression dominante : euphorie, tristesse, peur, méfiance, perplexité ...

Noter aussi les dysmimies (ou paramimies) c'est à dire les mimiques en désaccord avec les paroles ou incongrues et sans rapport avec le discours ou le vécu actuel.

2° LES EXCES DU COMPORTEMENT MOTEUR

L'Agitation est une expression motrice désordonnée et plus ou moins explosive qui réalise des actes hors d'un plan élaboré.

Lorsqu'elle est mineure les actes paraissent motivés mais ils sont exagérés, émancipés. Lorsqu'elle est majeure il y a une inefficacité totale, la finalité des actes est presque impossible à saisir, il y a même une perte de la coordination.

Noter le thème dominant éventuel : agressivité, onirisme, anxiété, érotisme, colère...ou l'orientation de l'agitation : fuite, lutte, séduction...

L'agitation psychomotrice est souvent une urgence psychiatrique. Elle peut se rencontrer dans de nombreux syndromes psychiatriques, constante dans le syndrome maniaque elle est fréquente dans les syndromes confusionnels, délirants ou anxieux.

Une Impulsion est la tendance irrésistible à l'accomplissement d'un geste, un acte, à caractère dangereux ou incongru, et dont l'exécution échappe au contrôle de la volonté. L'impulsion, à la différence de la compulsion, n'est pas précédée d'une lutte anxieuse ni même le plus souvent d'une pensée perceptible par le sujet. L'impulsion met peu en jeu l'affect ou l'émotion (au contraire du raptus), sa finalité est souvent incompréhensible. Les impulsions concernent des actes plutôt publics (ou au moins dans la sphère relationnelle), souvent dangereux. La compulsion concerne plutôt une personnalité obsessionnelle, l'impulsion plutôt une personnalité psychopathique ou psychotique. Pour les impulsions de fugue on parlera de dromomanie, de mettre le feu : pyromanie, de vol : kleptomanie, de boire : dipsomanie ...

Le Raptus est une « réponse à l'instant dans l'instant » c'est à dire un acte à la limite entre le réflexe et la volonté, réponse im-médiate (sans la médiation de la parole) à un vécu actuel ou à une émotion intense. C'est un acte coordonné, ayant une finalité apparente et en rapport avec la situation affective et émotionnelle.

RAPTUS (ra-ptus'), s. m.

Terme de médecine. Transport soudain des humeurs dans une partie.

Raptus hémorragique, afflux du sang et hémorragie.

Etym : Lat. raptus, action de ravir, de rapere (voy. ravir).

In Dictionnaire Littré édition 1876

Le Tic est un mouvement bref, en éclair, souvent répété, involontaire, intempestif et sans nécessité objective. Il ébauche en général un geste réflexe ou un geste simple ayant dans les conditions normales une fonction (reniflement, grattage...). Le tic ne peut être caché et donne à voir ou à entendre au moment le moins opportun. Les tics de la face sont les plus fréquents (paupières, bouche, langue...) mais aussi épaules, mains... Le tic est précédé d'un état de tension pénible, gêne physique et mentale qui accapare la pensée et trouble la communication. La survenue du tic soulage la tension mais suscite un malaise.

Ital. **ticchio**. Ce mot paraît tenir à l'allemand. **Tick**, attouchement léger, et aussi **tic**, **ticken**, toucher légèrement, et au gaélique tacaïd, une douleur subite. Mais Diez rattache **ticchio** à l'anc. haut-allemand. ziki, chevreau, **ticchio** ayant été formé comme capriccio, de capra, chèvre.

In Dictionnaire Littré édition 1876

Le plus souvent il existe un tic dominant, intensifié dans des circonstances précises (souvent anxiété).

Une parakinésie est un mouvement anormal qui parasite, caricature ou remplace un mouvement normal (grattage, balancement..)

Les stéréotypies gestuelles : sont des répétitions inadaptées, sans signification actuelle, quasi automatiques, d'un geste, d'une attitude ou d'une expression verbale. Cela peut concerner des automatismes simples, comme le geste de se frictionner les mains, se lisser les cheveux, se frotter le nez, mais aussi des gestes plus complexes comme les salutations, mouvements expressifs d'impatience, de douleur ou de satisfaction. Les échomimies et échopraxies peuvent être classées dans les stéréotypies gestuelles.

Il n'y a pas de grande distinction sémiologique entre parakinésie et stéréotypie gestuelle.

Le maniérisme : Caractéristique de la schizophrénie, il se traduit par un ensemble de manifestations motrices donnant l'impression d'un comportement artificiel, obséquieux, alambiqué, théâtral, voire baroque : style gestuel (et oral) emphatique, phrases sophistiquées et ampoulées, gestes hypertrophiés, compliqués, caricaturés. Le patient maniéré prend un air affecté pour dire des banalités. Le maniérisme schizophrénique donne une impression de bizarrerie beaucoup plus que de monstration. Le maniérisme peut être comparé à l'adiadococinésie des lésions cérébelleuses tant il évoque une tentative pathétique et bizarre de la part du schizophrène pour imiter la réalité des non psychotiques.

Il est possible de parler de maniérisme ludique dans le cadre de la manie, mais ce terme devrait essentiellement se limiter au syndrome schizophrénique.

3° LES DEFICITS PSYCHOMOTEURS

A bas bruit, on pourra parler de bradykinésie ou de ralentissement psychomoteur qui peut associer à des degrés divers lenteur motrice et difficultés d'initiation des actes. L'inhibition est la suspension ou l'entrave involontaire d'une fonction psychique ou d'un comportement.

L'inhibition motrice, si elle se traduit très souvent par une bradykinésie, est un trouble de l'exécution de la pensée et est souvent accompagnée d'une forte activité mentale, mais elle est parfois psychomotrice et alors accompagnée d'une bradypsychie. L'inhibition de l'attention, qui donnera une distractivité importante est nommée aproxexie. L'inhibition de la volonté se nomme aboulie

La réticence : Il s'agit d'une attitude de méfiance souvent excessive qui se traduit par un refus systématique et volontaire d'exprimer sa pensée ou ses idées, et d'expliquer les raisons de ses difficultés. Le patient défend son intimité avec des réponses typiques « vous le savez mieux que le moi », « je n'ai rien à

vous dire », « vous le savez puisque vous avez mon dossier »... On distingue la réticence passive où le malade se tait, refuse de parler et se confie volontiers au lit et la réticence active où le malade parle beaucoup, parfois même de façon logorrhéique (réticence prolixe), tout en détournant le sujet de la conversation.

La Stupeur est la suspension de toute activité motrice (mimique, geste, langage) avec souvent persistance du cours actif de la pensée. Le sujet paraît engourdi, figé dans une immobilité totale, sans réaction aux stimuli ext.

On parle de stupeur mélancolique, stupeur catatonique (dans la schizophrénie), stupeur confusionnelle (perplexité du dément, taphos de la typhoïde).

STUPEUR (stu-peur), s. f.

1° Terme de médecine. Engourdissement général ; diminution de l'activité des facultés intellectuelles, accompagnée d'un air d'étonnement ou d'indifférence. La **stupeur** est un phénomène de certaines fièvres graves.

2° Fig. Espèce d'immobilité causée par une grande surprise ou par une frayeur subite. Cet état de **stupeur** où la paresse de penser empêche de comprendre et même d'écouter, GENLIS, Voeux témér. t. I, p. 86, dans POUGENS. Ce deuil sec et muet, sans larmes et sans plainte, De cet oeil insensé l'immobile **stupeur**, Plus cruels que les cris, me causent plus de peur, P. LEBRUN, le Cid d'And. IV, 5.

In Littré

Le syndrome catatonique : Il s'agit d'un syndrome psychomoteur, rencontré dans la schizophrénie, caractérisé par une passivité psychomotrice, une catalepsie, une perte de l'initiative motrice, un négativisme et parfois des accès paroxystiques. L'évolution est marquée par l'alternance de ces états.

Le négativisme est un trouble du comportement marqué par des attitudes d'oppositions actives paradoxales. Cela peut aller du refus de la main tendue, du refus de s'asseoir, de s'exprimer, jusqu'à un oppositionnisme systématique qui peut inclure un refus de nourriture, le refus systématique volontaire et délibéré de toutes les consignes, y compris des plus banales, simples et anodines pour le patient, parfois dans une apparence théâtrale.

La catalepsie est une perte de l'initiative motrice avec rigidité musculaire particulière. Le sujet, spontanément immobile soit réagit à la mobilisation passive comme de la « cire molle » (et il peut ainsi conserver longtemps l'attitude imposée), soit résiste à la mobilisation passive avec une hypertonie très marquée évoquant une franche opposition

On parle de catalepsie hystérique (proche de la catalepsie hypnotique) ou de catalepsie schizophrénique (et elle entre alors dans le syndrome catatonique)

4° LES TROUBLES DES CONDUITES SOCIALES

Ce sont surtout des données d'anamnèse rapportées par l'entourage, le médecin traitant...

La question de l'impulsivité (cf plus haut) du sujet est souvent posée

a) Les restrictions alimentaires

Elles peuvent être liées à une psychose : oppositionnisme schizophrénique, syndrome de Cotard dans la mélancolie délirante (le patient se perçoit comme bouché, sans orifice, avec un blocage complet du fonctionnement interne), refus de toute nourriture par le paranoïaque convaincu que l'on cherche à l'empoisonner....

Mais aussi on peut les retrouver dans des tableaux névrotiques : certains syndromes de conversion hystériques peuvent entraîner un refus alimentaire avec vomissement dès que l'ingestion est contrainte, certains patients hypocondriaques, persuadés de ne pouvoir avaler, vivent dans une restriction alimentaire importante.

Certains syndromes dépressifs chez le sujet âgé sont accompagnés d'une véritable anorexie, sans sentiment de faim, avec souvent un désir de mort sous jacent et parfois exprimé (« à quoi bon.. je suis vieux, malade »...)

Une place particulière revient cependant à l'anorexie mentale de la jeune fille de part sa fréquence et la difficulté de sa prise en charge :

L'anorexie mentale essentielle de la jeune fille

C'est un syndrome qui concerne principalement des jeunes filles entre 12 et 20 ans et qui se traduit par une triade : amaigrissement, aménorrhée, anorexie.

L'amaigrissement est spectaculaire. Il dépasse souvent plus de 25 % du poids initial. Il y a de nombreux signes évocateurs d'une carence nutritionnelle, avec en particulier l'effacement des formes féminines, une fonte musculaire, une constipation opiniâtre et souvent des troubles circulatoires avec cyanose des extrémités. L'hyper trichose est souvent importante.

Il s'agit d'une conduite active de restriction alimentaire avec au début une lutte contre la faim. Les motifs de déclenchement souvent invoqués sont un régime (plus ou moins justifié), des difficultés digestives. Le comportement anorexique est associé souvent et paradoxalement à un intérêt particulier pour la nourriture, des rites alimentaires. Les restrictions alimentaires, le tri des aliments et l'extrême lenteur à l'alimentation sont souvent très délétères pour l'ambiance familiale.

L'aménorrhée survient dans plus de 60 % des cas. Elle est l'un des derniers symptômes à disparaître.

Sur le plan psychique, on note une fréquente dysconnaissance de la maigreur, avec un trouble majeur de la perception de l'image du corps. Les anorexiques savent qu'elles sont maigres, mais ce savoir n'a pas véritablement de sens subjectivé. Il y a un désir éperdu de minceur et une terreur de grossir. L'anorexique accepte assez volontiers

l'idée qu'elle devrait grossir, mais elle éprouve alors l'angoisse massive de ne « pas savoir où s'arrêter ». Le fonctionnement intellectuel est classiquement considéré comme excellent. Il y a un surinvestissement intellectuel et parfois même sportif. En réalité, les résultats sont souvent meilleurs pour l'apprentissage que pour la créativité. Il y a très régulièrement un désinvestissement sexuel massif.

b) Les excès alimentaires

Le syndrome boulimique y tient une place de choix . Une conduite boulimique est un épisode d'ingestion impulsive et incoercible d'une quantité importante de nourriture souvent hypercalorique, en général avec un sentiment de culpabilité important et parfois des vomissements provoqués.

Il est utile de repérer la fréquence, la durée, l'horaire, et surtout la ou les situations déclenchantes et en particulier les ruminations mentales ou sentiments précédant immédiatement l'accès.

La glotonnerie ou voracité, est, pour le patient arriéré ou dément, l'avidité à manger avec rapidité et excès tout ce qui lui passe sous la main. Il n'est pas rare que la glotonnerie provoque des suffocations ou des troubles de la déglutition avec fausses routes.

L'hyperphagie est une absorption excessive de nourriture avec prise de poids considérable. Elle n'évolue pas par accès mais respecte plutôt les horaires de repas n'est pas clandestine et est beaucoup moins accompagnée de culpabilité que la boulimie. L'hyperphagique c'est le « très gros mangeur ».

c) Les aberrations alimentaires

Le mérycisme (sorte de rumination) est un phénomène digestif assez rare, du très jeune enfant (6 à 36 mois) ou de l'arriéré profond, qui consiste en un retour plus ou moins volontaire du contenu alimentaire de l'estomac dans la bouche où il est remastiqué.

Le pica (nom masculin) est l'absorption prolongée et répétitive d'une substance impropre à l'alimentation : terre (géophagie), glace (pagophagie), fèces (coprophagie)...Il peut être culturel, infantile (relativement normal avant 18 mois, fréquent jusqu'à 3 ans, pathologique au-delà dans notre culture occidentale), mais souvent lié à une lourde pathologie mentale ou à une déficience.

PICA (pi-ka), s. m.

Terme de médecine. Perversion du goût caractérisée par de l'éloignement pour les aliments ordinaires et par le désir de manger des substances non nutritives, telles que craie, terre, charbon.

XVIe s. Aucunes ont appetit depravé, avec nausée, dit des anciens pica, faisant qu'elles desdaignent les bonnes viandes, et quelquefois appetent choses contre nature, PARÉ, XVIII, 64.

Etym : Mot de la basse latinité, qui dérive de pica, pie, cet oiseau mangeant toute sorte de choses ; c'est ainsi que le grec signifie à la fois le geai, la pie et le pica.
In Littré édition 1872

2° TROUBLES DU CONTRÔLE SPHINCTERIE

L'énurésie est une miction complète active et involontaire dans des conditions inadéquates. Elle est souvent nocturne et primaire (et dans ce cas fréquente chez le garçon, peu grave, multifactorielle, et disparaissant spontanément à la puberté). Secondaire et diurne elle est plus préoccupante.

L'encoprésie est une élimination fécale involontaire dans des conditions inadéquates, souvent diurne, chez un enfant de plus de 4 ans.

3° TROUBLES DES CONDUITES SEXUELLES

Les conduites sexuelles se caractérisent par leur variété et leur complexité. La sexualité est un des domaines où se manifestent volontiers les troubles mentaux.

On peut distinguer :

-des troubles du désir : par excès (satyriasis chez l'homme, nymphomanie chez la femme) ou par défaut (absence de désir avec ou sans aversion pour l'activité sexuelle, frigidité, anhédonie)
-des troubles des moyens : impuissance, vaginisme, éjaculation précoce, dyspareunie.....

-des troubles du comportement : ce sont les perversions (encore nommées paraphilies) soit perversions quant-à l'objet (pedo ou geronto-philie, nécrophilie, zoophilie..), soit perversions quant-au but où la recherche de plaisir n'est plus purement du registre génital mais visuel (voyeurisme, exhibitionnisme), digestif (ondinisme, urolagnie...), douloureux (sadisme, masochisme)

l'excellent catalogue psychopathia sexualis publié par Krafft-Ebing (psychiatre allemand) à la fin du XIXème illustrera pour les amateurs et les professionnels l'infinie variété des perversions. Disponible en libre accès sur le site de la BNF.

<http://visualiseur.bnf.fr/CadresFenetre?O=NUMM-76843&M=notice&Y=Image>

PERVERSION (pèr-vèr-si-on), s. f.

1° Changement de bien en mal. La perversion des moeurs.

2° Trouble, dérangement. Il y a perversion de l'appétit dans le pica, de la vue dans la diplopie

Etym : Lat. perversionem, de perversum, supin de pervertere, pervertir.

In Littré édition 1872

4° TROUBLES DU SOMMEIL

Il est inutile d'insister sur l'importance du sommeil, qui dure près d'un tiers de la vie... Les troubles du sommeil sont pour la plupart très subjectifs et font l'objet par les patients de descriptions très imaginaires le « je n'ai pas dormi de la nuit »

étant le plus souvent réellement inexact, mais subjectivement essentiel. L'interrogatoire devra explorer les conséquences vécues (« qu'est-ce que ça vous empêche de faire ? »...) autant que la forme des troubles.

Les insomnies : chercher leur forme (d'endormissement, de fin de nuit, de micro-réveils répétés...) leur fréquence, leur ancienneté, leurs effets sur les performances diurnes, les facteurs l'influençant, les pathologies associées... Evoquer « l'angoisse du coucher », les rituels éventuels..

Les hypersomnies de la clinophilie de certains dépressifs à certains sommeils parahypnotiques dans l'hystérie, au syndrome de Gelineau ou de Picwick qui relèvent de la neurologie.

Noter la cataplexie qui est une perte brutale du tonus musculaire (totale avec chute ou partielle avec sensation de très grande fatigue, ptose palpébrale, dysarthrie) sans perte de conscience. La cataplexie dure quelques minutes et entre dans le cadre du syndrome de Gelineau.

Les parasomnies : somnambulisme (automatisme déambulatoire pendant le sommeil) somniloquie (automatisme verbal) bruxisme (grincement des dents) hallucinations hypnagogiques (à l'endormissement) ou hypnopompiques (au réveil), myoclonies d'endormissement ou de milieu de nuit... ces symptômes isolés n'ont pas de grande valeur pathologique

HYPNAGOGIQUE (i-pna-go-ji-k'), adj.

Qui conduit au sommeil.

Hallucinations hypnagogiques, visions que l'on a lorsque, moitié éveillé, moitié endormi, on est près d'entrer dans le sommeil.

Etym : En grec, sommeil et qui amène

In Littré édition 1872

Noter chez l'enfant la différence entre un cauchemar, rêve terrifiant avec peur et anxiété qui réveille le sujet avec persistance quelques minutes ou heures après le réveil de l'anxiété, et une terreur nocturne où l'enfant s'assoit dans son lit en criant et manifestant anxiété et agitation mais sans se réveiller (tant que l'enfant n'est pas réveillé il est impossible, de l'extérieur, de calmer son angoisse) et ne laissant pas de souvenir le lendemain.

CAUCHEMAR. s. m. Nom que donne le peuple à une certaine maladie ou oppression d'estomac, qui fait croire à ceux qui dorment que quelqu'un est couché sur eux : ce que les ignorans croient estre causé par le malin Esprit. En Latin *Incubus*, *Ephialtis* en Grec.

In Dictionnaire Furetière édition 1690

TROUBLES DE LA PENSEE

1° TROUBLES DU COURS DE LA PENSEE

Le cours de la pensée n'est ni la production ni le contenu, mais le déroulement, le développement, la progression de la pensée (rythme, continuité, organisation)

Le rythme peut aller de la lenteur, bradypsychie, à la précipitation ou tachypsychie avec souvent leur corrélat moteur (débit verbal) : bradylalie ou palilalie (logorrhée)

La continuité et l'architecture de la pensée peuvent être perturbés

Le barrage est une brusque interruption du discours (et souvent de l'ensemble de l'activité psychomotrice) pendant quelques instants puis une reprise tout aussi inexplicable, il est typique de la psychose

faux barrage : suspension de la parole due à des troubles de l'attention ou interruption de l'halluciné qui écoute son hallucination

Le fading est un arrêt progressif du cours de la pensée : la parole comme la pensée s'espace, devient lente puis pauvre, parcellaire, de moins en moins forte pour finir par s'épuiser. C'est en quelque sorte une forme progressive du barrage et le fading est lui aussi décrit essentiellement dans la psychose.

La diffluence (du lat *disfluere* : qui coule en se morcelant) est la dispersion anarchique de la pensée et du discours, ne respectant plus ni logique ni cohérence ni même objet clairement perceptible. Elle donne une impression d'hermétisme, de maniérisme, de bizarrerie. Elle est caractéristique de la schizophrénie.

La fuite des idées (cf cours sur les troubles de l'humeur) désigne un enchaînement exagérément rapide des idées, sans lien apparent, caractéristique de l'excitation maniaque. Elle donne une impression d'agitation désordonnée mais pas de bizarrerie. Le maniaque est fantasque, extravagant ou capricieux, le schizophrène est bizarre, parfois extravagant.

FANTASQUE, BIZARRE, CAPRICIEUX, QUINTEUX, BOURRU.

Toutes ces qualités très opposées à la bonne société, sont l'effet et en même temps l'expression d'un goût particulier, qui s'écarte mal à propos de celui des autres. C'est là l'idée générale qui les fait synonymes, et sous laquelle ils sont employés assez indifféremment dans beaucoup d'occasions, parce qu'on n'a point alors en vue les idées particulières qui les distinguent ; mais chacun n'en a pas moins son propre caractère, que je crois

rencontrer assez heureusement en disant que s'écarter du goût par excès de délicatesse, ou par une recherche du mieux, faite hors de raison, c'est être fantasque ; s'en écarter par une singularité d'objet non convenable, c'est être bizarre ; par inconstance ou changement subit de goût, c'est être capricieux ; par une certaine révolution d'humeur ou de façon de penser, c'est être quinteux ; par grossièreté de mœurs et défaut d'éducation, c'est être bourru. (G.)

Le fantasque dit proprement quelque chose de difficile ; le bizarre, quelque chose d'extraordinaire ; le capricieux, quelque chose d'arbitraire ; le quinteux, quelque chose de périodique ; et le bourru quelque chose de maussade (qui est de mauvais goût, déplaisant, mal fait, en parlant des choses.)
in Dictionnaire des synonymes F Guizot

BIZARRE, FANTASQUE, EXTRAVAGANT. L'homme bizarre n'est ni l'homme fantasque, ni l'homme extravagant. S'écarter du goût ordinaire par une singularité non convenable, c'est être bizarre ; s'en écarter par une fantaisie qui tout à coup change d'idée, c'est être fantasque ; s'en écarter d'une manière contraire au bon sens, c'est être extravagant, LAVEAUX.
in Dictionnaire Littré édition 1876

Note : les troubles du cours de la pensée ne doivent pas être confondus avec la réticence, souvent rencontrée en psychiatrie, qui est une opposition active plus ou moins ferme à livrer sa pensée. La réticence peut être mutique mais on parle aussi de *réticence prolixe* lorsque le sujet déploie un flot de paroles plus ou moins ordonnées pour masquer tout approfondissement de sa problématique.

2° TROUBLES DES CONTENUS DE LA PENSÉE

A) Les idées fixes

idée parasite, acceptée par la conscience comme conforme à la personnalité (donc non reconnue par le sujet comme pathologique), qui tend naturellement à envahir le champ de la conscience et à orienter le cours de la pensée à son profit. le sujet est incapable de l'inhiber.

Les idées fixes peuvent être vécues sur un mode euphorique (si elles sont agréables) ou gênant, voire douloureux. Elles sont parfois hors du champ du pathologique (artistes, scientifiques, amoureux...) et parfois franchement pathologiques, en particulier dans les états passionnels: amour, haine, jeu, avarice..

Remarque: "*l'idée fixe post onirique*" est une idée fixe résiduelle après un épisode d'onirisme confusionnel (Delirium tremens en particulier)

B) Obsessions, compulsions, rituels

symptômes rencontrés le plus souvent dans la névrose obsessionnelle mais pouvant émailler d'autres pathologies et en particulier constituer un mode "cicatriciel" (reste symptomatique isolé) de la psychose..

l'obsession: pensée, le plus souvent pénible, qui s'impose à l'esprit (du lat *obsidere* : assiéger) sur le mode d'un parasitage quasi-automatique et dont le contenu est jugé par le sujet comme absurde, non conforme à la personnalité, ridicule, dérisoire, voire inconvenant.

A l'examen fin, les obsessions se ramènent presque toujours à des doutes sur des évidences de la vie quotidienne.

OBSÉDER (ob-sé-dé. La syllabe sé prend un accent grave quand la syllabe qui suit est muette : j'obsède, excepté au futur et au conditionnel : j'obséderai ; j'obséderais), v. a.

1° Être assidu auprès de quelqu'un, de manière à l'isoler des autres personnes...

2° Importuner par des assiduités...

3° Tourmenter par des illusions, en parlant du malin esprit. Il n'est pas possédé, il n'est qu'obsédé. Le diable, qui nous obsède toujours, ou plutôt nous possède dans de pareilles conjonctures, me représenta que je serais un grand sot de demeurer en si beau chemin, LESAGE, Gil Blas, II, 7. C'est elle [l'imagination] qui persuada à tant d'hommes qu'ils étaient obsédés ou ensorcelés, et qu'ils allaient effectivement au sabbat, parce qu'on leur disait qu'ils y allaient, VOLT. Dict. phil. Imagination.

4° En parlant de certaines idées, tourmenter assidûment. Nous replongeant dans les images des sens qui nous environnent, et, pour ainsi dire, nous obsèdent..., BOSSUET 6e avert. 44. De tant d'objets divers mon âme est obsédée, Qu'à force de penser elle n'a plus d'idée, DESTOUCHES, Phil. marié, IV, 1. Souvent de ses erreurs notre âme est obsédée, VOLT. Sémiram. I, 5. C'était un préjugé le plus déraisonnable et peut-être le plus universel qui ait jamais obsédé les gens de lettres, le Merc. 1717, dans DESFONTAINES. Réflexions tristes et sombres dont, avant moi, des malheureux avaient été sans doute obsédés dans cette prison [la Bastille], MARMONTEL, Mém. VI.

Etymologie : Lat. *obsidere*, de *ob*, et *sedere*, être assis (voy. SEOIR). *Obsidere*, s'asseoir autour, a le sens d'assiéger ; ce qui explique le sens figuré du français.

In Dictionnaire Littré édition 1876

On parlera volontiers de *rumination obsessionnelle* pour un sujet préoccupé très souvent par des pensées de bas niveau, répétitives et sans impact sur la réalité.

la compulsions: besoin impérieux de penser à une certaine idée ou d'accomplir une action ; idée ou action jugée ridicule (se toucher le nez quand on croise une auto rouge, penser au chapeau de la reine mère), absurde (compulsion de lavage alors que le sujet se sait propre), inutile (vérifier que l'on vient bien de fermer le gaz, ou de tirer le frein à main) ... avec émergence d'une angoisse importante en cas de non-réalisation de cette action.

Le sujet peut résister à cette tendance (mais au prix d'une angoisse massive), il peut aussi transformer l'acte ou la pensée en un rituel, mais le plus souvent il se soumet à ce besoin.

Une *obsession-compulsion* est l'obsession d'avoir une compulsions, le plus souvent dangereuse, moralement condamnable ou agressive (piquer son enfant avec une aiguille..) L'obsession compulsions, à l'opposé de la compulsions, n'est qu'exceptionnellement suivie de l'accomplissement de l'acte redouté, et quand l'acte vient c'est le plus souvent à titre d'ébauche symbolique (le bras se lève puis retombe, le début d'une injure fuse et se termine en marmonnement...).

Les rituels : ils constituent classiquement le mode évolutif des précédents (on parle même de rituels compulsifs).. il s'agit de

l'accomplissement par le sujet de rites déterminés pour échapper aux compulsions, à l'angoisse ou au malheur.. les rituels sont le plus souvent conjuratoires et renvoient comme les précédents (mais de façon plus explicite) à un mode de pensée magique (si je touche quatre fois mon porte bagage tous les matins on ne me volera pas mon vélo... si je répète six fois dans ma tête le nom du magasin situé sous le cabinet de mon médecin il ne me trouvera rien de grave..)

C) Fabulation et mythomanie

On les rencontre plus volontiers comme symptôme organisé dans le cadre d'une névrose hystérique, mais aussi dans la psychopathie ou chez le débile vaniteux

la fabulation est une production imaginaire, non conforme à la réalité vécue par le sujet. Si son contenu est peu cohérent et inadapté aux circonstances de temps et de lieu on parlera de confabulation, qui se rencontre essentiellement dans les affaiblissements de la conscience (toxiques, alcool, démence, débilité). Si son contenu est cohérent, orienté, ordonné autour d'un thème (les études, les voyages...) ou d'une tendance (effrayer, épater, séduire...) on parlera de mythomanie .

D) Les productions délirantes

L'étymologie de délirer, "sortir du sillon", comporte une référence inévitable à une représentation commune (partagée par le plus grand nombre) à la réalité et c'est là sa difficulté tant il est vrai que la perception commune n'est pas toujours une garantie de la réalité..

Contentons-nous donc de partir d'une définition classique du délire "**construction intellectuelle non conforme à la réalité et à laquelle le sujet apporte une croyance inébranlable**" (Porot in manuel de psychiatrie 1969) en y ajoutant qu'il n'y a pas d'idée délirante en soi mais uniquement des sujets délirants marqués par leur **conviction inébranlable** (noyau *d'inertie dialectique*) en la vérité de leurs productions (qualifiées par nous d'imaginaires et pathologiques) et leur certitude du caractère **xénopathique** (qui vient du dehors d'eux-mêmes) de ce qu'ils ressentent..

L'analyse d'un délire se décline selon quatre axes: les mécanismes, les thèmes, le vécu et la systématisation.

1) les mécanismes à l'œuvre dans le délire

les **interprétations** : "inférence logique d'une perception exacte à une conception erronée", elles sont souvent logiques

et peu extravagantes donc souvent facilement crédibles pour un observateur extérieur -**exogènes** si elles portent sur des données prélevées sur le monde extérieur (si M. X avait une voiture rouge au mariage de ma sœur c'est pour critiquer mes opinions politiques..) -**endogènes** si elles portent sur des sensations ou impressions corporelles (si j'ai mal digéré le plat de jeudi c'est qu'on l'avait trafiqué..) C'est le mécanisme privilégié de la paranoïa.

les **intuitions** : idées éprouvées par le sujet comme totalement nouvelles mais incontournables et ayant la clarté d'une évidence explicative accompagnées d'un sentiment de révélation. (je suis né d'un viol...j'ai une mission...)

les **fabulations** : productions imaginaires plus ou moins élaborées et extravagantes, concernant la réalité vécue par le sujet. (j'ai été enlevé par une soucoupe et utilisé à des fins d'expérience...)

les **illusions** et les **hallucinations** : cf. cours sur les troubles des perceptions

2) les thèmes délirants

on observe souvent un thème privilégié, dominant, associé à d'autres thèmes dérivés avec des liens logiques plus ou moins lâches entre eux

on peut noter des thèmes de **persécution** (le sujet est l'objet d'une vengeance, d'un complot...), de **grandeur** souvent dérivés du premier (il est un illustre méconnu, enfant d'un grand de ce monde, inventeur ignoré mais génial...), **d'influence** (il est téléguidé, manipulé, envoûté, influencé...la xénopathie est ici au premier plan..), **hypochondriaques** (son corps est parasité, transformé, rendu malade...), **de négation** (son organisme est bouché, il est inexistant ou déjà mort, le monde n'est qu'illusion...)....

3) le vécu délirant

C'est la plus ou moins grande adhérence au délire, la façon plus ou moins sthénique pour le malade de vivre la situation. Un délirant qui déclare être fils de la reine de Mésopotamie mais qui prend sans façons le bus pour aller au travail sera déclaré peu sthénique, peu adhérent à son délire. A contrario s'il refuse tout contact, agresse ceux qui ne le saluent pas "comme il faudrait", écrit au pape et manifeste à l'église, sera décrit comme ayant un vécu délirant plutôt sthénique..

4) la systématisation du délire

C'est la plus ou moins grande cohérence logique du délire, la solidité de l'enchaînement des thèmes entre eux. Plus un délire est systématisé plus il est convainquant, plus il est

descriptible, transmissible, et moins le patient sera angoissé (il en est ainsi dans la paranoïa). Un délire mal systématisé (c'est souvent le cas des délires du schizophrène) est difficile à décrire, donne le sentiment de la coexistence d'idées mal liées entre elles, sans consistance logique, et souvent vécu par le malade dans une ambiance d'angoisse importante.

TROUBLES DU LANGAGE ET DES PERCEPTIONS

1° TROUBLES DU LANGAGE

Le langage permet la représentation et la communication des idées et concepts grâce à un système conventionnel de signes oraux ou graphiques ; la parole est l'expression de la pensée par la production des sons constitutifs du langage parlé.

Il peut être utile de noter les particularités de la voix du patient : élevée (vociférante) ou faible, rauque ou exagérément douce, monotone ou chantante, voilée, traînante etc

Les troubles du langage peuvent toucher : la dynamique, les productions, la syntaxe, la sémantique.

Troubles de la dynamique verbale

La dynamique verbale peut aller du mutisme (ou de la bradyphémie) à la logorrhée (tachyphémie) et même à la palilalie.

mutisme, (qui suppose l'intégrité des centres du langage et de l'appareil vocal ce qui le différencie de la mutité). Plusieurs variations cliniques existent, le mutisme total, le mutisme partiel, le mutisme électif ou mutacisme (le patient choisit de répondre ou non), la mussitation (le patient prononce de façon marmonnée quelques phrases à voix basse, ou remue les lèvres sans prononcer de paroles). L'analyse du contexte permet d'éclairer la valeur de ce trouble :

- mutisme entrecoupé de soupirs ou de paroles dépressives avec hypomimie et oméga mélancolique : syndrome mélancolique
- mutisme incomplet entrecoupé de phrases banales, faciès figé non douloureux, signes somatiques associés : confusion mentale
- mutisme volontaire, électif, méfiance, réticence, avec parfois quelques paroles évoquant une thématique délirante persécutive : syndrome délirant
- mutisme électif : conversion

bradyphémie : lenteur du rythme verbal

tachyphémie : accélération du rythme verbal

logorrhée : flux de parole incoercible, intarissable, infatigable

palilalie : répétition itérative de mots ou syllabes.

Productions parasites du langage

suspension du discours : barrage, fading (cf supra, cours sur les troubles de la pensée)

stéréotypie verbale: répétition de mots et/ou de phrases hors de propos et sans signification actuelle, qui reviennent de façon mécanique et invariable dans le discours. Peuvent être phatiques (*comment dirais-je, je veux dire, effectivement ...*) culturelles (*n'est-ce-pas, ta mère, franchement ...*), ou secondaires à une activité délirante (voulues par le patient ou déterminées par une idée fixe délirante).

écholalie : répétition des derniers mots entendus par le patient

impulsions verbales : émission incoercible de mots souvent grossier (coprolalie) correspondant souvent à des hallucinations verbales motrices

persévération : répétition d'une réponse qui était adaptée à une question antérieure en réponse aux questions qui suivent au cours d'un même entretien.

Troubles sémantiques

néologisme sémantique: utilisation d'un mot existant mais en lui conférant un sens exclusivement personnel et inhabituel sans référence au code

néologisme phonologique: fabrication et emploi d'un mot nouveau inexistant (*c'est ignominable, un baiser furtif, on me fait une crochère*)

glossolalie : emploi d'un langage inventé avec son vocabulaire et des éléments de syntaxe.

verbigérations : répétition anarchique de mots dénués de sens, de façon incompréhensible, rendant le langage incohérent (on peut aussi parler de jargonophasie en référence au jargon parfois observé brièvement chez l'enfant en train d'acquérir le langage, mais dans le jargon infantile la prosodie est respectée)

schizophasie: langage hermétique caractéristique du syndrome dissociatif manifestant l'incohérence liée aux troubles du cours de la pensée

ex : « *c'est une résultante d'application des termes utilisés en péjoration, qui de cette création va faire produire sur l'organisme un couloir de sécurité...* ».

On remarque au passage une accumulation de néologismes et de paralogismes avec une désorganisation grammaticale.

Troubles de la syntaxe

ellipse syntaxique : suppression de mots essentiels pour comprendre une phrase

paragrammatisme : utilisation de formes syntaxiques anormales (ordre des mots inversé par rapport à l'usage) et utilisation de néologismes avec des racines correctes mais des compositions erronées. (avocat et sans signification pathologique chez Jane Birkin)

agrammatisme : désorganisation du langage, qui ressemble alors au style télégraphique avec suppression des adjectifs, et utilisation de verbes à l'infinitif. (*toi écouter moi parler*)

Noter quelques styles particuliers de langage utiles à repérer -maniérisme : langage artificiel et compliqué avec des mots recherchés et contournés -puérilisme : langage pauvre et enfantin

2° TROUBLES DES PERCEPTIONS

La perception est la synthèse des informations qui permet une prise de conscience d'un objet, elle est la rencontre d'une sensation réelle et d'une représentation mentale.

On peut observer une augmentation des perceptions dans certains syndromes toxiques ou confusionnels où les bruits, couleurs etc prennent une coloration très vive voire violente.. On observe aussi des abolitions (cf infra : tr de la vigilance) ou des diminutions de perceptions dans certaines agnosies ou certains syndromes dépressifs. Mais nous traiterons ici essentiellement des fausses perceptions.

Il convient d'abord de distinguer **illusion** : perception déformée d'un objet réel (*arbre mort le long d'une route au crépuscule perçu comme un individu menaçant*) et **hallucination** définie classiquement (H Ey) comme « perception sans objet à percevoir ». Puis on différencie hallucinations psychosensorielles et hallucinations psychiques

Hallucinations psychosensorielles

Ce sont des hallucinations vraies au sens où elles ont des caractéristiques sensorielles (propre au sens incriminé : auditif, visuel, cénesthésique, tactile, olfactif) et des caractéristiques spatiales (précisant la situation de la voix, de l'image ... hallucinée)

-elles peuvent être élémentaires : bruits (souvent rythmés), taches lumineuses, auras ...

-ou plus complexes : musiques, paroles, scènes, sentiment de modification du corps...

il importe de noter les réactions du patient halluciné : réticence, méfiance, dissimulation, attitudes d'écoute, stratagèmes de défense (obturation des oreilles des yeux ou du nez, couverture par un son, une odeur plus intense), dialogue avec les voix.

Hallucinations psychiques (dites aussi psychiques pures)

Il n'y a ni sensorialité ni spatialité, c'est la représentation mentale qui est exclusivement présente

psychoverbales : perception d'une parole (plutôt qu'une voix) intérieure en l'absence de toute sensorialité, avec impression de ne pas être l'auteur des pensées, de télépathie, d'idées imposées, d'intrusion, « ça parle en moi » « ça dit des trucs, c'est pas moi et c'est dans moi »

psychomotrices verbales : sensation de mouvements imposés aboutissant à des mouvements des lèvres, à des sons ou des mots.

Des hallucinations psychiques pures sont toujours retrouvées au début d'un **syndrome d'automatisme mental** qui associe un écho de la pensée, un syndrome d'influence, et des hallucinations psychosensorielles.

écho de la pensée associant :

- devinement de la pensée : « je devine tout »
- vol de la pensée : « on devine ma pensée »
- écho : « on répète ma pensée »
- commentaire des actes, critique ou flatteur

syndrome d'influence :

- mouvements imposés : « on me fait faire »
- pensées imposées : « on me fait penser »
- paroles imposées : « on me fait dire »

hallucinations psychosensorielles (cf supra)

Le syndrome d'automatisme mental réalise une véritable xénopathie souvent vécue sur un mode très persécutif avec une forte adhérence au délire.

Rque il existe une imagerie hallucinatoire non psychiatrique d'ordre neurologique

- .hallucinose (alcoolisme, état confuso-onirique, épilepsie)
- .hallucinations hypnagogiques qui surviennent à l'endormissement
- .hallucinations hypnopompiques précédant l'éveil
- .phosphènes : taches lumineuse ou points scintillants.acouphènes : bourdonnements
- .images palinopsiques consécutives à la stimulation de la rétine

3° TROUBLE DE LA CONSCIENCE DE SOI ET DE L'ENVIRONNEMENT

Troubles de la vigilance

Il s'agit ici de la qualité de présence au monde du sujet, c'est à dire sa façon, plus ou moins lucide et adaptative, de se situer par rapport au monde extérieur et aux autres. Nous en excluons les troubles de l'attention déjà traités (cf supra) qui vont de l'hypo- à l'a- prosexie.

On peut observer des hypovigilances :

obnubilation : difficulté de compréhension, de concentration, ralentissement, engourdissement de la pensée, trouble de l'orientation spatio-temporelle. Le sujet peut sortir transitoirement de cet état par un effort soutenu.

hébétude : atteinte plus massive de la lucidité, des activités intellectuelles (pensée, mémoire, attention). Le patient paraît sidéré.

confusion : état de dissolution de la conscience de profondeur fluctuante (la labilité est constitutive du diagnostic de confusion : le patient peut être hébété accessible aux consignes et seulement obnubilé puis une heure après incapable de tout contact avec désorientation temporo-spatiale massive, troubles mnésiques et abolition intellectuelle.

Les états crépusculaires réalisent un rétrécissement du champ de conscience avec polarisation restrictive de la conscience sur une préoccupation (souvent affective) unique

Il existe aussi des états d'hypervigilance qui marquent une subexcitation souvent peu rentable et se rencontrent volontiers dans l'accès maniaque, l'anxiété aigue..

Troubles de la conscience de soi et du vécu corporel

-dépersonnalisation : sentiment d'étrangeté, de n'être plus soi-même, concerne l'intégrité psychique (desanimation) ou physique (desincarnation), avec perte de familiarité avec l'ambiance de la réalité (déréalisation).

-hypocondrie : conviction de l'atteinte de l'intégrité et/ou de l'état de santé du corps, qui peut prendre la forme de préoccupations obsédantes, anxieuses voire délirantes.

-dysmorphophobie : préoccupation obsédante portant concernant l'apparence corporelle, qui peut toucher la taille, la pilosité, la forme du nez, des oreilles, la peau.

-vécu dissociatif : sensation de perte de l'unité de soi, le Moi s'éprouvant comme scindé, divisé, disloqué, et pouvant s'accompagner d'angoisses de morcellement

-les cénestopathies sont des altérations locales de la sensibilité commune très proches des paresthésies mais vécues sur un mode plus pénible que douloureux, très fréquentes dans les états hypocondriaques et quasi hallucinatoires chez certains délirants.

FIN DU COURS DE SEMIOLOGIE PSYCHIATRIQUE

DEUXIÈME PARTIE : MALADIES ET GRANDS SYNDROMES

Question 266

NÉVROSE

Rédaction : J. Adès, JP Boulenger, E. Corruble, P. Hardy, M. Patris, C Piquet

Objectif pédagogique général

- Connaître le sens et la signification du concept de névrose
- Connaître l'approche contemporaine de la névrose au regard de la notion de troubles anxieux
- Connaître la notion de mécanisme de défense
- Connaître les conséquences médico-économiques des névroses et des troubles anxieux
- Connaître les différentes entités nosographiques regroupées sous le terme de névrose et leurs principales caractéristiques cliniques
- Connaître les risques évolutifs des états névrotiques

Objectifs pédagogiques spécifiques

Psychopathologie

- Connaître les modèles théoriques des névroses et des troubles anxieux

Prise en charge

- Connaître les diverses stratégies thérapeutiques qui peuvent être proposées et leurs indications
- Savoir prescrire les médications tranquillisantes en tenant compte à la fois des références médicales érigées par la communauté médicale et des modalités singulières relationnelles de la consultation médicale avec un sujet névrotique
- Connaître la place des Thérapies Cognitivo-Comportementales dans les différents troubles anxieux
- Savoir pratiquer la psychothérapie de soutien et d'accompagnement auprès des sujets névrotiques

Névroses

- Névrose obsessionnelle, névrose d'angoisse, névrose phobique et post-traumatique : voir module angoisse
 - Névrose hystérique : connaître les principaux accidents de conversion hystérique, connaître les principaux traits de personnalité associés à la névrose hystérique, connaître les principes du traitement de la névrose hystérique
-

A. Introduction sur la notion de névrose

L'emploi du terme "névrose", dont la signification précise n'a cessé de varier au cours du temps, fait actuellement l'objet de controverses. La classification Nord-Américaine du D.S.M. III, en 1980, marquait un tournant : - au mot "névrose", considéré comme imprécis et peu susceptible de recueillir un consensus, se voyait préféré le terme de "Trouble névrotique", proposant la description de constellations syndromiques observables ne préjugant en principe d'aucune étiopathogénie. Cette classification, dont l'influence internationale est devenue considérable, opérerait dans les découpages nosographiques traditionnels des Névroses, largement hérités de la Psychanalyse freudienne, un considérable bouleversement. La névrose d'angoisse, la névrose phobique, la névrose obsessionnelle, la névrose hystérique, dont la cohésion conceptuelle tenait aux approches psychodynamiques de la Psychanalyse, faisaient l'objet de nouveaux découpages, dont la légitimité est sans cesse évaluée aujourd'hui par de multiples travaux épidémiologiques, biologiques, thérapeutiques, d'inspiration largement biológico-comportementale.

Les Troubles Névrologiques représentent un très vaste champ de la pathologie mentale, dont les limites nosographiques et l'étiopathogénie, malgré l'accumulation de données nombreuses, demeurent incertaines. Le mot "névrose" fut forgé en 1769 par le médecin écossais W. CULLEN. Les "maladies nerveuses" avaient été auparavant regroupées par WILLIS, puis par SYDENHAM, et reliées à l'idée d'un dysfonctionnement du système nerveux. R. WHYTT, peu avant CULLEN, regroupait sous ce terme un ensemble de troubles disparates, hystérie, hypocondrie et "troubles nerveux simples", symptômes protéiformes attribués à une "faiblesse inhabituelle du système nerveux". Les Névroses de CULLEN, maladies générales opposées aux maladies locales, regroupaient des syndromes divers, allant de l'épilepsie à l'hystérie, dont le trait commun essentiel était l'absence de lésion localisée et de fièvre. Le postulat étiologique de "l'absence de lésion observable", étayé par les progrès des méthodes anatomo-cliniques, dominera jusqu'à la fin du XIX^{ème} siècle l'histoire du concept de Névrose, histoire enrichie de descriptions cliniques affinées concernant notamment l'hystérie (CHARCOT), la neurasthénie (G. BEARD). Avant l'ère psychodynamique, le champ nosographique des névroses se partageait entre trois entités protéiformes, la neurasthénie (qui regroupait l'ensemble des troubles anxieux somatiques et psychiques), l'hystérie et l'hypocondrie. Les phénomènes phobiques et obsessionnels, décrits au XIX^{ème} siècle dans leurs formes graves par les aliénistes français (FALRET, LEGRAND DU SAULLE) ou allemands (BENEDIKT, WESTPHAL qui décrivaient l'Agoraphobie en 1871) n'étaient pas rattachés aux névroses.

Les travaux de P. JANET et ceux de FREUD et de ses élèves allaient, à partir des postulats théoriques d'une psychopathologie dynamique, opérer dans la nébuleuse hétérogène des névroses des descriptions successives et des choix synthétiques qui fixeraient les termes et donneraient aux névroses leur statut. JANET postulerait l'existence d'un déficit fonctionnel de l'énergie neuro-psychique (la "tension psychologique") dans les névroses, dont les symptômes revêtent un "caractère automatique et inférieur".

Il différencie de l'asthénie modérée ou "nervosisme" la psychasthénie dans laquelle sont incluses obsessions et phobies, et l'hystérie avec rétrécissement du champ de conscience. Les névroses furent la pierre angulaire de l'édifice théorique de la Psychanalyse freudienne. FREUD opposa les névroses actuelles (névrose d'angoisse et neurasthénie), dont la cause devait être recherchée dans des "désordres de la vie sexuelle actuelle" aux Psychonévroses de défense dont le conflit sous-jacent dépend de l'histoire infantile du sujet. Au terme d'une oeuvre clinique et théorique d'une exceptionnelle richesse, le concept de Névrose trouvait une unité fondée sur une approche dynamique du fonctionnement mental : - La névrose, selon FREUD, est une maladie globale de la personnalité impliquant tout à la fois la présence de symptômes, parfois désignés du nom même du mécanisme de défense supposé les induire (la "conversion") et d'une organisation pathologique du caractère (le "caractère névrotique") liée au même type de conflit infantile. Toute définition du terme névrose, jusqu'aux années récentes, et à quelque obédience qu'appartienne l'auteur, se référait à cette approche, dont LAPLANCHE et PONTALIS proposaient la plus concise des formulations : "Affection psychogène où les symptômes sont l'expérience symbolique d'un conflit psychique trouvant ses racines dans l'histoire infantile du sujet et constituant des compromis entre le désir et la défense" (1967).

De la nosographie freudienne et post-freudienne, par ailleurs, la psychiatrie retiendra pour longtemps les distinctions opérées entre névrose d'angoisse, névrose hystérique, hystérie d'angoisse ou névrose phobique, et névrose obsessionnelle.

L'influence de la psychiatrie anglo-saxonne, et surtout Nord-Américaine, allait être déterminante dans un cheminement qui allait aboutir, avec le D.S.M. III en 1980, à l'éclatement nosographique des névroses et à une critique radicale du concept. Les causes de cette évolution sont nombreuses et complexes. Les principales, qui ont joué, de façon parallèle, sont le déclin d'influence de la Psychanalyse, le développement croissant des thérapies comportementales puis cognitives, la multiplication de travaux épidémiologiques, cliniques, psychométriques recourant à des méthodologies statistiques et permettant des approches quantitatives, l'affinement enfin des traitements chimiothérapeutiques interprétés comme "analyseurs nosographiques" de certains états névrotiques. Le D.S.M. III, distinguant dans sa préface le "processus névrotique", porteur des hypothèses étiopathogéniques, du "Trouble névrotique", description de symptômes observables regroupés en syndromes, établissait en fait une différence entre les théories, "relevant de la croyance", et les faits mentaux quantifiables et repérables par l'ensemble des cliniciens. Le mot "névrose" était abandonné au profit de celui de "Trouble névrotique", défini comme un - "comportement non activement opposé aux normes sociales (bien que le fonctionnement puisse être gravement perturbé) - une perturbation relativement constante ou récurrente en l'absence de traitement, ne se limitant pas à une réaction transitoire à des facteurs de stress - l'absence d'étiologie ou de facteur organique démontrable". La catégorie diagnostique des Névroses se trouvait, en fait, purement et simplement supprimée. Les "Troubles névrotiques" eux-mêmes, peu présents en tant que tels, étaient littéralement "atomisés", et répartis sur l'Axe I de cette classification entre cinq catégories :

- Troubles anxieux (incluant le Trouble Panique, le Trouble Anxieux Généralisé, l'Agoraphobie avec ou sans attaques de panique, les phobies sociales, les phobies simples) - Troubles somatoformes - Troubles dissociatifs - Troubles psychosexuels. L'unicité du concept de Névrose, sous-tendue par l'interrelation supposée de symptômes et d'une structure de la personnalité, était battue en brèche par la présence des Troubles de la Personnalité sur l'Axe II, sans qu'aucune relation de principe ne soit établie entre symptômes névrotiques et caractère.

L'Hystérie perdait toute consistance, émiettée entre les troubles somatoformes pour ses expressions somatiques, les Troubles dissociatifs pour ses expressions psychiques, et la personnalité histrionique sur l'Axe II.

Le D.S.M. III, pour résumer ses positions et son influence, allait entraîner, en supprimant la catégorie diagnostique des névroses, l'effacement d'un concept fondamental de la psychiatrie jugé trop imprécis et trop mal délimité. Les conséquences de cette position, à propos des névroses, seront vite considérables : la très large diffusion internationale du D.S.M. III, favorisée par l'influence de la psychiatrie américaine, allait imposer peu à peu l'idée d'une hétérogénéité du concept de névrose, et consacrer son effacement. Les névroses, détachées des troubles de la personnalité, privées du corpus théorique d'une étiopathogénie cantonnée dans le champ des connaissances incertaines, perdaient l'identité que leur conférait l'histoire de la psychiatrie.

Deux évolutions se dessinent à l'heure actuelle :

- La classification Nord-Américaine du D.S.M. (D.S.M. III, D.S.M. III R, D.S.M. IV, D.S.M. IV TR) tend à s'imposer au niveau international. Elle est, à propos des névroses, très largement reprise par celle de l'O.M.S. (I.C.D.10, 1992). L'usage, renforcé par la multiplication de travaux épidémiologiques, cliniques, génétiques, pharmacologiques, thérapeutiques, consacre l'effacement du concept global de "névrose". Il entérine la distinction opérée entre des regroupements syndromiques - (Troubles anxieux et phobiques - Troubles obsessionnels-compulsifs - Troubles somatoformes - Etats de stress post-traumatique) et les Troubles de la personnalité. Il confirme et renforce l'individualisation d'ensembles syndromiques tels le Trouble Panique, le Trouble anxieux généralisé, les phobies sociales, le Trouble obsessionnel compulsif et leur appartenance à une vaste catégorie, celle des Troubles anxieux. Il entérine également, malgré les critiques, le démembrement de la névrose hystérique, dont les aspects somatiques (conversion - troubles somatoformes), les expressions psychiques ("Troubles Dissociatifs"), les expressions caractérielles enfin ne trouvent plus d'autre unité que celle des possibilités aléatoires d'un regroupement de ces trois catégories diagnostiques si leur présence simultanée l'autorise. - Le terme de "névrose" dans l'I.C.D.10, est ainsi abandonné, comme il l'était dans les versions successives récentes du D.S.M. (D.S.M. III, D.S.M. III R, D.S.M. IV, D.S.M. IV TR).

Le terme même de "Trouble névrotique", utilisé, n'est considéré comme porteur d'aucune fonction classificatrice générale puisque le chapitre consacré aux anciennes névroses s'intitule "Troubles névrotiques, liés à un facteur de stress et somatoformes".

- Des positions critiques, vis-à-vis du D.S.M. III et de sa conception des névroses se développent très largement depuis plusieurs années et émanent d'horizons divers. Beaucoup, parmi les psychiatres français notamment, récusent l'athéorisme affiché de cette classification et lui reprochent d'écarter toute approche structurelle des névroses au profit d'une référence implicite aux abords comportementaux. L'atomisation de l'hystérie, la prééminence accordée au Trouble Panique dans le classement des Troubles anxieux et phobiques, et plus encore l'effacement du concept global de névrose sont vivement critiqués par le courant psychodynamique d'inspiration psychanalytique. D'autres travaux critiques dénoncent, à propos des névroses, les insuffisances de systèmes catégoriels trop rigides (D.S.M. III R, D.S.M. IV, I.C.D.10) auxquels sont reprochés de ne pas prendre en compte le polymorphisme clinique des états névrotiques, les associations fréquentes entre états névrotiques et états dépressifs, l'évolution dans le temps des troubles névrotiques. L'anglais P. TYRER, en 1989, proposait une synthèse des travaux portant sur les déficiences des classifications principales des névroses : les arguments critiques relevés portent sur la comorbidité élevée des troubles entre eux, leur peu de stabilité dans le temps, notamment pour les troubles anxieux et phobiques, le manque de spécificité des réponses aux traitements pour chacun des troubles, l'absence de prise en compte enfin des associations cliniquement établies entre certains troubles de la personnalité et certains troubles névrotiques. Ces critiques conduisent actuellement certains auteurs à postuler l'existence d'un "Syndrome Névrotique Général", qui marque un certain retour au concept structurel de névrose. Le Syndrome Névrotique Général, décrit par P. TYRER (1989), impliquerait la coexistence de symptômes anxieux et dépressifs, alternant au cours du temps, et de traits de personnalité relevant de l'inhibition ou de la dépendance. La nosographie des névroses est ainsi en perpétuelle évolution. Certains syndromes, identifiés et décrits depuis longtemps par la psychiatrie classique, et fixés dans leurs formes par la psychanalyse (les troubles obsessionnels-compulsifs, les troubles phobiques) semblent suffisamment homogènes pour opposer une résistance aux changements. D'autres, comme les troubles anxieux, les manifestations hystériques, les états névrotiques anxio-dépressifs, cherchent encore leurs limites et leur identité.

B. Névrose obsessionnelle

B.1. Le caractère obsessionnel - La personnalité obsessionnelle

Le **caractère obsessionnel** est davantage le propre de l'homme que celui de la femme. Les traits obsessionnels contribuent à leur efficacité professionnelle et au maintien d'un ordre social stable. Sens de la mesure, de la prudence, du raisonnable, du consensuel, respect de la hiérarchie, de la loi, de la morale, souci de l'autre, du bien général sont pour beaucoup des qualités reconnues. Ce qu'il gagne du côté de l'ordre et de la stabilité, l'homme de caractère obsessionnel le perd cependant en imagination, en créativité et en audace. Il laisse à l'hystérique le chapitre de la mode, de l'innovation et du scandale. A la loi du cœur il préfère la loi tout court quitte à céder sur son désir. Son altruisme se nourrit plus de bonne conscience que d'amour.

La **personnalité obsessionnelle** : A un degré de plus, elle se dégage de la banalité par des traits plus exigeants pour soi mais aussi pour les autres.

- Souci de l'anticipation et de l'organisation : rien n'est laissé au hasard, tout est prévu, planifié, calculé (exemple : choix de la pierre tombale, budgétisation de ses propres obsèques) ;
- Amour de la précision, de l'exactitude, de la méticulosité (passion des mécanismes d'horloge) ;
- Préoccupations anxieuses d'erreurs possibles, de faute, de préjudice commis par distraction. Ceci pouvant engendrer des doutes et des ruminations, des scrupules.
- Evitement de l'imprévu, du hasard, de l'aventure, autant de failles dans un système basé sur la maîtrise du temps et des choses.
- Souci de la propreté et l'hygiène, de l'asepsie, de la diététique.
- Le sens de l'économie, de l'épargne, mais aussi de la parcimonie ; hantise du gâchis, de la perte, du superflu.

B.2 Les Troubles Obsessionnels-Compulsifs (TOC)

Chez l'enfant comme chez l'adulte, la prévalence du TOC est de 1 à 2 % avec une moyenne d'âge d'apparition à 10 ans et une évolution le plus souvent chronique et progressive. Il associe de façon variable deux types de symptômes spécifiques : les obsessions et les compulsions.

Les **obsessions** sont des idées, des pensées, des impulsions ou des représentations persistantes qui sont vécues comme intrusives et inappropriées et qui entraînent une anxiété ou une souffrance importante. Les obsessions les plus communes sont des pensées répétées de contamination, des doutes répétés, un besoin de placer les objets dans un ordre particulier, des impulsions agressives ou inadaptées, des images sexuelles ou horribles...

Les **compulsions** sont des comportements répétitifs ou des actes mentaux qui s'imposent au sujet et que l'individu se sent obligé d'exécuter pour conjurer les obsessions, diminuer le niveau d'anxiété ou dans l'espoir qu'elles puissent entraîner ou prévenir une situation ou un événement redouté (Exemple : laver, compter, vérifier, accumuler, rectifier...). Le diagnostic est porté lorsque les manifestations symptomatiques sont à l'origine de sentiments marqués d'anxiété ou de détresse émotionnelle, d'une perte de temps importante (plus d'une heure par jour), ou d'une entrave au fonctionnement normal de l'individu (scolaire, social ou professionnel).

Chez l'enfant, le TOC peut être partie constituante du syndrome de Gilles de la Tourette (caractérisé par des tics moteurs et vocaux parfois invalidants) ou d'une trichotillomanie. Fréquemment, l'enfant, l'adolescent ou le jeune adulte présentant des symptômes obsessionnels ou compulsifs, n'a pas conscience du caractère pathologique de ces derniers, leur aggravation progressive au cours du temps n'amenant le patient à consulter qu'après la trentaine du fait d'un handicap croissant ou à l'occasion d'une dépression.

Chez l'adulte les troubles associent le plus souvent obsessions et compulsions, mais l'un et l'autre de ces éléments peuvent aussi être présents isolément ; le patient reste toujours conscient du caractère absurde ou excessif de ses symptômes et cette autocritique le distingue des patients psychotiques chez lesquels ils peuvent également être rencontrés. L'évolution est le plus souvent chronique, revêtant parfois des formes très invalidantes. Certains TOC peuvent débuter à la suite d'un facteur de stress, d'une grossesse ou dans les suites de troubles du comportement alimentaire chez la femme. Contrairement à une opinion largement répandue, l'existence d'une personnalité obsessionnelle n'est pas un élément nécessaire au développement du trouble, ce dernier pouvant coexister avec d'autres types de personnalité pathologique.

C. Névrose phobique

La phobie se définit comme la crainte « absurde » d'un objet, d'un animal, d'un autre humain, d'une situation dont la rencontre produit inéluctablement un état d'angoisse.

Comme dans l'obsession, le phobique critique son symptôme et reconnaît le caractère infondé de sa crainte. Il sait que « les petites bêtes ne mangent pas les grosses » que tous les trains ne déraillent pas, cela n'empêche qu'il soit terrorisé par les pigeons, qu'il ne puisse monter dans un compartiment...

Contrairement à l'obsédé, le phobique peut éviter l'objet de son angoisse, projeté dans l'espace extérieur. Il peut recourir à des moyens de rassurement plus ou moins ritualisés : accompagnement par un tiers jouant le rôle d'objet contra phobique.

Les phobies les plus fréquente sont :

1) Les phobies de lieu :

- agoraphobie : phobie des vastes espaces découverts.
- claustrophobie : phobie des espaces restreints et clos.
- des hauteurs : vertiges.
- des moyens de transport.

2) Les phobies liées à la présence d'un tiers ou d'un « public » :

- peur de parler en public (à rapprocher du trac), de téléphoner.
- peur d'être pris d'envie d'uriner au cours d'une réunion.
- peur de rougir (éreurtophobie), de bégayer.

3) Les phobies des petits animaux (certaines sont très banales) : araignées, souris, reptiles et des gros animaux : chiens, chats, chevaux.

4) Les phobies des objets potentiellement dangereux (couteaux, aiguilles, armes à feu) ou anodins (fourrures, huile, goudron) ou microscopiques (poussières, microbes, brin de textile).

5) Les phobies d'impulsion (peur de commettre un acte grave) sont rattachées à la névrose obsessionnelle.

La névrose phobique ressort d'un traitement

- psychothérapique :

- psychanalytique
- comportementaliste (déconditionnement)

- symptomatique anxiolytique de manière ponctuelle quand le phobique « ne peut faire autrement » que d'affronter sa peur : nécessite de se déplacer, d'affronter un jury, etc...

D. Névrose hystérique

Décrite depuis l'Antiquité et rapportée par Hippocrate aux avatars de l'utérus - d'où son nom - : migrations intempestives dans le corps, sécheresse excessive... l'hystérie reste historiquement liée à la sexualité féminine que les anciens réduisaient volontiers à la fonction matricielle.

La connotation péjorative voire insultante du qualificatif d'hystérique tient à ses évidentes résonances misogynes. Les « manifestations » hystériques ont de tout temps défié l'ordre et le savoir, médicaux au premier chef mais pas seulement. Ces « maladies de femme », ces « vapeurs », ces « crises », ces « symptômes sine materia » ont suscité questionnement, hypothèses mais aussi ironie, condescendance et pire, rejet et persécution.

Le médecin d'aujourd'hui se doit de connaître ou plus modestement reconnaître l'hystérie non pas comme une pathologie en soi, une maladie parmi d'autres, mais comme une limite à sa maîtrise du savoir et du pouvoir médical. Le symptôme hystérique de conversion est en effet un non-sens pour ne pas dire un scandale au regard de la démarche anatomo-physiopathologique, modèle scientifique dominant en médecine. Vouloir le traiter comme une maladie conduit à des impasses thérapeutiques ; le rejeter et le nier comme maladie factice ne vaut guère mieux.

L'hystérie pose en fait le problème de la formation psychologique des médecins et de la dimension relationnelle en général de leur pratique. Qu'est-ce qu'une plainte, une demande, une somatisation et quelle réponse peuvent-ils y apporter ?

A une époque qui célèbre le pragmatisme, la réponse thérapeutique standard, immédiate, brève et économiquement correcte, l'hystérie - et peu importe le nom qu'on lui donne - réclame autre chose, autre chose que des antalgiques, des antidépresseurs, des examens complémentaires, des arrêts de travail, des invalidités... tous aussi vains que coûteux, autre chose qui exige parfois l'abstinence thérapeutique, souvent du temps, toujours la prise en compte du patient dans sa singularité.

La personnalité hystérique

L'humanité se prête mal aux psychotypologies ou classifications des caractères. Il n'y a pas dans la nature des hystériques et des non hystériques. Chacun l'est plus ou moins et nul n'est à l'abri d'une somatisation de type conversif. On entend donc par personnalité hystérique quelques traits essentiellement relationnels, perceptibles dans la dynamique du dialogue patient-médecin.

- L'hyperexpressivité : qualifiée aussi de théâtralisme, tendance à la dramatisation, elle peut donner le sentiment que le sujet joue un personnage en forçant le trait pour apitoyer, choquer, séduire, culpabiliser son public.
- Le besoin de susciter l'intérêt, dans le prolongement logique, fait que le sujet "ne passe pas inaperçu". Dans un cabinet comme dans un groupe, une collectivité, il ne manque pas de se faire remarquer, de chercher à avoir la vedette, d'être l'objet de soins, d'attentions particulières.
- La quête et l'insatisfaction affective : l'hystérique a non seulement besoin d'être aimé (qui ne l'a pas ?) ; il a besoin d'être aimé plus, mieux ou autrement. Il en cherche les marques, les preuves, les assurances mais sa demande d'amour est un tonneau sans fond : la position hystérique est celle d'un désir irrémédiablement insatisfait de par sa structure même. Aucune réponse ne saurait le combler. Le pire qu'on puisse lui dire est qu'il a tout pour être heureux et qu'il a tort de se plaindre dès lors que le manque d'amour (ou de ce qui en tient lieu sous une forme déplacée) est le cœur même de sa manière d'être vis-à-vis des autres.
Déçu par la réalité, l'hystérique privilégie sa vie imaginaire, idéalise ses sentiments ; il confond sa vie avec un roman.

- L'autocommisération. Eternel insatisfait, l'hystérique pleure sur son sort et prend les autres à témoin de son malheur. Ces témoins sont d'ailleurs des coupables en puissance et plus ou moins implicitement accusés de carence, négligence, indifférence, maladresse. L'hystérique en un mot se plaint de ce que les autres sont insuffisants, impuissants, décevants, incompétents. Mais il convient ici d'y reconnaître aussi une structure au sens où l'hystérique construit son monde, distribue les rôles, écrit l'histoire de manière à s'entourer, rencontrer de manière répétitive, des êtres décevants, insuffisants, impuissants, tôt ou tard démasqués dans leurs carences.
- L'identification à une victime, un martyr. L'hystérique tient volontiers le rôle de victime. Le préjudice est affectif (pour le paranoïaque, il est réel).

Le symptôme hystérique de conversion

- Défini comme tel par S. Freud en 1894, le mécanisme de conversion correspond à la fuite dans le corps d'un affect lié à une représentation insupportable. Il s'agit donc, sous cet angle théorique, de mécanisme de défense contre l'angoisse.
- Les symptômes de conversion empruntent classiquement les voies sensori-motrices et sensorielles. Mais leurs formes cliniques varient considérablement dans le temps. Rares sont aujourd'hui les paralysies, les cécités, les aphonies hystériques.
- La "somatisation", qu'il s'agisse d'une gêne ou d'une incapacité fonctionnelle (torticolis spasmodique, crampe de l'écrivain), d'une douleur ou d'une anesthésie (migraine, myalgie, arthralgie), d'un déficit sensoriel..., se présente de plus en plus souvent comme une plainte sans troubles manifestes et visibles.
- De ce fait, le symptôme de conversion pose parfois des problèmes diagnostiques délicats : vraie ou fausse migraine ? vraie ou fausse dépression ?

Caractéristiques du symptôme de conversion

- ♦ absence de substratum organique : l'examen clinique et les investigations complémentaires ne décèlent pas de lésions organiques sinon des lésions banales (exemples classiques : becs de perroquet à la radiographie de la colonne cervicale, "diverticules" coliques au lavement baryté...)
- ♦ fluctuation dans le temps : recrudescence dans certains contextes : consultation médicale, visite de la famille. Atténuation voire disparition sous l'effet de certaines suggestions ou de certains traitements placebos ;
- ♦ de manière inconstante : absence d'angoisse à propos du symptôme - jusqu'à "la belle indifférence" - contrastant avec la dramatisation du symptôme : théâtralité : soupirs, grimaces, boiterie grossière, revendication insistante d'examen et de soin ;

- ♦ présence de "bénéfices secondaires" (sans oublier qu'il en existe aussi dans les maladies ordinaires)
 - attentions particulières de l'entourage
 - congés de maladie prolongés, indemnités versées par une assurance
 - assistance permanente d'un proche parent
 - évitement de certaines situations (notamment les relations sexuelles, impossibilité de se rendre au chevet d'une mère démente) ;
- ♦ ne pas perdre de vue que certains symptômes de conversion sont manifestement réactionnels à des événements (dont la valeur traumatique doit s'évaluer en fonction de la subjectivité du patient et non de manière générale).

Mais les symptômes névrotiques hystériques ne se limitent pas au modèle de la conversion au sens strict. On y retrouve :

- des symptômes sexuels : troubles de l'érection, éjaculation précoce, anorgasmie chez l'homme ; frigidité, vaginisme chez la femme ;
- des troubles des conduites alimentaires et des addictions : anorexie, boulimie, polyphagie, alcoolisme, dépendance médicamenteuse ;
- des conduites "à risque", d'échec, une tendance à répéter en les provoquant des situations conflictuelles notamment en famille, au travail, dans un groupe de voyage, etc ;
- des épisodes dépressifs névrotiques gardant les traits de la personnalité hystérique :
 - . dramatisation
 - . culpabilisation de l'entourage
 - . fluctuations rapides
 - . sensibilité à la suggestion
 - . résistance aux thérapies biologiques même au-delà d'un bref effet placebo
 - . chantage au suicide.

Conduite à tenir devant un symptôme hystérique

Toute problématique névrotique suppose une approche psychothérapique.

Le traitement du symptôme en soi "comme une maladie", produit des effets iatrogènes : escalade dans les examens, les traitements, les arrêts de travail sans véritable bénéfice thérapeutique.

Les thérapies par suggestion, notamment l'hypnose médicale, et toute thérapie qui s'appuie sur des pratiques dites parallèles (homéopathie, acupuncture) démontrent leur efficacité dès lors que ceux qui les appliquent ont quelques talents psychothérapiques.

Deuxième partie : Maladies et grands syndromes

Question 278 - PSYCHOSES ET DELIRES CHRONIQUES

1. La Schizophrénie

Rédaction : Florence THIBAUT, Franck BAYLÉ

Objectifs généraux :

- Savoir diagnostiquer une psychose et un délire chronique
- Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi du patient

Objectifs spécifiques :

- Signes cliniques de la schizophrénie
- Connaître les signes du syndrome dissociatif
- Formes de début de la schizophrénie
- Modalités évolutives (risque suicidaire, pronostic social) de la schizophrénie
- Attitude diagnostique et thérapeutique face à un épisode délirant aigu
- Connaître les stratégies de soins des états schizophréniques (traitement chimiothérapeutique, réseau de soin, sectorisation)

Le terme de "schizophrénie", introduit par Bleuler en 1911, désigne un ensemble, probablement hétérogène, d'affections aboutissant à une désorganisation profonde de la personnalité. Il succède à celui de "démence précoce", proposé par Kraepelin à la fin du XIXe siècle.

La schizophrénie est une maladie propre à l'Homme, qui affecte les fonctions supérieures du cerveau et qui est caractérisée par la présence d'une dissociation mentale et d'affects émoussés ou inappropriés, d'hallucinations et de délire. Ces symptômes se traduisent par un comportement bizarre ou inadapté du sujet atteint.

La prévalence du trouble est d'environ 1% dans tous les pays.

Il s'agit d'une maladie qui affecte essentiellement l'adolescent et l'adulte jeune (incidence maximale entre 15 et 35 ans). Pour les anglo-saxons, la psychose hallucinatoire chronique et la paraphrénie sont considérées comme des schizophrénies de début tardif. La bouffée délirante est considérée aux Etats-Unis comme un trouble schizophréniforme.

L'étiologie de la schizophrénie demeure mal connue, même si la majorité des auteurs s'accorde actuellement à penser qu'il existe une composante génétique bien établie, interagissant avec des facteurs environnementaux (modèle polygénique et multifactoriel à seuil). Plusieurs gènes conféreraient une prédisposition à la maladie, elle-même influencée par l'environnement (infection virale in utéro, complications obstétricales à la naissance, traumatisme crânien dans l'enfance, stress ...). La conjonction des facteurs génétiques et environnementaux conduirait lorsqu'un certain seuil de vulnérabilité serait atteint, à l'apparition de la maladie. Le rôle précipitant de la consommation de toxiques (cannabis surtout) n'est quasiment plus discuté. De plus, la consommation de toxiques favorise les rechutes délirantes.

Cependant, malgré le rôle établi des facteurs génétiques, seulement 10 % des schizophrénies sont des formes familiales, c'est-à-dire que plusieurs autres membres de la famille en sont atteints également.

Dans le cadre de ce modèle théorique, l'implication de divers systèmes de neurotransmission a été soulignée (en particulier le système dopaminergique, cible d'action privilégiée des neuroleptiques).

1. SIGNES CLINIQUES

Le diagnostic est souvent difficile à établir au début de la maladie en raison de l'extrême diversité des tableaux cliniques rencontrés. Pourtant, la rapidité avec laquelle le traitement neuroleptique est débuté contribue considérablement à améliorer le pronostic évolutif de cette maladie grave. Habituellement, on considère que l'évolution du trouble doit être supérieure à six mois pour porter le diagnostic de schizophrénie.

La sémiologie schizophrénique comporte :

1.1. Un syndrome dissociatif

Sa présence signe le diagnostic, il a donné son nom à la schizophrénie (skhizein : couper, phren : cerveau, pensée).

Il s'agit d'un dysfonctionnement brutal ou progressif de la vie psychique qui donne au comportement du sujet une tonalité étrange, bizarre et discordante. (discordance : expression comportementale de la dissociation idéo-affective). La dissociation peut être décrite comme un défaut d'intégration synthétique ou comme un relâchement des processus associatifs entre idées, attitude et affectivité. Ce syndrome confère à la pensée, aux émotions, ou au comportement du sujet une dysharmonie voire une incohérence. Ce processus de désorganisation de la personnalité est donc susceptible d'affecter tous les secteurs de la vie psychique.

- sphère intellectuelle :

On constate une diminution très précoce des performances scolaires et/ou professionnelles.

◆ troubles du cours de la pensée :

- un symptôme pathognomonique : les barrages (brève suspension du discours, non motivée, dont le sujet est conscient (à la différence des absences) mais à laquelle il est indifférent). Parfois, le discours ralentit simplement et le volume sonore se réduit progressivement; il s'agit alors d'un fading.

- relâchement des associations d'idées (les propos ne sont pas organisés de façon logique et cohérente), le discours est peu compréhensible, sans idée directrice, les propos sont elliptiques, la pensée est dite diffluente.

◆ troubles du contenu de la pensée :

- appauvrissement des idées.
- altération du système logique (propos hermétiques, parfois incompréhensibles, illogiques ; explications pseudo-logiques : rationalisme morbide ; pensée abstraite, floue).
- altération des capacités d'abstraction (difficultés à expliquer des proverbes, interprétation des propos au premier degré).

◆ troubles du langage :

- maniérisme (vocabulaire précieux, décalé, concret).
- invention de mots (néologismes).
- la syntaxe peut être altérée.
- usage de mots inappropriés au contexte (paralogisme).

Lorsque ces troubles sont importants, le langage peut perdre sa valeur de communication, il s'agit alors d'une schizophasie.

Il peut également exister des phases de mutisme.

- sphère affective

- ◆ ambivalence (coexistence simultanée de sentiments contraires) se traduisant par des attitudes et des propos bizarres ou incongrus (agressivité brutale inexplicée, affects inappropriés aux circonstances, réactions affectives paradoxales et imprévisibles).
- ◆ émoussement affectif, très fréquent, même en dehors des phases aiguës. Certains auteurs en font un facteur de mauvais pronostic lorsqu'il est présent. Il est peu amélioré par le traitement neuroleptique (froideur du contact, indifférence, insensibilité aux réactions d'autrui).
- ◆ perte de l'élan vital : desintérêt, inertie, perte de la motivation (athymhormie).
- ◆ parfois négativisme (refus du contact).

- sphère motrice

Le comportement apparaît étrange, bizarre avec parfois des actes dangereux hétéro ou auto-agressifs.

Il existe une réduction d'activité avec une perte d'initiative, de spontanéité (apragmatisme). Le sujet éprouve des difficultés à organiser des tâches complexes.

- ◆ comportement discordant.
 - maniérisme gestuel (préciosité, attitudes empruntées).
 - sourires immotivés.
 - négativisme ou comportement d'opposition.
 - décharges motrices imprévisibles ou impulsions paradoxales (gestes violents, cris ...) : parakinésies.
 - stéréotypies motrices ou gestuelles ; on peut également observer des gestes (ou mimiques) parasites ou en écho (mimant l'interlocuteur).

- ◆ troubles du tonus.
 - catalepsie (flexibilité cireuse avec maintien des attitudes).
 - catatonie (rare). Il s'agit d'une réduction globale de l'activité avec mutisme et immobilité, conservation des attitudes imposées (ou au contraire hypertonie) contrastant avec des décharges impulsives verbales ou motrices.

1.2. Un syndrome délirant paranoïde ou non systématisé.

Il est fréquent mais pas toujours manifeste. Le sujet peut être réticent à exprimer son délire. L'observation du comportement est alors importante (attitudes d'écoute par exemple).

Les manifestations délirantes n'ont pas de spécificité particulière en ce qui concerne leurs thèmes et leurs mécanismes.

◆ Mécanismes

Les mécanismes hallucinatoires psycho-sensoriels sont souvent au premier plan du tableau clinique :

- hallucinations auditives verbales surtout.
- hallucinations intra-psychiques (sensation de pensée étrangère introduite dans l'esprit).
- hallucinations olfactives, cénesthésiques.
- les hallucinations visuelles sont plus rares.

Le syndrome d'automatisme mental (décrit par Clérembault) est particulièrement fréquent. Il s'agit du fonctionnement automatique et dissident de la totalité ou d'une partie de la pensée. Il associe :

- vol et devinement de la pensée
- commentaires de la pensée, des actes
- écho de la pensée
- pensées ou actes imposés (parfois à l'origine d'actes dangereux).

D'autres mécanismes délirants sont souvent présents : intuition, interprétation, imagination.

Parfois, au début, il peut s'agir d'un simple sentiment d'étrangeté (monde différent, factice), avec souvent un sentiment d'hostilité ambiante.

◆ Thèmes

Les thèmes délirants sont très polymorphes. On note la fréquence des thèmes persécutifs, mystiques, érotomaniaques, hypochondriaques, mégalomaniaques, d'influence, de référence.

Des thèmes de transformation corporelle (dysmorphophobie) (le sujet peut passer beaucoup de temps à se regarder dans le miroir : signe du miroir), des troubles de l'identité du sujet lui-même (recherche d'identité) ou des troubles de l'identité sexuelle (conduisant parfois à des tentatives de mutilation) sont fréquents et fortement évocateurs du diagnostic.

Les thèmes sont vécus dans une angoisse intense, peu accessible à la réassurance, et le sujet à parfois l'impression d'être dévitalisé ou morcelé (angoisse de morcellement).

◆ Organisation du délire

L'absence d'organisation du délire (délire non structuré ou non systématisé) est caractéristique de la schizophrénie. Ce délire flou et incohérent est qualifié de paranoïde par opposition au délire paranoïaque qui, lui, est logique, cohérent et structuré.

1.3. Le repli

Le terme de schizophrénie implique une rupture dans la vie psychique du sujet (dissociation) mais également entre le sujet et le monde environnant. Il s'agit d'un repli sur soi se manifestant par :

- un retrait social actif [isolement social, apragmatisme conduisant parfois à l'incurie (le sujet ne se lave plus, ne mange plus ...)]
- le sujet est lointain, distant, son regard est ailleurs.
- une pensée secrète, illogique, non subordonnée au principe de réalité, il s'agit d'une pensée magique, peu communicable.

1.4. Des troubles de l'humeur sont fréquemment associés (fréquence des symptômes dépressifs lors des phases aiguës ou parfois au décours de celles-ci).

Les symptômes décrits peuvent également être regroupés d'une autre manière, plus classiquement utilisée par les anglo-saxons.

On distingue ainsi des symptômes négatifs et positifs.

Les symptômes négatifs seraient au cœur du processus pathologique, selon certains auteurs. Ils correspondent à une perte ou à une diminution de fonction. Il s'agit essentiellement de l'érousement affectif, du retrait social et de la perte de l'élan vital.

Les symptômes positifs correspondent à un gain de fonction par rapport au fonctionnement cérébral habituel. Ils comprennent le délire, les hallucinations et la désorganisation de la pensée. Cependant, certains auteurs classent la désorganisation de la pensée à part des symptômes positifs et négatifs.

2. FORMES CLINIQUES

2.1. Les formes de début

Elles sont très diverses et parfois trompeuses.

2.1.1. le début peut être brutal.

Il s'agit principalement d'une expérience délirante, moins souvent d'un trouble de l'humeur.

- bouffée délirante aiguë

Il s'agit de l'apparition d'un délire en quelques jours ou semaines, à l'origine de troubles du comportement. La bouffée délirante, telle que décrite dans l'école française, a une évolution le plus souvent favorable. Cependant, environ 30 % des bouffées délirantes évoluent vers une schizophrénie. Des facteurs de mauvais pronostic ont été décrits. Une évolution subaiguë, des troubles du comportement préexistants (personnalité introvertie ou schizoïde, désinvestissement scolaire ou professionnel, isolement social), un syndrome dissociatif, une mauvaise réponse au traitement neuroleptique, une pauvreté du délire, l'absence de facteur déclenchant sont des indices de mauvais pronostic mais seul le critère évolutif, après plusieurs mois d'évolution, permettra de trancher.

- manie et dépression atypique

L'existence d'hallucinations, d'une bizarrerie, d'incohérences, d'un délire non congruent à l'humeur, d'une froideur des affects avec détachement ou d'une excitation sans réelle euphorie peuvent faire évoquer le diagnostic de schizophrénie. Il faut toutefois noter que, chez l'adolescent et l'adulte jeune, la manie ou la mélancolie peuvent s'accompagner d'un délire intense, parfois au premier plan.

- trouble du comportement

Une tentative de suicide, une fugue, un voyage pathologique ou un acte médico-légal (souvent dans un contexte délirant) peuvent être inauguraux.

2.1.2. Le début est le plus souvent progressif, insidieux et difficile à distinguer des troubles du comportement qui peuvent être associés à l'adolescence. On recherchera alors :

- un fléchissement scolaire inexpliqué, un engouement récent pour les phénomènes paranormaux,
- un retrait social, une modification de l'affectivité, une froideur du contact ou une indifférence,
- des troubles du comportement inhabituels et bizarres (négligence corporelle, modification du comportement alimentaire ou sexuel, fugues, marginalisation, inversion du rythme de vie (vie nocturne),
- l'apparition de conduites addictives (alcoolisme ou toxicomanie),
- l'apparition de symptômes pseudo-névrotiques : phobies atypiques : éreuthophobie (peur de rougir en public) ou nosophobie (peur de maladies) ; obsessions inhabituelles (hypochondriaques ou abstraites, associées à des rituels bizarres) ; agoraphobie sous-tendue par des idées délirantes de référence ; des symptômes hystériques atypiques par la froideur du sujet,
- un sentiment de dépersonnalisation (dysmorphophobie, signe du miroir, angoisse de morcellement avec peur de perte de l'intégrité corporelle, des troubles de l'identité) ou, de façon moins importante, de déréalisation (impression d'étrangeté et parfois d'hostilité du monde environnant).

2.1. Les formes cliniques symptomatiques

Elles sont nombreuses et confèrent une certaine hétérogénéité au tableau de schizophrénie. L'évolution de la maladie et l'efficacité du traitement diffèrent souvent entre les formes cliniques mais il peut exister des passages d'une forme clinique à une autre.

Les formes cliniques les plus classiquement retrouvées sont :

2.1.1 **Paranoïde** (ou productive)

Plus fréquente, elle débute un peu plus tardivement que les formes hébéphrénique ou catatonique. Le délire prédomine. La réponse au traitement neuroleptique est généralement satisfaisante et l'appauvrissement de la vie psychique est moindre. L'évolution se fait par poussées dites processuelles, entrecoupées de périodes de rémission plus ou moins complètes du délire. Parfois, elle peut présenter une évolution continue avec enkystement du délire.

2.1.2. **Hébéphrénique** (20 % des cas)

Elle débute en règle générale insidieusement au cours ou au décours de l'adolescence. Une personnalité prémorbide schizoïde est parfois retrouvée. La dissociation et l'autisme prédominent. Les perturbations du fonctionnement intellectuel (troubles du contenu et du cours de la pensée, troubles du langage, troubles de l'attention et de la concentration) ainsi que l'émoussement affectif avec retrait social sont au premier plan. Le délire est pauvre ou parfois absent. Le pronostic évolutif, malgré le traitement neuroleptique est souvent défavorable et la désinsertion socio-professionnelle habituelle.

2.1.3. **Catatonique**

Elle n'a pratiquement plus qu'un intérêt historique. La désorganisation motrice prédomine et se produit par un aspect statufié ou catatonie. Elle partage le même devenir que la forme précédente à laquelle elle peut d'ailleurs être associée. Le pronostic vital peut être engagé en raison du refus d'alimentation et des troubles neurovégétatifs associés.

La stabilité, au cours du temps, des trois formes cliniques précédentes est modeste, le plus souvent on parle alors de forme indifférenciée (sans prédominance de l'une des trois formes précédentes).

2.1.4. **Dysthymique** (ou schizo-affective pour les anglo-saxons)

Les poussées processuelles associent :

- un syndrome délirant au premier plan non congruent à l'humeur.
- des troubles de l'humeur (manie, dépression, état mixte).
- une évolution périodique

Entre les poussées, le sujet présente des symptômes schizophréniques, en règle générale mineurs. Elles sont caractérisées par leur sensibilité aux traitements thymorégulateurs et leur pronostic plus favorable.

2.1.5. Pseudo-psychopathique (ou héboïdophrénique)

Cette forme se caractérise essentiellement par des troubles du comportement (impulsivité, instabilité, conduites anti-sociales ou addictives et délinquance). Le comportement est bizarre et inadapté. Il existe une froideur affective et une impossibilité à s'adapter à une vie sociale normale. Des actes hétéro-agressifs, parfois graves, peuvent en compliquer l'évolution .

2.1.6. Pseudo-névrotique

Au début des troubles, le diagnostic est souvent difficile en raison de la ressemblance symptomatique avec un trouble névrotique. L'atypicité de cette symptomatologie, la présence d'un syndrome dissociatif et parfois d'idées délirantes permettent le diagnostic.

On distingue également les formes :

- simple

Le tableau de schizophrénie est très peu marqué (pensée floue, peu de contacts, bizarrerie), avec une absence de délire (parfois simple impression de devinement de la pensée ou de transmission de pensée). Cependant, ces symptômes ont un retentissement sur le fonctionnement socio-professionnel du sujet.

- résiduelle

Terme issu de la terminologie américaine. Il s'agit d'une forme de schizophrénie stabilisée dans laquelle persistent des symptômes négatifs mais où les symptômes positifs sont absents ou très atténués.

3. DIAGNOSTICS POSITIF ET DIFFÉRENTIEL

Diagnostic positif :

Le diagnostic positif repose sur l'anamnèse et l'examen clinique psychiatrique (entretien avec le sujet et sa famille).

Un bilan psychométrique évaluant l'efficacité intellectuelle (mesure du QI), une évaluation neuro-psychologique du fonctionnement du cortex préfrontal pourront également être réalisés. Des tests psychométriques de personnalité et projectifs peuvent avoir une valeur d'orientation. On recherchera systématiquement des antécédents familiaux psychiatriques. On évaluera l'adaptation prémorbide et le retentissement scolaire et professionnel.

Chez un adolescent ou un adulte délirant ou encore présentant des troubles du comportement bizarres ou des symptômes psychiatriques délirants ou encore thymiques atypiques, la question d'une schizophrénie débutante se pose. On éliminera une cause organique (neurologique ou toxique) en associant à la recherche de toxiques et à l'examen clinique, un Scanner cérébral au moindre doute.

Diagnostic différentiel :

3.1. Devant un état délirant aigu non systématisé

On peut discuter les autres diagnostics suivants :

- bouffée délirante (voir forme à début aigu)
- trouble de l'humeur délirant (manie ou dépression) (voir forme à début aigu)
- confusion mentale (dans laquelle il existe une désorientation temporo-spatiale et un trouble de la vigilance). Il faut alors éliminer une cause organique et rechercher une prise de toxiques.

3.2. Devant un état délirant chronique

On éliminera :

- un délire d'interprétation où le délire est logique, cohérent, compréhensible et le syndrome dissociatif absent.

- une psychose hallucinatoire chronique ; l'âge de survenue est plus tardif et la dissociation discrète voire absente. Rappelons que les anglo-saxons la considèrent comme une schizophrénie de début tardif.

- la paraphrénie; le mécanisme délirant prévalent est imaginatif, la dissociation discrète, l'âge de début tardif. Encore une fois, les anglo-saxons la considèrent comme une schizophrénie de début tardif.

- un trouble bipolaire. Il n'y a pas de syndrome dissociatif, les idées délirantes sont congruentes à l'humeur et les intervalles entre les accès permettent le plus souvent un retour à l'état antérieur.

- une psychose infantile, parfois difficile à distinguer d'une schizophrénie de début infantile survenant avant l'âge de 12 ans.

- certaines anomalies chromosomiques peuvent être associées à l'apparition de symptômes schizophréniques (ex. syndrome de Di George). La dysmorphie associée et le retard mental fréquent conduiront à demander une consultation génétique.

3.2. Devant une catatonie

On éliminera une mélancolie (trouble thymique prévalent, délire congruent à l'humeur) ou un syndrome malin des neuroleptiques (élévation thermique, troubles neuro-végétatifs et dysrégulation tensionnelle, élévation des CPK).

4. EVOLUTION ET PRONOSTIC

4.1. Modalités évolutives

Typiquement, la schizophrénie commence à la fin de l'adolescence. Elle débute avant 23 ans dans 50% des cas. Cependant il existe des formes de schizophrénie infantile (âge de début inférieur à 12 ans) dont la prévalence est de 1/10 000.

La maladie débute un peu plus tôt chez les hommes (de 3 à 5 ans) et l'évolution est souvent plus sévère que chez les femmes. Elle débute également un peu plus tôt dans les formes paranoïdes.

La stabilité des formes cliniques les plus habituellement décrites (paranoïde, hétéro-affectif et catatonique) est faible et le plus souvent la maladie évolue vers un tableau dans lequel aucune des trois formes ne prédomine, qualifié d'indifférencié.

Les formes paranoïdes ont plus souvent une évolution intermittente (par poussées). La forme catatonique pure est très rarement observée depuis les traitements neuroleptiques et l'amélioration de la prise en charge des patients.

Les traitements neuroleptiques ont considérablement amélioré les symptômes positifs (délires, hallucinations) alors que leur efficacité sur la symptomatologie négative (surtout l'émoussement affectif et le retrait social) est restée plus modeste.

La schizophrénie dysthymique a été individualisée par son évolution intermittente (poussées entrecoupées de rémissions partielles) et sa sensibilité aux traitements thymorégulateurs en association avec les neuroleptiques.

La schizophrénie est une maladie grave, par les troubles du comportement qu'elle implique [prévalence élevée des suicides (10% de décès par suicides), de la toxicomanie (40 à 50% des patients consomment régulièrement du haschich) et des comportements hétéro-agressifs] et, également par le handicap fonctionnel qu'elle engendre. L'introduction des neuroleptiques, au cours des années 1960, a permis de limiter la durée d'hospitalisation des patients, mais la prise en charge reste très lourde. Elle nécessite un important suivi, à l'aide des structures du secteur psychiatrique, et de nombreuses réhospitalisations. Le bénéfice thérapeutique à long terme est encore insuffisant (seulement 20% à 30% des malades exercent une activité professionnelle). Les sujets atteints de schizophrénie représentent environ 30 % des patients hospitalisés en institution psychiatrique. La rapidité avec lequel le traitement neuroleptique est instauré contribue à améliorer le pronostic évolutif de cette maladie.

Il s'agit d'une maladie chronique dont les symptômes s'améliorent généralement avec le traitement mais dont le risque de rechute reste élevé. La durée d'évolution des symptômes est un élément du diagnostic puisqu'on considère que celle-ci doit être supérieure à six mois pour poser le diagnostic de schizophrénie.

Les anglo-saxons ont défini une forme de schizophrénie appelée résiduelle. Elle fait en général suite à un épisode aigu et constitue la modalité évolutive la plus fréquente sous traitement.

L'évolution peut parfois se faire vers une rémission complète voire définitive des symptômes (environ 20 % des cas). Cependant les auteurs qui considèrent qu'il existe des guérisons incluent des schizophrénies simples ou des bouffées délirantes aiguës [qualifiées aux USA de trouble schizophréniforme et dont on connaît le pronostic évolutif (20 à 30 % de guérison)].

L'évolution peut également être plus défavorable, avec dans environ 20 % des cas, un tableau de schizophrénie déficitaire caractérisée par un émoussement affectif au premier plan, un retrait social et une mauvaise réponse au traitement neuroleptique.

4.2. Facteurs pronostiques

En ce qui concerne les indicateurs pronostiques, on peut dire que l'évolution est d'autant plus favorable que le plus grand nombre des facteurs suivants sont réunis:

- âge de début plus tardif (âge adulte)
- début rapide
- sexe (l'évolution serait plus favorable chez les femmes ou bien la tolérance sociale serait meilleure)
- forme paranoïde (délire au premier plan)
- institution précoce du traitement neuroleptique
- bonne réponse au traitement neuroleptique
- bonne coopération du patient et de la famille
- bonne adaptation prémorbide
- présence de symptômes thymiques (schizophrénie dysthymique)
- absence d'antécédents familiaux de schizophrénie (discuté).

La sévérité de la maladie est évaluée à l'aide de la symptomatologie clinique (délire, hallucinations, émoussement affectif et retrait social, importance des troubles cognitifs), à l'aide du nombre de rechutes et de réhospitalisations et enfin à l'aide de la qualité de l'insertion socio-professionnelle et familiale du sujet (des échelles de mesure de qualité de vie sont utilisées à cette fin).

5. TRAITEMENT

Les neuroleptiques (encore appelés antipsychotiques) représentent l'élément central du traitement. Ils ont considérablement modifié le pronostic évolutif de la schizophrénie depuis leur apparition au début des années 50. Les neuroleptiques sont en général efficaces en quatre à six semaines pour contrôler les symptômes positifs de la schizophrénie. Ils permettent également de prévenir les rechutes. Par contre, leur efficacité sur les symptômes négatifs est moins nette. Au traitement pharmacologique sont associés une prise en charge psychothérapique et des mesures de réinsertion sociale.

5.1. L'hospitalisation en milieu spécialisé

Elle est nécessaire pour réaliser l'évaluation initiale lors du premier épisode psychotique et faciliter la mise en route du traitement et, ensuite, lors des phases aiguës ou en cas de risque suicidaire. Au besoin, on aura recours à une hospitalisation à la demande d'un tiers en cas de refus du patient. Exceptionnellement, il sera fait appel à l'hospitalisation d'office (en cas de danger pour autrui).

5.2. Le traitement pharmacologique

5.2.1. Les neuroleptiques (dispositif central du traitement).

Ils doivent être instaurés précocement pour améliorer le pronostic évolutif. Le traitement neuroleptique est débuté préférentiellement en milieu hospitalier lors des épisodes aigus afin de pouvoir surveiller quotidiennement l'état psychique et somatique et de corriger ou prévenir les éventuels effets secondaires du traitement. Celui-ci sera instauré à doses progressives per os ou IM (en fonction de la coopération du sujet). La prescription impose une surveillance régulière des constantes (pouls, T.A., température), de la tolérance (neurologique notamment, cardiaque pour certains neuroleptiques (E.C.G) et l'appréciation des effets thérapeutiques.

Les produits correcteurs ne seront pas administrés à titre systématique mais seulement en cas de survenue de symptômes extra-pyramidaux. Les autres effets secondaires potentiels dépendent de la molécule prescrite. Le risque d'apparition de dyskinésies tardives existe avec toutes les molécules au bout de plusieurs mois ou années de traitement mais apparaît moindre avec les nouveaux neuroleptiques.

La préférence va à la monothérapie en matière de prescription neuroleptique. Cependant, en cas d'agitation ou d'anxiété importante, un neuroleptique sédatif (Nozinan[®] ou Tercian[®]) pourra être associé de manière ponctuelle.

Le choix entre un neuroleptique classique type halopéridol (Haldol[®]) ou un neuroleptique atypique dit "de seconde génération" rispéridone (Risperdal[®]), olanzapine (Zyprexa[®]) ou encore amisulpride (Solian[®]) dépendra du prescripteur et surtout du patient (efficacité, tolérance, âge, forme clinique, traitement d'attaque ou d'entretien, notion de réponse antérieure). La tolérance des neuroleptiques de seconde génération est bien meilleure et ils seront souvent utilisés en première intention dans le traitement des premiers épisodes schizophréniques.

La posologie dépend du choix de la molécule mais, dès que la phase aiguë sera jugulée, elle sera ajustée à la dose minimale efficace afin d'en améliorer la tolérance et donc l'observance. A titre indicatif dans les formes paranoïdes, on pourra utiliser en phase aiguë 2 à 15 mg d'Haldol[®], 4 à 6 mg de Risperdal[®], 5 à 15 mg de Zyprexa[®] ou 600 à 1200 mg de Solian[®]. Dans les formes hébéphréniques ou lorsque l'émoussement affectif prédomine, on pourra utiliser 50 à 200 mg de Solian[®] ou 1 à 4 mg d'Orap[®].

La prescription de clozapine (Leponex[®]) sera réservée aux schizophrénies sévères (évolution supérieure à 2 ans) et résistantes (20 à 30 % des cas) à deux traitements neuroleptiques bien conduits prescrits successivement. La résistance sera jugée au bout de quatre à six semaines de traitement pour les symptômes délirants et de deux à trois mois pour l'émoussement affectif.

La seule contre-indication absolue des neuroleptiques est l'existence d'une hypersensibilité connue à ces molécules.

La durée du traitement sera prolongée, au moins deux ans au décours d'un premier épisode psychotique, au moins cinq ans lorsqu'il y a déjà eu plusieurs épisodes. Sous réserve de l'absence d'antécédents médico-légaux ou de rechutes fréquentes, une interruption progressive du traitement pourra alors être discutée.

En cas de mauvaise observance, on pourra avoir recours aux neuroleptiques d'action prolongée ou retard (à titre d'exemple Haldol décanoas[®] ou Piportil L4[®]) injection mensuelle IM, mais toujours après usage initial de la molécule mère.

D'autres traitements pharmacologiques peuvent parfois être associés :

5.2.2. Les antidépresseurs

Ils peuvent être prescrits lors des épisodes dépressifs, en association avec le traitement neuroleptique, à des doses en règle inférieures à celles habituellement utilisées dans le traitement des dépressions. Leur prescription doit être réservée aux psychiatres.

5.2.3. Les thymorégulateurs

Ils sont efficaces dans la prévention des rechutes des schizophrénies dysthymiques en association avec les neuroleptiques. Le lithium (Téralithe[®]) ou le valproate de sodium (Dépakote[®]) peuvent être utilisés.

5.2.4. La sismothérapie

Elle peut être utilisée dans les formes catatoniques, parfois dans les formes à forte participation thymique, ou exceptionnellement, dans les formes résistantes ou encore en cas d'intolérance aux neuroleptiques.

5.3. Les psychothérapies

Une approche psycho-sociale bien conduite, en association avec le traitement neuroleptique permettra d'améliorer significativement l'adaptation sociale, la qualité de vie et de diminuer le risque de rechute.

Une psychothérapie de soutien sera systématiquement proposée et souvent effectuée par le prescripteur ou la même équipe.

Les psychothérapies d'inspiration analytique n'ont pas fait la preuve de leur efficacité dans cette indication.

Les thérapies cognitives et/ou comportementales peuvent être proposées. Elles permettent une meilleure éducation à la maladie, une meilleure observance du traitement et l'amélioration de la gestion des événements de vie stressants ("coping"). Des thérapies en groupe peuvent être préférées aux thérapies individuelles.

Des thérapies familiales peuvent également être proposées (éducation des familles à la maladie, gestion de l'expression émotionnelle familiale).

5.4. La réhabilitation psycho-sociale

Un reclassement professionnel ou l'obtention d'un statut de travail handicapé peuvent être demandés auprès de la COTOREP. En cas de handicap plus sévère, un travail en atelier protégé ou dans un centre d'aide par le travail (CAT) peuvent être envisagés. Si le patient est incapable de travailler, il peut recevoir une indemnité (allocation adulte handicapé, AAH) et être pris en charge par l'hôpital de jour du secteur psychiatrique dont il dépend. Un travail en réseau entre les différents intervenants (médecin généraliste, psychiatre, travailleurs sociaux...) est le plus souvent nécessaire. Il peut également bénéficier d'un hébergement en appartement thérapeutique. Une protection des biens peut être nécessaire (sauvegarde de justice en période aiguë, souvent nécessité de tutelle aux prestations, curatelle ou tutelle à plus long terme).

Les associations de familles de patients et de patients jouent un rôle important, en particulier, dans l'éducation à la maladie et le soutien social.

Pour en savoir plus :

1. La schizophrénie. Recherches actuelles et perspectives. Daléry J., d'Amato T., 2^e édition, Masson, Paris, 1999, 285 p.
2. Approches contemporaines de la clinique des troubles schizophréniques. Hardy - Baylé MC et al., Encyclopédie Médico-Chirurgicale 1996, 37-282-A20
3. Données biologiques de la schizophrénie. Bonnet-Brilhault F., Thibaut F., Petit M.. Encyclopédie Médico-Chirurgicale 2001, 37-285-A17.
4. Génétique de la schizophrénie. Thibaut F., J. Libbey éditions, Paris, 2003, 146 p.
5. Conférence de consensus "Stratégies thérapeutiques à long terme dans les psychoses schizophréniques". Paris, 1994.
6. Décider pour traiter (Traduction Française de Clinical Evidence). Thibaut F., Petit M., Gozlan G., Olié J.P., Rand éditions, Paris, 2001, pp. 493-504.

DEUXIEME PARTIE : MALADIES ET GRANDS SYNDROMES

Question 278 - PSYCHOSES ET DELIRES CHRONIQUES 2. Les délires chroniques non schizophréniques

Rédaction : G. Fouldrin, R. Gourevitch, F. Baylé, F. Thibaut

Objectifs Généraux :

- *Savoir diagnostiquer une psychose et un délire chronique*
- *Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi du patient*

•

Objectifs Spécifiques :

- *Connaître les principes de l'analyse sémiologique d'un délire chronique*
- *Connaître les différentes formes de délire paranoïaque*
- *Connaître les principes du traitement des délires chroniques*

La nosographie française distingue au sein de ces états délirants trois entités pathologiques principales : les délires paranoïaques, les psychoses hallucinatoires chroniques et les paraphrénies. Cette classification a été proposée en se référant aux travaux nosographiques, réalisés essentiellement au cours du siècle dernier, par l'Ecole de Psychiatrie Française. Il n'est cependant pas certain que chacun de ces troubles corresponde à une entité pathologique distincte et de nombreux pays n'ont pas adopté cette classification.

Il existe d'autres pathologies délirantes à évolution chronique telles que l'illusion des sosies de Capgras, le délire de négation d'organes de Cotard, les délires à deux ou encore le syndrome d'Ekbom. Ces pathologies, beaucoup plus rares, ne seront pas traitées dans ce chapitre.

Ces trois états délirants ont en commun un âge de survenue tardif (début en général après 35 ans), un mécanisme délirant prépondérant caractérisant chacun d'eux (interprétation délirante pour les délires paranoïaques, hallucinatoire pour la psychose hallucinatoire chronique, imagination délirante pour la paraphrénie), une évolution chronique sans traitement contrastant parfois avec un maintien prolongé de l'intégration sociale et une absence de dissociation mentale.

1. Les délires paranoïaques

Le terme de paranoïaque qualifie à la fois un trouble de la personnalité et une pathologie délirante. Il convient donc de toujours en préciser l'attribution en terme de délire ou de trouble de la personnalité.

Les délires paranoïaques sont des états délirants chroniques, de mécanisme interprétatif et systématisé. La systématisation du délire lui confère un caractère extrêmement cohérent qui, associé à la conviction absolue et inébranlable du patient, peut entraîner l'adhésion de tiers.

Ils se développent plus volontiers chez des patients présentant un trouble de personnalité prémorbide de type paranoïaque dont les principaux traits sont représentés par l'hypertrophie du moi, la fausseté du jugement, la méfiance, la psychorigidité et l'orgueil.

Il est habituel d'identifier au sein des délires paranoïaques les délires passionnels, les délires d'interprétation et les délires de relation des sensitifs de Kretschmer.

1.1. Les délires passionnels

Les délires passionnels regroupent l'érotomanie, les délires de jalousie et les délires de revendication. Ils ont été regroupés et qualifiés de passionnels du fait de la nature des sentiments et des thèmes qui les inspirent. Ces états ont en commun d'être des états délirants chroniques débutant généralement brusquement par une interprétation ou par une intuition délirante. Ils peuvent secondairement s'enrichir de nombreuses interprétations délirantes et comportent en général une forte participation affective pouvant être à l'origine de passages à l'acte.

Les délires passionnels ont une construction dite "en secteur" car ils ne s'étendent pas à l'ensemble de la vie psychique, affective ou relationnelle du sujet et les idées délirantes restent centrées sur l'objet et la thématique quasi unique du délire.

- L'érotomanie ou l'illusion délirante d'être aimé :

La description clinique définitive de ce trouble a été réalisée en 1921 par Clérambault.

Le délire érotomaniaque touche plus fréquemment des femmes et l'objet de l'érotomanie tient souvent une position sociale élevée et enviée (prêtres, médecins...). Ce trouble débute par un postulat fondamental, formé par une intuition délirante, au cours duquel l'objet de l'érotomanie déclarerait son amour.

L'évolution de l'érotomanie se fait en trois stades successifs : espoir, dépit, rancune. Au cours de ces deux derniers stades, des actes auto et surtout hétéroagressifs sont à craindre.

- Le délire de jalousie :

Le délire de jalousie touche essentiellement des hommes. Il s'installe le plus souvent de façon insidieuse et va se nourrir et se développer aux dépens d'évènements anodins qui feront l'objet d'interprétations délirantes.

Il s'associe régulièrement à un alcoolisme chronique qui peut dans certains cas favoriser la survenue d'un passage à l'acte.

- Les délires de revendication :

Ce type de délire passionnel regroupe :

- les « inventeurs méconnus » qui cherchent au travers d'innombrables démarches à obtenir la reconnaissance que la société leur refuse,
- les « quérulents processifs » qui multiplient les procédures judiciaires,
- les « idéalistes passionnés » qui cherchent à transmettre leurs convictions.

1.2. Le délire d'interprétation de Sérieux et Capgras

Les délires d'interprétation se développent le plus souvent chez des patients présentant une personnalité pathologique de type paranoïaque. Ils peuvent survenir brutalement, faisant suite à un facteur déclenchant, ou s'installer de façon insidieuse. Ce type de délire peut se structurer et évoluer durant des années. Les interprétations délirantes sont nombreuses et tous les événements rencontrés par le sujet seront rattachés au système délirant. Il n'y a plus de hasard dans la vie du sujet. La structure de ce type de délire est dite « en réseau » puisque tous les domaines (affectif, relationnel et psychique) de la vie du sujet sont envahis par les idées délirantes.

Les thématiques les plus régulièrement rencontrées sont celles de persécution et de préjudice.

1.3. Le délire de relation des sensitifs de Kretschmer

Ce délire, décrit par Kretschmer en 1919, se développe chez des sujets présentant une personnalité prémorbide de type sensitive. On ne retrouve pas dans les personnalités qualifiées de sensibles ou sensibles l'hyperestime de soi ou la quérulence qui caractérisent les autres types de personnalités paranoïaques. Elles présentent par contre orgueil, sens des valeurs et de la morale, vulnérabilité et tendance à interioriser douloureusement les échecs relationnels et affectifs qu'elles rencontrent.

Sur ce type de personnalité, le délire émerge en général progressivement dans les suites de déceptions. Il se construit sur des interprétations délirantes et les thématiques les plus fréquemment rencontrées sont celles de persécution, de préjudice, de mépris ou d'atteinte des valeurs morales. Ce délire se systématisé peu et s'étend rarement au-delà du cercle relationnel proche du sujet (collègues, famille, voisins). Il peut se compliquer d'évolution dépressive.

1.4. Principes de traitement des délires paranoïaques

Il n'est pas aisé de traiter un patient atteint d'un délire paranoïaque. Ces organisations délirantes font rarement l'objet de remise en question par le sujet qui en souffre et il va falloir savoir amener un patient, qui ne se considère pas comme malade mais plus comme victime, à accepter des soins.

- Problème de l'hospitalisation :

L'hospitalisation de ces patients est en général assez rare, les soins ambulatoires étant à privilégier au maximum, et en général dans deux types de situations particulières :

◆ lors d'une exacerbation anxieuse ou d'une décompensation dépressive.

◆ lorsque la dangerosité du patient est importante. Il est toujours important d'évaluer chez ces patients le potentiel de dangerosité (présence d'un persécuteur désigné, imminence d'un passage à l'acte, impossibilité de différer l'acte auto ou hétéro agressif et d'envisager des solutions alternatives). Dans ce cas, l'hospitalisation se fait plutôt selon le mode de l'Hospitalisation d'Office puisque les troubles mentaux présentés constituent un danger imminent pour la sûreté des personnes. L'Hospitalisation Sur Demande d'un Tiers n'est pas recommandée dans ce cas puisque le tiers pourra faire l'objet de toute l'attention du patient et devenir le persécuteur désigné.

- Les traitements médicamenteux :

Les traitements pharmacologiques reposent essentiellement, comme dans toutes les pathologies délirantes, sur l'utilisation des neuroleptiques. A titre d'exemple :

◆ Les neuroleptiques sédatifs sont des traitements à court terme indiqués en cas d'agitation ou de menace de passage à l'acte. On utilise principalement la cyamémazine (Tercian® 50 à 200 mg par jour), la lévopromazine (Nozinan® 50 à 200 mg par jour) ou encore la chlorpromazine (Largactil® 100 à 300 mg par jour)

◆ Le traitement de fond repose sur les neuroleptiques incisifs dont l'action est inconstante sur ce type de délire. Il faut par ailleurs savoir que la tolérance de ces médicaments par ces patients est en général assez mauvaise et il est recommandé d'employer les doses les plus faibles possibles afin de concilier effets attendus et effets indésirables. A titre indicatif, on peut utiliser des neuroleptiques classiques, tels que l'halopéridol (Haldol 1 à 5 mg par jour), dont certains disposent de formes à action prolongée garanties d'une meilleure observance. Les molécules de nouvelle génération, appelées neuroleptiques à profil atypique ou antipsychotiques, sont souvent employées en première intention du fait de leur meilleure tolérance sur le plan

neurologique. Il s'agit de la rispéridone (Risperdal® 1 à 3 mg par jour), de l'amisulpride (Solian® 100 à 400 mg par jour) ou encore de l'olanzapine (Zyprexa® 2,5 à 5 mg par jour).

◆ Les antidépresseurs peuvent être indiqués en cas de décompensation dépressive lorsque le délire a été réduit par le traitement neuroleptique. Il faut les utiliser avec prudence car il est toujours possible de favoriser la réactivation de la construction délirante. Leur usage doit rester une décision du psychiatre.

◆ Les benzodiazépines trouvent leur indication dans les traitements d'appoint et de courte durée des troubles anxieux associés.

Place des psychothérapies :

Face à un patient souffrant de délire paranoïaque, il est conseillé au médecin de savoir garder des distances et de faire preuve d'honnêteté dans les soins proposés afin d'établir un climat de confiance, préalable indispensable à l'acceptation d'un traitement.

Il faut éviter d'affronter le patient et d'avoir des attitudes de rejet.

La place des psychothérapies chez ces patients est restreinte du fait de leur faible capacité de remise en question et d'introspection.

L'indication du type de thérapie dépend de la nature du délire, de l'existence de troubles de l'humeur associés, de la structure de personnalité, des capacités de remise en question et ne peut être prise que par un psychiatre.

2. La Psychose Hallucinatoire Chronique

La psychose hallucinatoire chronique a été individualisée par Ballet en 1911. Il s'agit d'un délire chronique survenant le plus souvent chez une femme (7 femmes pour 1 homme) âgée et vivant seule, de mécanisme principal hallucinatoire, sans dissociation mentale et d'évolution chronique.

Cette terminologie n'est utilisée qu'en France et on retrouve, dans les classifications internationales, une partie de ces pathologies sous le terme de schizophrénie d'apparition tardive.

2.1. Description clinique

Il est possible de retrouver un facteur déclenchant dans les semaines précédant l'éclosion du délire ainsi que des prodromes à type de troubles de l'humeur, de modifications comportementales ou caractérielles. Le début peut être brutal ou progressif.

Dans sa phase d'état, la psychose hallucinatoire chronique est caractérisée par un état délirant richement hallucinatoire. Les hallucinations peuvent toucher les cinq sens. Les hallucinations cénesthésiques (ondes, courant électrique, attouchements sexuels) et olfactives seraient plus fréquentes que dans les autres pathologies délirantes. Les thématiques les plus fréquemment rencontrées sont à contenu de persécution, sexuelle, mystique ou d'influence. Si les hallucinations représentent le mécanisme délirant principal de cette pathologie, les autres mécanismes notamment interprétatif et intuitif peuvent être retrouvés.

Le tableau clinique comporte également un automatisme mental pouvant être idéo-verbal, idéo-moteur ou idéo-sensitif.

L'évolution est en général chronique marquée par des périodes de rémission partielle ou totale du délire alternant avec des périodes de recrudescence délirante. Il a été habituel de dire que cette riche pathologie délirante s'accompagnait d'un maintien longtemps préservé de l'intégration sociale. Il faut relativiser cette affirmation. En effet, si ces patients ne connaissent pas d'évolution aussi déficitaire que les schizophrènes, ils ont le plus souvent une vie sociale ou affective très pauvre.

2.2. Principes de traitement des psychoses hallucinatoires chroniques

Il faut aménager et privilégier une relation thérapeutique basée sur la confiance afin d'amener le patient à accepter les soins.

- Place de l'hospitalisation :

La place de l'hospitalisation est marginale dans le traitement des psychoses hallucinatoires chroniques. Elle peut se faire à l'occasion d'une exacerbation délirante, d'une décompensation dépressive ou encore à l'occasion d'un bilan réalisé pour éliminer une organicité. Il faut privilégier les hospitalisations en service libre.

- Les traitements pharmacologiques :

Les psychoses hallucinatoires chroniques sont améliorées par la prescription de neuroleptiques incisifs à faible posologie. Le délire peut entièrement régresser ou persister sous une forme atténuée, mieux tolérée par le malade. Il faudra, surtout si le sujet est âgé, privilégier l'emploi de molécules peu anticholinergiques, réduire au minimum la posologie et

fractionner les prises dans la journée afin d'améliorer la tolérance.

Quelques exemples de traitements sont donnés à titre indicatif ci-dessous :

- ◆ halopéridol (Haldol 1 à 5 mg par jour) avec éventuellement relais par la forme à action prolongée (Haldol Décanoas®).
- ◆ rispéridone (Risperdal® 1 à 3 mg par jour)
- ◆ amisulpride (Solian® 100 à 400 mg par jour)
- ◆ olanzapine (Zyprexa® 2,5 à 5 mg par jour).

- Place des psychothérapies :

◆ Les thérapies de soutien visent à encourager le patient à gérer des conflits présents, à mieux connaître les facteurs responsables d'aggravation délirante (arrêt du traitement, stress important...) et à tolérer les symptômes délirants résiduels.

◆ Les thérapies cognitives ont pour but de permettre au patient de mieux contrôler et comprendre son expression délirante.

◆ Les thérapies d'orientation analytique ne trouvent habituellement aucune indication dans ce type de pathologie.

3. Les paraphrénies

3.1. Description clinique

Les paraphrénies sont des délires rares dont le mécanisme délirant prédominant est l'imagination délirante. Il s'agit de délires sans dissociation mentale, d'évolution chronique et survenant chez des sujets âgés.

Le début est le plus souvent progressif, marqué par l'apparition de troubles du comportement, de bizarreries ou de troubles affectifs.

Le délire, dont le mécanisme est imaginatif, prend l'aspect de rêveries, de contes ou encore de fiction. Les thématiques cosmiques et fantastiques seraient plus fréquentes. Ce système délirant coexiste le plus souvent avec une pensée normale et les fonctions intellectuelles du patient sont préservées.

Deux formes sémiologiques avaient été individualisées :

◆ la paraphrénie imaginative de mécanisme imaginatif exclusif.

◆ la paraphrénie fantastique qui associe au mécanisme délirant principal imaginatif d'autres mécanismes notamment hallucinatoire et parfois un automatisme mental.

3.2. Principes de traitement des paraphrénies

Les délires imaginatifs sont peu sensibles aux traitements neuroleptiques. Les principes de traitement sont les mêmes que ceux des psychoses hallucinatoires chroniques.

Les principaux diagnostics différentiels des délires chroniques à envisager :

- *Diagnostics différentiels psychiatriques :*

◆ les délires chroniques du sujet âgé se différencient entre eux essentiellement par le type de mécanisme délirant prédominant (interprétatif, hallucinatoire ou imaginatif).

◆ La schizophrénie est une pathologie hallucinatoire avec automatisme mental, d'évolution chronique, qui survient chez des patients plus jeunes. Elle peut comporter des interprétations délirantes mais le délire est alors flou, peu cohérent et non systématisé. Les patients peuvent de plus présenter des troubles affectant le comportement, le langage et l'affectivité rentrant dans le cadre de la dissociation mentale.

◆ les bouffées délirantes aiguës sont principalement des pathologies hallucinatoires avec automatisme mental survenant chez des sujets jeunes dont l'évolution se fait le plus souvent vers la guérison sans séquelle en quelques semaines.

◆ Les troubles thymiques peuvent comporter des éléments délirants de mécanisme interprétatif. Le diagnostic sera posé sur la présence initial d'un trouble thymique et sur le fait que la thématique délirante sera congruente à la tonalité de l'humeur.

- *Diagnostics différentiels organiques :*

En présence d'hallucinations :

◆ On éliminera un syndrome confusionnel et ses principales étiologies.

◆ Devant la présence d'hallucinations olfactives, on recherchera une épilepsie partielle temporale, ainsi qu'une tumeur osseuse de la lame criblée de l'ethmoïde.

◆ Devant la présence d'hallucinations visuelles on cherchera (en plus des causes de confusion mentale) une pathologie neurodégénérative à type de démence à corps de Lewy (surtout en cas d'association d'une symptomatologie extrapyramidale en l'absence de traitement neuroleptique et de signes de

détérioration cognitive), une thyroïdite d'Hashimoto (très rare) ou encore une tumeur cérébrale.

Lorsqu'il s'agit d'un délire interprétatif :

◆ Il faudra songer à chercher principalement, notamment chez les sujets âgés, un début de pathologie neurodégénérative. Les interprétations délirantes accompagnent fréquemment l'apparition de troubles mnésiques ou de la compréhension.

◆ Les encéphalopathies alcooliques telles que le syndrome de Korsakoff peuvent comporter quelques interprétations.

◆ Des tumeurs cérébrales, notamment de localisation frontale, peuvent donner des tableaux cliniques de délire paranoïaque à type d'érotomanie

POUR EN SAVOIR PLUS

Lanteri-Laura G et Tevissen R, EMC de Psychiatrie, Les psychoses délirantes chroniques en dehors de la schizophrénie. 1997, 37-299 D10.

DEUXIEME PARTIE : MALADIES ET GRANDS SYNDROMES

Question 285

Trouble de l'humeur. Psychose maniaco-dépressive

Rédaction : G. Fouldrin, F.J. Baylé, R. Dardennes, F. Thibaut

Relecture : M-C. Hardy-Bayle

Objectifs pédagogiques généraux

- Savoir reconnaître et diagnostiquer un trouble de l'humeur, trouble dépressif et trouble maniaque
- Connaître les diverses modalités d'évolution des troubles de l'humeur
- Connaître les modalités de traitement et de prise en charge de ces troubles

Objectifs pédagogiques spécifiques

Epidémiologie

- Connaître la fréquence des états dépressifs et du suicide chez les sujets déprimés
- Connaître le pourcentage de réponse aux traitements, de récurrence et de chronicisation
- Connaître les principales données de l'épidémiologie analytique des états dépressifs (sexe, âge)
- Connaître les aspects socioéconomiques et culturels de l'épidémiologie analytique des états dépressifs
- Connaître la prévalence du trouble bipolaire de l'humeur

Diagnostic

- Connaître les différents modes d'expression clinique d'altération pathologique de l'humeur (dépression majeure, hypomanie, accès maniaque, état mixte, dysthymie)
- Connaître la sémiologie d'un état maniaque
- Connaître l'existence de plusieurs sous-types de trouble bipolaire de l'humeur
- Connaître la sémiologie d'un état dépressif majeur ou caractérisé
- Connaître les spécificités liées à l'âge, au sexe, à l'environnement socioculturel
- Savoir distinguer le deuil de la dépression
- Connaître l'existence du syndrome de Cotard
- Savoir reconnaître les dépressions mélancoliques

- Connaître l'existence de dépressions iatrogènes
- Connaître l'existence des dépressions saisonnières et les dépressions secondaires à des affections organiques
- Connaître l'existence des dépressions récurrentes brèves et des dysthymies

Psychopathologie et physiopathologie

- Connaître les grandes lignes des hypothèses psychodynamiques de la dépression
- Connaître les grandes lignes des hypothèses neurobiologiques de la dépression

Prise en charge

- Connaître les situations nécessitant le recours à l'hospitalisation ou à l'avis d'un spécialiste
- Connaître les objectifs et les méthodes de la psychothérapie de soutien du patient déprimé ainsi que des autres psychothérapies
- Connaître les modalités du traitement pharmacologique de l'épisode dépressif (posologie, durée, éléments de surveillance)
- Connaître la durée de traitement antidépresseur
- Connaître les spécificités du traitement pharmacologique selon l'âge, la gravité de l'épisode
- Connaître les principes des traitements et leurs éléments de surveillance des troubles bipolaires.
- Connaître les indications de la psychothérapie

Les Psychoses Maniaco-Dépressives ou Troubles Bipolaires de l'humeur

1. Notions historiques :

Les descriptions cliniques d'épisodes maniaques et mélancoliques existent depuis l'antiquité.

Le lien fait entre ces deux syndromes et leur union au sein de l'entité clinique de psychose maniaco-dépressive est régulièrement attribuée à Kraepelin. En réalité, quelques années auparavant en 1854, Falret avait individualisé la « folie circulaire » quand Baillarger parlait de « folie à double forme ». Il est maintenant montré que depuis l'antiquité, le lien qui unissait ces syndromes était connu.

Kraepelin sera l'un des défenseurs de la notion d'étiologie endogène des psychoses. C'est en référence à cette conception étiologique qu'il persiste dans la nosographie clinique la notion d'opposition entre dépression endogène qui appartiendrait à ce groupe d'affection et dépression psychogène. Nous savons à présent que cette approche dichotomique n'est pas valide. D'une part les patients atteints d'un trouble maniaco-dépressif peuvent présenter des décompensations dépressives « psychogènes » et d'autre part la notion de psychose endogène sous-entend que l'individu, constitutionnellement prédisposé, ne pourrait échapper à l'apparition de la maladie

C'est en partie pour ces raisons que la terminologie de Psychose Maniaco-Dépressive est fortement controversée ; les anglo-saxons préférant parler de troubles bipolaires de l'humeur. Cette nouvelle dénomination a l'avantage d'insister sur le fait que le trouble thymique constitue le problème essentiel de cette pathologie et de la démarquer des psychoses chroniques notamment schizophréniques dont l'évolution est totalement différente.

2. Les dépressions mélancoliques :

2.1. Description clinique :

Il est possible de retrouver des facteurs déclenchant favorisant l'apparition d'un épisode de dépression mélancolique. L'accès mélancolique peut survenir à tout âge et s'installe le plus souvent progressivement même si quelques cas sont d'apparition brutale.

Dans sa phase d'état, le patient présente un tableau clinique de dépression sévère dans lequel toutes les dimensions de la symptomatologie dépressive sont exacerbées :

◆ Caractéristiques sémiologiques de l'humeur dépressive du mélancolique :

L'humeur est triste. Cette tristesse profonde envahit tout le champ de la conscience et se traduit par une douleur morale intense. Le patient présente des sentiments d'ennui, de dégoût, d'inutilité ou encore de désespoir.

Le patient peut présenter des idées délirantes que l'on qualifie de congruentes à l'humeur, toute la thématique du délire étant en général imprégnée par la tristesse. Il s'agit le plus souvent d'idées délirantes de ruine d'indignité, d'incurabilité, de culpabilité (le patient s'accuse d'avoir commis des

fautes, des pêchés, des crimes...). Il est possible d'observer des idées d'influence, de possession, de transformation corporelle et de damnation. Les mécanismes délirants peuvent être intuitifs, interprétatifs, imaginatifs ou hallucinatoires.

Il existe une forme particulière de mélancolie délirante appelée syndrome de Cotard. Ce syndrome décrit par Jules Cotard en 1880 se traduit le plus souvent par des idées de négation d'organes. Il s'agit en fait le plus souvent d'une négation du fonctionnement des organes (arrêt du fonctionnement des intestins, du cœur, de la respiration...) que d'une négation de l'existence des organes. Ce syndrome regroupe également les idées délirantes d'immortalité et de grandeur (ces dernières sont représentées par des impressions de grandeur de parties de corps).

◆ **Fonctionnement psychomoteur des mélancoliques :**

Le ralentissement psychomoteur du mélancolique est très marqué. Le patient peut rester assis, immobile dans une inertie totale durant des heures. La lenteur du discours et idéique correspond à la bradyphémie et la pauvreté de la mimique constitue l'hypomimie. L'inhibition peut être telle sur le plan psychomoteur que le patient peut être totalement mutique et clinophile, voire catatonique.

◆ **Signes somatiques associés :**

Leur présence est constante dans la dépression mélancolique. Les troubles du sommeil sont marqués par une insomnie totale ou avec des réveils précoces et sont en général rebelles au traitement hypnotique simple. Les troubles digestifs sont représentés par la constipation et les refus alimentaires. Il est d'ailleurs possible d'observer une perte de poids importante, des signes de carence nutritionnelle parfois même de déshydratation.

◆ **Evaluation du potentiel suicidaire :**

Il faut considérer que la dépression mélancolique s'accompagne toujours d'un potentiel suicidaire élevé et ne surtout pas se sentir rassuré par l'intensité du ralentissement psychomoteur en pensant que le patient n'aura pas la force de tenter de mettre fin à ses jours. Le désir de mort est constant et permanent et est parfois considéré par le patient comme un châtimeur ou une punition nécessaire.

Les tentatives de suicide peuvent survenir à n'importe quel moment et parfois en fin d'accès après une amélioration clinique franche.

2.2. Formes cliniques de dépression mélancoliques :

Ces formes ont été décrites en fonction de la prédominance de certains groupes de symptômes (mélancolie délirante, stuporeuse, catatonique, anxieuse). Il ne s'agit pas réellement de catégories distinctes de mélancolies.

2.3. Diagnostics différentiels :

Peu de diagnostics différentiels sont à envisager face à un épisode de dépression mélancolique. Il faut principalement discuter les autres troubles dépressifs, les psychoses et rechercher une pathologie organique :

La symptomatologie de la dépression mélancolique est en général suffisamment intense pour ne pas être confondue avec un épisode dépressif non mélancolique.

Les symptômes délirants, lorsqu'ils accompagnent un syndrome mélancolique, peuvent parfois être au premier plan (notamment chez l'adolescent) et faire évoquer à tort une bouffée délirante aiguë ou un début de schizophrénie. L'analyse de la thématique délirante est alors essentielle. Dans le cadre des dépressions mélancoliques, l'ensemble de la thématique est congruente à l'humeur triste.

Comme pour tous les épisodes dépressifs, il convient de rechercher, surtout lors d'un premier épisode, une pathologie organique ou un traitement responsables d'un tableau de dépression secondaire (nous ne présentons ci-dessous que les principales étiologies) :

- causes neurologiques : toutes les lésions cérébrales (ischémiques, tumorales, lésions inflammatoires...), notamment celles de l'hémisphère droit, peuvent donner des tableaux dépressifs. Les maladies neurodégénératives se manifestent régulièrement en début d'évolution, et avant que leur diagnostic ne soit établi, par des épisodes dépressifs.

- causes endocrinologiques : les principales pathologies responsables de dépressions secondaires sont représentées par les dysfonctionnements thyroïdiens (hyper et surtout hypothyroïdie) et surrénaliens.

- causes générales : un certain nombre d'affections générales telles que les maladies de système, les pathologies carcinologiques (estomac, pancréas), la tuberculose, et les hémopathies se traduisent parfois par des troubles dépressifs.

- causes iatrogènes : de très nombreux médicaments et toxiques provoquent des épisodes dépressifs. On retiendra notamment les corticoïdes, l'interféron alpha...

2.4. Principes de prise en charge thérapeutique des dépressions mélancoliques :

La prise en charge d'un épisode dépressif mélancolique se fait en milieu hospitalier en général dans un service de Psychiatrie. On peut recourir à un mode d'hospitalisation sous contrainte si le patient refuse les soins. Il faut limiter au maximum les risques de suicide en retirant au patient objets tranchants, ceintures...

Le bilan réalisé visera à rechercher les répercussions somatiques de l'épisode (notamment en cas de refus alimentaire prolongé), à éliminer un facteur organique responsable d'une dépression secondaire ainsi qu'éventuellement à

éliminer une contre-indication à la réalisation de sismothérapie ou à la prescription d'antidépresseurs tricycliques.

Nous ne présenterons que quelques principes et exemples de traitement médicamenteux :

La clomipramine (Anafranil®) reste dans cette indication le traitement médicamenteux de référence permettant d'obtenir le plus de rémissions complètes. La voie d'administration peut être orale ou parentérale. Après avoir éliminé les contre-indications classiques à la prescription des antidépresseurs tricycliques (glaucome à angle fermé, adénome de la prostate et troubles de la conduction cardiaques...), il est recommandé d'augmenter la posologie progressivement par paliers de 25 mg tous les jours jusqu'à l'obtention d'une posologie de 100 à 150 mg par jour. Il faut souligner que parmi les « nouveaux » antidépresseurs seule la venlafaxine (Effexor®) a obtenu en France une Autorisation de Mise sur le Marché dans cette indication.

Lorsque le patient présente un tableau clinique de mélancolie délirante, il est recommandé d'associer à l'antidépresseur une petite dose de neuroleptique comme par exemple l'amisulpride (Solian® 50 à 100 mg par jour) ; cette association permet de potentialiser l'action de l'antidépresseur. Elle doit cependant être réalisée avec prudence, notamment chez le sujet âgé, car elle accentue des modifications de l'ECG (allongement du segment QT) pouvant favoriser l'apparition de troubles du rythme cardiaque.

La prescription de traitements sédatifs est nécessaire pour apaiser l'angoisse des patients, corriger les troubles du sommeil et prévenir la survenue d'un geste suicidaire. Des neuroleptiques sédatifs comme la cyamémazine (Tercian® 50 à 150 mg / j) ou la lévopromazine (Nozinan® 50 à 150 mg / j) ont l'indication : association avec un antidépresseur dans les dépressions graves.

Il est également possible de leur adjoindre des benzodiazépines. Les molécules dont la demi-vie est courte sont à éviter car elles augmentent le risque de dépendance et de sevrage.

La sismothérapie ou électroconvulsivothérapie est indiquée en cas de résistance ou de contre-indication au traitement médicamenteux. Elle peut également être indiquée d'emblée en cas de mélancolie délirante, stuporeuse ou de refus de soins et d'alimentation mettant en jeu le pronostic vital.

Elle consiste à déclencher une crise d'épilepsie généralisée d'au moins 30 secondes par la diffusion d'un faible courant électrique au niveau cérébral. Elle est réalisée sous anesthésie générale au rythme de 2 à 3 séances par semaine et la guérison est obtenue en 8 à 12 séances. La sismothérapie représente le plus efficace des traitements antidépresseurs avec 80 à 85 % de rémission.

Les contre-indications à la sismothérapie sont représentées par celles de l'anesthésie générale, par la présence de lésions vasculaires ou tissulaires intracrâniennes ainsi que par la présence d'un anévrisme de l'aorte abdominale. Il faudra donc réaliser en plus du bilan et de la consultation pré-anesthésique une échographie abdominale, un scanner cérébral avec injection.

Il existe un certain nombre d'effets indésirables de la sismothérapie. Les plus fréquents, en dehors du risque anesthésique, sont les céphalées, les troubles mnésiques (peuvent persister plusieurs mois), les luxations de l'épaule, les tassements vertébraux chez le sujet âgé, les fractures dentaires, la sensibilisation à faire des crises d'épilepsie chez des patients prédisposés.

2.5. Evolution des dépressions mélancoliques :

Sans traitement, un épisode mélancolique dure 6 à 8 mois. La prise en charge thérapeutique permet de ramener la durée de l'épisode à 4 à 8 semaines et surtout de réduire le risque suicidaire. Les patients qui présentent des résistances au traitement médicamenteux doivent bénéficier de la réalisation de séances de sismothérapie.

Le second problème concernant l'évolution de ces dépressions consiste à savoir s'il s'agit d'un épisode unique ou d'un épisode s'intégrant dans le cadre d'un

trouble bipolaire nécessitant la prescription d'un régulateur de l'humeur comme traitement préventif.

3. Les épisodes maniaques :

3.1. Description clinique :

Les accès maniaques peuvent survenir à tout âge mais sont beaucoup plus fréquents chez les patients de 15 à 30 ans. Des facteurs déclenchants sont fréquemment rencontrés dans les jours précédant l'apparition d'un épisode maniaque. Les prodromes de l'accès maniaque doivent être recherchés. Ils ne sont pas spécifiques (irritabilité, insomnie, labilité émotionnelle) mais sont souvent retrouvés en cas de rechute et leur détection précoce permet de sensibiliser le patient et son entourage.

Les épisodes maniaques se caractérisent par un état de surexcitation des fonctions psychiques à l'origine d'une exaltation de l'humeur et d'une exacerbation pulsionnelle et affective. Certains décomposent la sémiologie des états maniaques en différentes dimensions calquées sur la sémiologie des épisodes dépressifs en opposant les symptômes.

◆ Caractéristiques de la thymie dans l'accès maniaque :

Le patient présente une exaltation de l'humeur avec euphorie. Cette hyperthymie se traduit par une euphorie et un optimisme infatigable. Il fait preuve de jovialité, plaisante fait des jeux de mots et s'amuse durant l'entretien.

Il est possible que le patient présente des idées délirantes congruentes à l'humeur. Leur thématique est marquée par la jovialité l'euphorie et l'expansivité (idées mégalomaniaques, sentiments de grandeur, de supériorité, de puissance, d'invulnérabilité, projets démesurés et capacités hors du commun...). Les mécanismes délirants sont le plus souvent l'interprétation et les intuitions délirantes. On retrouve plus rarement des hallucinations et parfois des éléments d'automatisme mental notamment chez de jeunes patients.

◆ Fonctionnement psychomoteur des maniaques :

L'excitation psychique se traduit par une accélération des processus de pensée (tachypsychie). Cette excitation se traduit par la fuite des idées, les passages du coq à l'âne et des troubles de la concentration et de l'attention, il existe une logorrhée difficile à contrôler. Sur le plan moteur, le patient a fréquemment une présentation débraillée, extravagante et l'hyperactivité est importante et souvent non productive. Il est possible d'observer des troubles

des conduites sociales (mises en danger, conduites de désinhibition, en particulier sexuelle, dépenses excessives...).

◆ **Signes somatiques associés :**

Le signe le plus fréquemment rencontré est l'insomnie totale sans fatigue. Les patients peuvent présenter une hyperphagie, une hypersexualité, et parfois des troubles à type de déshydratation.

3.2. **Formes cliniques des accès maniaques :**

Quelques formes cliniques méritent d'être détaillées compte tenu de leurs particularités sémiologiques.

◆ **L'hypomanie** : elle correspond à une forme atténuée de manie. L'hyperactivité reste productive et les répercussions sociales sont limitées. Cet état constitue cependant une rupture avec l'état antérieur et à l'accélération des processus psychiques et l'euphorie s'associe une réduction du sommeil. Cet état risque d'évoluer sans traitement vers un authentique accès maniaque.

◆ **La manie délirante** : elle peut prendre notamment chez le jeune adulte et l'adolescent l'aspect d'une bouffée délirante aiguë à l'origine de confusion diagnostique et thérapeutique. Chez ces patients, le délire est souvent au premier plan de la clinique et l'euphorie peut être remplacée par de l'irritabilité et de l'agressivité. Il faut également noter que des symptômes appartenant à l'automatisme mental peuvent être observés dans les manies délirantes.

◆ **Les états mixtes** : ils se caractérisent par la présence simultanée des symptômes maniaques et dépressifs pendant une durée d'au moins une semaine.

La fureur maniaque : représentée par un état d'agitation et de violence extrême ne s'observe presque plus.

◆ **Particularités sémiologiques liées à l'âge** : nous ne reviendrons pas sur celles de l'adolescent ou de l'adulte jeune.. Chez le sujet âgé, l'euphorie est souvent absente et les manifestations agressives et caractérielles peuvent être au premier plan. La fréquence des états mixtes est également plus élevée chez le sujet âgé et on cherchera attentivement une cause de manie secondaire en cas de premier épisode survenant après 50 ans.

3.3. **Diagnostiques différentiels des épisodes maniaques :**

◆ **Les manies iatrogènes :**

Elles sont constituées par des épisodes maniaques déclenchés par la prise d'une substance psychostimulante. Elles durent le plus souvent le temps de

l'intoxication. On retiendra que ces accès peuvent faire suite à la prise de toxiques (cannabis, cocaïne, opiacés, ecstasy) ou de médicaments (antidépresseurs, corticostéroïdes, agonistes dopaminergiques, interféron alpha, hormones thyroïdiennes, certains anti-inflammatoires non stéroïdiens, antipaludéens, izoniazide). Ces listes correspondent aux substances les plus fréquemment retrouvées mais n'est en aucune façon limitative, de nombreuses autres molécules occasionnant des virages de l'humeur.

◆ **Les manies secondaires à une pathologie somatique :**

Cette éventualité suppose que devant tout premier syndrome maniaque des examens (cliniques et paracliniques) soient réalisés.

Sur le plan neurologique, des syndromes maniaques peuvent être symptomatiques de lésions cérébrales, de poussées inflammatoires de sclérose en plaques, d'encéphalopathies à VIH, de syphilis tertiaire, d'épilepsies partielles notamment temporales. Certains syndromes confusionnels peuvent s'accompagner de symptômes maniaques. Des affections générales telles que les hyperthyroïdies, les hypercorticismes ou encore les porphyries et la maladie de Wilson peuvent occasionner des manies secondaires.

◆ **Les manies dans le cadre du trouble schizo-affectif :**

Les troubles schizo-affectifs correspondent à l'ancienne dénomination de schizophrénie dysthymique. Ils s'observent chez des patients qui présentent une symptomatologie schizophrénique persistante entre les troubles thymiques. Leur présentation est par ailleurs souvent atypique, la symptomatologie étant incomplète.

3.4. Principes de prise en charge des manies :

Le plus souvent la prise en charge des patients maniaques se fait en milieu hospitalier spécialisé. Il est impératif de systématiquement évaluer la nécessité de réaliser une mesure de protection de biens telle qu'une sauvegarde de justice.

Le bilan réalisé a pour objectifs d'évaluer les répercussions somatiques de l'accès maniaque (par exemple sur l'état d'hydratation du patient), de rechercher l'existence d'une cause de manie secondaire et éventuellement de permettre l'instauration d'un thymorégulateur.

Le traitement médicamenteux a pour but de réduire l'exaltation de l'humeur.

Parmi les régulateurs de l'humeur, le lithium semble être celui qui soit doté de la plus grande action thérapeutique dans le traitement curatif de l'accès maniaque. Son action sur l'expansion euphorique de l'humeur est plus spécifique mais ne se

manifeste pas avant 8 à 10 jours de traitement. La dose de lithium nécessaire sera adaptée en fonction de la lithiémie plasmatique effectuée le matin, à jeun de lithium, 12h après la prise du soir et mesurée au moins 4 jours après la dernière modification du traitement. La lithiémie doit être proche de 0.8-0.9 meq/l (Téralithe 250®) ou de 1.2 meq/l (Téralithe LP 400®). La surveillance du traitement portera sur les constantes (pouls, tension artérielle, température), la tolérance neurologique et l'efficacité du traitement. Le traitement chez l'adulte de moins de 50 ans devra être débuté par 2 ou 3 cp de Téralithe 250® répartis en 2 ou 3 prises avec la prise maximale le soir ou encore par 1 ou 2 cp de Téralithe LP 400® le soir. En cas de taux sériques de lithiémie insuffisants, la dose sera augmentée par paliers de $\frac{1}{2}$ cp. Le bilan et les effets secondaires seront détaillés dans le chapitre 6.1. Afin d'éviter un surdosage en lithium, les doses seront réduites en fin d'accès maniaque.

La carbamazépine (Tégretol®) (600-1200 mg/j) et surtout le divalproate de sodium (Dépakote®) (1-2 g/j) ont également cette indication thérapeutique en cas d'intolérance ou de contre-indication au lithium.

En pratique clinique, les patients bénéficient souvent d'une association entre un thymorégulateur et un neuroleptique. Ces derniers médicaments représentent souvent la base du traitement symptomatique de l'accès maniaque. Ils permettent de contrôler rapidement les symptômes tels que l'agitation, l'excitation, l'agressivité et diminuent les éléments délirants. Les neuroleptiques sédatifs ou antiproductifs (halopéridol) peuvent être utilisés dans cette indication, mais leur usage est en général réservé aux formes sévères de manie. Les neuroleptiques atypiques seront préférés dans cette indication (rispéridone ou olanzapine). Il ne faut pas perdre de vue que ces traitements peuvent être à l'origine d'effets indésirables sérieux tels que les dyskinésies tardives ou les syndromes malins. Il faut donc dans la mesure du possible réserver leur usage au traitement symptomatique des accès maniaques et essayer de les interrompre le plus rapidement possible au décours de l'accès.

Cependant la neurotoxicité potentielle de l'association lithium-neuroleptiques impose une stricte surveillance neurologique et l'utilisation conjointe de doses modérées de neuroleptiques et d'une lithiémie strictement inférieure à 1 Meq/l. Les neuroleptiques, bien que moins spécifiques que le lithium ou d'autres thymorégulateurs dans cette indication, présentent un certain nombre d'avantages : rapidité d'action sur la réduction de l'agitation psychomotrice, existence de formes injectables qui peuvent être utiles pendant les premiers jours de traitement. Le choix du traitement sera guidé par les antécédents du patient (terrain, réponse à un traitement neuroleptique antérieur ...). L'adjonction de benzodiazépines pourra être faite pour potentialiser la sédation. Des correcteurs anticholinergiques seront réservés aux cas de mauvaise

tolérance des neuroleptiques et ne seront pas prescrits de manière systématique.

3.5. Evolution des accès maniaques :

L'évolution spontanée d'un accès maniaque sans traitement est en général de 4 à 8 semaines. Le traitement permet de réduire la durée de cet accès.

Il existe de rares cas de résistance au traitement de l'accès maniaque avec une évolution chronique du trouble. Ces formes résistantes peuvent nécessiter la réalisation de cures de sismothérapie.

4. Le diagnostic de trouble bipolaire de l'humeur :

Le fait de pouvoir poser ce diagnostic va permettre de pouvoir proposer une prise en charge spécifique visant à limiter les rechutes. Il faut retenir qu'aujourd'hui encore le retard au diagnostic concernant ce type de troubles est considérable avoisinant 5 à 10 ans. Par ailleurs sans thymorégulateur, 10 à 15 % de ces patients décèdent par suicide.

Ces dernières années, la nosologie de ces troubles a suscité beaucoup de travaux et le champ des troubles bipolaires s'est trouvé élargi. Les troubles bipolaires de l'humeur constituent ainsi un ensemble hétérogène de troubles s'étendant de la forme classique de psychose maniacodépressive correspondant au trouble bipolaire de type 1, aux notions plus controversées que représenteraient les formes atténuées de la maladie.

Nous présenterons les différentes situations cliniques au cours desquelles le diagnostic doit être envisagé et aborderons les limites de l'abord nosologique du trouble bipolaire.

4.1. Le trouble bipolaire de type I :

Il correspond à l'alternance d'épisodes dépressifs, d'accès maniaques et d'intervalles libres. Cette situation correspond à la forme typique. Toutes les combinaisons entre ces différents épisodes peuvent s'observer. Le diagnostic est facile si l'interrogatoire retrouve cette alternance.

Le problème diagnostique est plus compliqué lorsque le patient est vu au cours du premier épisode de trouble de l'humeur.

Si le premier épisode de trouble de l'humeur est un accès maniaque, il faut envisager systématiquement ce diagnostic (en dehors d'une cause organique ou toxique).

Si le premier épisode est une dépression mélancolique, il est proposé d'attendre un deuxième épisode de trouble de l'humeur avant de poser un diagnostic et d'introduire un régulateur de l'humeur. Cette attitude thérapeutique est justifiée par le fait que les dépressions mélancoliques peuvent s'observer en dehors du trouble bipolaire et que les régulateurs de l'humeur ont une action préventive modérée sur les rechutes dépressives.

4.2. Le trouble bipolaire de type II :

Il correspond à la survenue de plusieurs épisodes dépressifs alternants avec des hypomanies. En général, la morbidité inter épisodes est plus importante, les dépressions sont plus sévères et le risque de suicide est plus élevé.

4.3. Les cycles rapides :

Ils représentent une forme clinique particulière des troubles bipolaires de type I et II qui est définie par l'évolution et le nombre d'accès annuel (≥ 4 accès par an). Ces patients seraient plus souvent des femmes. Lorsque les accès des cycles durent 48 heures, on parle de cycles ultrarapides. Ils représentent 15 à 20% des troubles bipolaires. Le lithium a été accusé d'accélérer la fréquence des rechutes.

4.4. Les limites de la notion de troubles bipolaires :

Les troubles présentés dans ce paragraphe représentent pour certains des formes mineures ou atténuées de troubles bipolaires. Pour l'instant, leur appartenance au spectre des troubles bipolaires est fortement discutée au niveau international et il n'est pas justifié de préconiser une prescription systématique de régulateur de l'humeur au long cours à toutes ces personnes.

◆ La notion de tempérament et ses liens avec le trouble bipolaire :

La notion de tempérament renvoie à la clinique des traits de personnalité. Les tempéraments constitueraient des états de vulnérabilité aux troubles thymiques. Leur prévalence dans la population générale pourrait atteindre 20 %. Certains les considèrent comme des états de vulnérabilité prédisposant à l'apparition de troubles thymiques alors que d'autres pensent qu'ils constituent plus des prodromes de troubles thymiques ou encore des formes atténuées de

maladie. Quatre tempéraments différents ont été individualisés (hyperthymique, cyclothymique, dysthymique et irritable).

◆ **Le trouble bipolaire de type III :**

Le diagnostic est envisagé en cas d'épisodes maniaques ou hypomaniaques induits pharmacologiquement et en cas d'épisodes dépressifs récurrents avec des antécédents familiaux de troubles bipolaires et un tempérament hyperthymique.

◆ **Le trouble dysthymique :**

Il constitue une forme atténuée de trouble de l'humeur évoluant de façon chronique et correspondrait à un état intermédiaire entre la notion d'épisode dépressif majeur et celle d'une vulnérabilité dépressive de tempérament.

Dans la nosographie classique, ce trouble correspond aux dépressions névrotiques.

◆ **Le trouble cyclothymique :**

Ce serait une forme atténuée de trouble bipolaire de type 2 avec une alternance d'hypomanie et d'épisodes de dépressions légères.

◆ **Le trouble thymique à caractère saisonnier :**

Le pic saisonnier de ces troubles dépressifs serait en septembre octobre et ils seraient associés à une hypersomnie avec hyperphagie. La photothérapie serait efficace.

5. Principales notions d'épidémiologie et facteurs de vulnérabilité aux troubles bipolaires de l'humeur :

La prévalence en population générale du trouble bipolaire de type 1 est estimée à 1 %. Les hypomanies toucheraient 4 à 6 % de la population.

L'âge moyen de début du trouble se situe entre 15 et 30 ans. Des débuts tardifs ou, au contraire précoces dans l'enfance, dès 5 ans, sont cependant décrits.

De nombreux travaux ont démontré que la part des facteurs génétiques était importante dans l'apparition des troubles bipolaires. Le modèle physiopathologique le plus couramment admis serait celui d'un modèle multifactoriel et polygénique à effet de seuil ; plusieurs gènes mineurs auraient un effet additionnel conditionnant un état de vulnérabilité et le trouble se déclencherait lors de l'exposition à différents facteurs environnementaux.

Les événements de vie stressants sont fréquemment retrouvés dans le déclenchement des premiers épisodes, notamment dépressifs. Les expositions répétées au stress engendreraient au niveau du système nerveux central une baisse du seuil de réactivité aux stress ultérieurs. Cliniquement, cette sensibilisation se traduirait par l'apparition de décompensations thymiques pour des facteurs stressants moindres et aboutirait à terme à une véritable autonomisation du trouble bipolaire, les accès survenant sans facteur déclenchant. Cette hypothèse physiopathologique correspond à la théorie du "kindling" (embrasement), développée dans la physiopathologie de certaines formes d'épilepsie. Sa validité est actuellement sous-tendue par de nombreux travaux neurobiologiques et elle contribuerait à l'action thymorégulatrice des antiépileptiques.

6. Les traitements prophylactiques des troubles bipolaires.

La prescription d'un traitement médicamenteux prophylactique dans le trouble bipolaire représente un point fondamental de la prise en charge. Les régulateurs de l'humeur encore appelés thymorégulateurs ou stabilisateurs de l'humeur ont fait la preuve qu'ils diminuaient le risque d'apparition de nouveaux épisodes dépressifs ou maniaques. Il existe deux grandes familles de thymorégulateurs : les sels de lithium et les anticonvulsivants même si tous, parmi ces derniers, n'ont pas d'autorisation de mise sur la marché dans cette indication en France.

6.1. Le lithium :

◆ **Bilan préthérapeutique et instauration du traitement :**

Le lithium est disponible sous deux formes, le carbonate de lithium (Téralithe® 250 mg et Téralithe® LP 400) et le gluconate de lithium (Neurolithium®) qui n'est presque plus utilisé.

Avant d'instaurer un traitement à base de lithium, il est nécessaire de réaliser un bilan visant à éliminer une contre-indication :

- créatinémie, protéinurie pour éliminer une insuffisance rénale. Après 50 ans, il est préférable de réaliser en plus un dosage de la clairance rénale de la créatinine.

- ionogramme sanguin afin d'éliminer une hyponatrémie.

- ECG (en plus de l'examen clinique) afin d'éliminer une insuffisance cardiaque sévère

- THSUS afin d'écartier un dysfonctionnement thyroïdien.

- β HCG, le lithium étant contre-indiqué lors du premier trimestre de la grossesse.

Le traitement est instauré progressivement jusqu'à l'obtention d'une lithiémie plasmatique efficace (0,6 à 0,8 mEq/l pour le Téralithe 250 mg et 0,8 à 1.2 mEq / l pour le Téralithe 400 LP). Chez le sujet âgé la lithiémie sera réduite (0.4-0.6 meq/l). La demi-vie du lithium étant de 24 heures, on vérifie la lithiémie plasmatique environ 4 à 5 jours après un changement de posologie. Un antécédent familial de trouble bipolaire, le début du trouble bipolaire par un épisode maniaque, une bonne adaptation pendant les épisodes intercritiques, l'absence de cycles rapides, l'absence d'abus d'alcool ou de substances toxiques, l'absence de troubles de personnalité prémorbide, sont des facteurs positifs de réponse au lithium.

Lorsque la lithiémie est satisfaisante, les dosages sanguins sont effectués toutes les semaines pendant le premier mois, puis tous les mois pendant le premier trimestre puis tous les 2 à 3 mois.

◆ **Surveillance du traitement :**

La surveillance du traitement consiste en une surveillance clinique des effets attendus et en un dépistage des effets indésirables associés à une surveillance régulière de la lithiémie. Il est recommandé de contrôler la lithiémie tous les 3 mois lorsque le traitement est équilibré.

On dosera de façon annuelle la TSH et la créatinémie.

◆ **Effets indésirables :**

La survenue de la plupart d'entre eux dépend de la valeur de la lithiémie. Leur incidence est accrue par l'âge et la co-prescription de neuroleptiques et d'antidépresseurs.

- Troubles digestifs : ils sont fréquents en début de traitement (jusqu'à 30%). Le plus souvent il s'agit de diarrhées, de nausées, de vomissements, de douleurs épigastriques, de météorisme abdominal, de brûlures...

- Troubles neurologiques : sont essentiellement représentés par un tremblement fin, d'attitude et d'action des extrémités. Il est augmenté par la fatigue, les émotions, la caféine, l'âge du patient. Il peut nécessiter de réduire la posologie et peut être amélioré par les bêta-bloquants (propranolol). Un syndrome extrapyramidal peut être observé chez des patients traités depuis plusieurs années et nécessite de réduire la posologie. Les éléments confusionnels et la dysarthrie témoignent d'un surdosage. Les syndromes cérébelleux constituent une complication rare mais grave des intoxications au lithium. Des crises comitiales peuvent être observées.

- Troubles de la fonction rénale : un syndrome polyuro-polydipsique est observé chez 10 à 40 % des patients traités par lithium, en début de traitement. Ce syndrome est directement induit par le lithium et ne se traite pas. Le patient doit augmenter son apport de boissons pour limiter le risque de déshydratation. Le lithium pourrait induire des néphrites chroniques interstitielles notamment lorsque la lithiémie est trop élevée de façon prolongée mais la responsabilité directe du lithium reste controversée.

- Effets cardiovasculaires : ils sont représentés par des troubles de la conduction auriculo-ventriculaire, des troubles de la repolarisation, des arythmies graves et des cardiomyopathies en cas d'intoxication.

- Effets endocriniens : on peut observer un effet antithyroïdien réversible (baisse de T3 et T4 avec augmentation de TSH), un goitre euthyroïdien, une hypothyroïdie (dans 1 à 3% des cas, surtout en cas d'association avec un antidépresseur tricyclique ou une phénothiazine) qui ne nécessite pas d'arrêter le lithium. Un traitement substitutif thyroïdien est alors proposé. Les modifications sont réversibles à l'arrêt du traitement. Les hyperthyroïdies et les hyperparathyroïdies sont très rares.

- Effets métaboliques : Il peut exister une hyperglycémie en début de traitement qui se corrige par un hyperinsulinisme. Le lithium a également un effet insuline-like responsable d'une légère prise de poids (3 à 5 kg en moyenne dans 70% des cas).

- Effets hématologiques : une hyperleucocytose avec leucopénie peut être observée en début de traitement.

- Effets cutanés : ils concernent 1 % des patients traités par lithium. Il s'agit d'acné, de révélation ou d'aggravation d'un psoriasis, de prurit, d'alopécie et exceptionnellement d'éruption papulo-érythémateuse ou de rash cutané.

- Une diminution de la libido est parfois rapportée.
- Effets sur les fonctions psychiques : presque 30% des patients décrivent des troubles de l'attention, de la concentration et surtout des troubles mnésiques. L'insertion sociale des patients traités demeure cependant nettement meilleure. La diminution des activités artistiques ne s'observe que lorsque cette dernière survient lors des épisodes de manie ou d'hypomanie.

◆ **Contre-indications :**

L'insuffisance rénale sévère, l'allaitement et la grossesse de moins de trois mois (risque de malformations fœtales graves en particulier cardio-vasculaires) sont des contre-indications absolues à la prescription de lithium.

Les contre-indications relatives sont essentiellement représentées par les interactions médicamenteuses qui peuvent modifier la lithiémie ou majorer la toxicité du lithium. Tous les AINS sauf les salicylés augmentent la lithiémie. Les diurétiques, la méthyldopa, les inhibiteurs de l'enzyme de conversion et les neuroleptiques augmentent également la lithiémie. L'association à la carbamazépine (Tégréto[®]) majore la neurotoxicité des produits. L'association aux antidépresseurs sérotoninergiques peut provoquer des syndromes sérotoninergiques. L'association à la clozapine (Léponex[®]) peut donner des troubles neuropsychiques à type de désorientation, de myoclonies et de tremblements.

Dans tous ces cas, la prescription doit être prudente et nécessite une surveillance clinique et des dosages sanguins réguliers de la lithiémie plasmatique.

◆ **Les signes de surdosage :**

Les symptômes de surdosage apparaissent en général lorsque la lithiémie plasmatique dépasse 1,2 mEq/l. Les principaux symptômes sont représentés par des tremblements amples, un syndrome cérébelleux, un syndrome extrapyramidal, une dysarthrie, des troubles de la conscience (de la confusion mentale au coma), une vision floue, des troubles digestifs (nausées, vomissements, douleurs gastriques, diarrhées), des fasciculations. Le décès peut survenir par troubles du rythme cardiaque, insuffisance rénale et œdème cérébral. Ces formes sévères peuvent nécessiter une épuration extra-rénale.

Le patient et son entourage doivent être informés des symptômes et pouvoir les reconnaître précocement.

En général, on retrouve une cause ayant favorisé l'apparition de l'intoxication au lithium. On retrouve les intoxications volontaires, les circonstances favorisant les états de déshydratation (périodes de fortes chaleur, restriction hydrique, fièvre, diarrhée...), l'instauration d'un régime sans sel et des facteurs iatrogènes (diurétiques thiazidiques, anti-inflammatoires non stéroïdiens, inhibiteurs de

l'enzyme de conversion, inhibiteurs de l'angiotensine II, certains inhibiteurs calciques, digitaliques...). La carbamazépine, les neuroleptiques à fortes doses et surtout la clozapine, les antidépresseurs sérotoninergiques (risque de syndrome sérotoninergique) imposent une surveillance accrue.

6.2. La carbamazépine (Tégrétol®) :

◆ **Instauration du traitement :**

Le bilan à réaliser avant d'instaurer ce traitement comporte une NFS avec dosage des plaquettes, un ionogramme sanguin et un bilan hépatique. L'augmentation de la posologie se fait progressivement et la posologie à atteindre dans la prévention des rechutes des troubles bipolaires se situe entre 400 et 800 mg/j.

La carbamazépine est un puissant inducteur enzymatique qui modifie le métabolisme de nombreux autres médicaments ; elle risque notamment de rendre inefficace une contraception oestroprogestative.

◆ **Surveillance du traitement :**

Le dosage de la tégrétolémie peut être réalisé en cas de suspicion de surdosage, en cas d'effets indésirables et en cas de doute sur l'observance du traitement. On surveillera régulièrement la NFS, le taux de plaquettes, le ionogramme sanguin et le bilan hépatique.

◆ **Effets indésirables :**

- Effets neurologiques : Ils sont représentés par la somnolence, les vertiges, l'ataxie, la diplopie et la confusion mentale.

- Effets indésirables imposant l'arrêt du traitement : neutropénie, thrombopénie, agranulocytose, aplasie médullaire, hépatite, hyponatrémie, troubles de la conduction, éruption cutanée, maladie thromboembolique.

◆ **Signes de surdosage :**

Somnolence, tremblements, convulsions, ataxie, vertige, nystagmus, opisthotonos, coma, tachycardie, hypotension, troubles de conduction, état de choc, nausées vomissements, oligurie.

◆ **Précautions d'emploi :**

L'utilisation devra être prudente chez les sujets âgés, les conducteurs de machine, en cas d'adénome de prostate et de glaucome par fermeture de l'angle, d'insuffisance cardiaque, hépatique et rénale. Le bloc auriculo-ventriculaire, une porphyrie, une hypersensibilité à la carbamazépine, un antécédent d'hypoplasie médullaire, l'association avec des antidépresseurs IMAO représentent des contre-indications à la prescription de carbamazépine.

6.3. Le valpromide (Dépamide®) et le divalproate de sodium (Dépakote®) :

◆ **Instauration du traitement :**

Avant de débiter un de ces traitements, il faut réaliser une NFS avec dosage des plaquettes, un bilan hépatique avec un dosage du TP. A visée thymorégulatrice, le traitement sera augmenté par paliers progressifs pour atteindre 1000 à 2000 mg/j de Dépakote® ou plus rarement 2 à 6 cp par jour de Dépamide 300.

Le Dépakote (divalproate de sodium) est une association de valpromide de sodium (Dépamide®) et de valproate de sodium (Dépakine®).

◆ **Effets indésirables :**

- Hépatotoxicité : une élévation modérée et transitoire des transaminases est fréquemment observée en début de traitement. Les hépatites cytolytiques sont exceptionnelles.

- Effets neurologiques : confusion mentale, tremblements, convulsions

- Autres troubles : irrégularité menstruelle et aménorrhée, troubles digestifs, alopecie, hyperammoniémie, thrombopénie, anémie et pancréatite.

◆ **Signes de surdosage :**

Le surdosage peut donner un tableau de coma calme avec hypotonie et aréflexie.

6.4. Autres molécules pouvant être utilisées comme régulateurs de l'humeur :

En France la carbamazépine, le valpromide et le divalproate de sodium ont des autorisations de mise sur le marché à visée thymorégulatrice. D'autres anticonvulsivants semblent également être dotés d'action thymorégulatrice (lamotrigine (surtout prévention des épisodes dépressifs), gabapentine, topiramate, clonazépam).

7. Choix et efficacité des régulateurs de l'humeur dans les troubles bipolaires :

La récurrence du trouble est un facteur important à considérer dans la prescription d'un thymorégulateur, que les épisodes soient dépressifs ou maniaques, en sachant que la séquence manie puis dépression est prédictive d'une meilleure efficacité de ces traitements.

Chez les patients atteints de trouble bipolaire de type I, l'efficacité préventive du lithium a été parfaitement démontrée dans la prévention des rechutes, surtout lorsque les accès maniaques typiques sont prédominants. 70 % des patients auront une action satisfaisante sur la prévention des rechutes maniaques et 30 % sur la prévention des rechutes mélancoliques. Ils sont prescrits d'emblée aux USA lors d'un premier accès maniaque notamment lorsqu'il n'existe pas de cause de manie secondaire (prise de toxiques, lésions cérébrales, dysfonctionnement endocrinien), après au moins deux épisodes en Europe, sauf si le premier est très sévère ou s'il existe des antécédents familiaux au premier degré de trouble bipolaire. Dans 35% des cas, l'adjonction de neuroleptiques ou d'antidépresseurs sera nécessaire pour obtenir une bonne prévention. Face à un premier épisode de mélancolie, le bénéfice thérapeutique obtenu par la prescription d'un régulateur de l'humeur semble plus modéré et il est d'usage d'attendre 2 (en moins de 3 ans) voire 3 épisodes de trouble thymique avant d'initier ces traitements. Il faut souligner qu'aucun régulateur de l'humeur n'a d'effet curatif sur l'épisode de dépression mélancolique et que l'efficacité des régulateurs de l'humeur dans la prévention des rechutes dépressives demeure modeste.

Durée du traitement : Pour certains auteurs (recommandations WFSBP 2004) le traitement doit être maintenu à vie. L'interruption du traitement ne peut être envisagée raisonnablement qu'après une période de stabilisation parfaite de la maladie d'au moins 2 ans et sera réalisée sous stricte surveillance médicale. Cette interruption sera progressive (sur plusieurs semaines) pour éviter une hypomanie de sevrage. Un mauvais contrôle de la maladie dans l'année qui a précédé l'interruption, une période à risque (printemps ou automne), l'absence de contrôle médical de l'interruption, la nécessité d'adjoindre des neuroleptiques ou des antidépresseurs afin d'obtenir une prophylaxie efficace sont des facteurs de risque de rechute à l'arrêt du lithium.

La carbamazépine ou le divalproate de sodium sont utilisés dans le trouble bipolaire de type I, en cas d'efficacité insuffisante ou de mauvaise tolérance du lithium. 50 % des patients auront une action prophylactique satisfaisante dans la prévention des rechutes maniaques et 30 % dans la prévention des rechutes dépressives. Ils sont surtout préconisés lorsque le trouble bipolaire de type I est atypique ou chez les bipolaires de type II.

Le valpromide a un effet prophylactique avoisinant 40 % dans la prévention des rechutes maniaques et 30 % pour les rechutes dépressives, il demeure un traitement prophylactique de seconde, voire de troisième intention, dans le trouble bipolaire de type I.

L'olanzapine (neuroleptique atypique) a l'indication dans la prévention des rechutes du trouble bipolaire I, cependant, les risques métaboliques et le risque

d'apparition de dyskinésies tardives doivent rendre prudent quant à son utilisation prolongée.

Lorsque les dépressions sont répétées en l'absence d'épisodes maniaques, les antidépresseurs peuvent être maintenus au long cours au delà du deuxième ou troisième épisode. Des thymorégulateurs peuvent être préconisés en association avec les antidépresseurs dans les troubles bipolaires de type II et III.

Le traitement des troubles bipolaires à cycles rapides relève d'une prise en charge spécialisée.

Dans le traitement des troubles schizoaffectifs, l'association d'un thymorégulateur et d'un neuroleptique atypique est en règle utilisée.

8. L'abord psychoéducatif des troubles bipolaires :

Le patient atteint d'un trouble bipolaire doit apprendre à vivre avec une maladie chronique et l'adhésion aux soins, comme l'observance médicamenteuse, sont améliorés par la connaissance de sa maladie.

En dehors des épisodes dépressifs et maniaques, le traitement repose sur le bilan des facteurs pronostiques susceptibles d'agir sur l'état du patient et des propositions thérapeutiques pouvant y répondre.

Le bilan des autres facteurs susceptibles d'influencer le pronostic de ces troubles est essentiel afin de mettre en œuvre l'ensemble des mesures utiles pour l'obtention de l'état optimal de stabilité thymique et d'une qualité de vie satisfaisante :

- La structure psychique du patient. Une co-morbidité trouble BP- trouble de la personnalité péjore le pronostic. La prise en compte de la dynamique intra-psychique du sujet détermine en grande partie la compliance aux soins et le risque de rechute thymique aux événements de vie. L'approche cognitivo-comportementale peut être utile, notamment en l'absence d'indication ou d'engagement dans un travail psychothérapeutique du patient. En l'absence de pathologie flagrante de la personnalité ou d'une accessibilité à une approche psychothérapeutique, la psycho-éducation est essentielle, l'information du patient étant un élément essentiel de l'alliance thérapeutique qu'il est essentiel d'obtenir. La nature de l'information à transmettre, obligation de tout psychiatre à l'égard de son patient, dépend du moment évolutif du patient, de sa capacité à s'engager dans un suivi psychiatrique et de sa capacité à élaborer cet événement de vie.

- La qualité des relations entretenues avec les aidants naturels du patient, essentiellement le conjoint. L'évaluation de l'impact de la pathologie sur la dynamique du couple est essentielle. Selon le caractère fonctionnel ou dysfonctionnel de cette dynamique, l'abord de la famille se limitera à une information sur le trouble et les traitements et à un soutien psychologique en fonction des difficultés rapportées par la famille (psycho-éducation) ou imposera une approche à visée plus thérapeutique (thérapie systématique ou familiale notamment).

- Les facteurs psycho-sociaux pouvant agir sur le devenir du patient et la stabilité de son trouble devront être également pris en compte (événements de vie ou difficultés durables, notamment la qualité de l'environnement professionnel et satisfaction du patient à l'égard de cet environnement et plus globalement de ces conditions de vie). Quelques règles d'hygiène de vie simples sont à respecter pour limiter les décompensations (aucune consommation de drogues et de psychostimulants, essayer de maintenir un rythme de sommeil régulier, limiter les décalages horaires, planification de l'emploi du temps pour réduire les stress).

- Les facteurs somatiques sont également un facteur pronostique à évaluer.

DEUXIEME PARTIE : MALADIES ET GRANDS SYNDROMES

Question 286 - TROUBLES DE LA PERSONNALITE

Rédaction : O Gales, JD Guelfi, F Baylé, P Hardy

Objectifs :

- Diagnostiquer un trouble de la personnalité et apprécier son retentissement sur la vie sociale du sujet
- Identifier les situations d'urgence et planifier leur prise en charge
- Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi du patient

Objectif général

- Savoir repérer ce qui caractérise la façon d'être au monde d'un sujet selon ses pensées, ses sentiments et ses comportements (sa personnalité) et en reconnaître les anomalies dès lors qu'elles génèrent une altération du fonctionnement social ou une souffrance de l'individu ou de son entourage (trouble de personnalité ou personnalité pathologique).

Objectifs spécifiques

- Connaître les grands traits de caractères des principales personnalités pathologiques (hystérique, évitante, limite, antisociale, paranoïaque...)
- Identifier les principales modalités évolutives des personnalités pathologiques
- Savoir que les troubles de la personnalité sont associés aux autres troubles psychiatriques.

I. INTRODUCTION

La personnalité est définie comme le résultat, chez un sujet donné, de l'intégration dynamique de composantes cognitives, pulsionnelles et émotionnelles. L'agencement de ces différents facteurs constitue les traits de personnalité, à savoir les modalités relationnelles de la personne, sa façon de percevoir le monde et de se penser dans son environnement.

L'unité fonctionnelle intégrative que constitue la personnalité présente deux autres caractéristiques : elle est à la fois *stable* (la personnalité contribue à la permanence de l'individu) et *unique* (elle rend le sujet reconnaissable, distinct de tous les autres)

La personnalité ne devient pathologique que lorsqu'elle se rigidifie, entraînant des réponses inadaptées, source d'une souffrance ressentie par le sujet ou d'une altération significative du fonctionnement social. La *définition qu'en propose l'Organisation Mondiale de la Santé* dans la dixième révision de la Classification Internationale des Maladies (CIM-10) est la suivante : « Modalités de comportement profondément enracinées et durables consistant en des réactions inflexibles à des situations personnelles et sociales de nature très variée. Ils représentent des déviations extrêmes ou significatives des perceptions, des pensées, des sensations et particulièrement des relations avec autrui par rapport à celles d'un individu moyen d'une culture donnée ».

- L'étude des personnalités pathologiques s'est appuyée sur deux approches :
 - Une approche dite *dimensionnelle*, qui consiste à caractériser la personnalité d'un sujet selon un répertoire de traits de personnalité (dimensions) plus ou moins accusés : un individu peut ainsi être plus ou moins impulsif, introverti, dépendant, etc.
 - Une approche dite *catégorielle*, qui consiste à définir plusieurs types de personnalités pathologiques et à rechercher si un sujet donné présente ou non les caractéristiques d'un (ou de plusieurs) de ces types. Cette approche est celle de la clinique psychiatrique et de la CIM-10, qui a guidé les descriptions qui suivent. Celles-ci reposent sur des regroupements statistiquement validés d'attitudes et de comportement, sans préjuger des raisons pouvant expliquer ces regroupements.
- Les associations entre *troubles de la personnalité* et *pathologies psychiatriques* sont fréquente. La présence d'un trouble de la personnalité est un *facteur aggravant* d'une pathologie psychiatrique. *Les troubles de la personnalité se distinguent des symptômes des différentes pathologies psychiatriques* par le fait qu'ils apparaissent classiquement à la fin de l'adolescence, qu'ils se caractérisent par des comportements durables et stables dans le temps indépendamment des situations auxquelles se trouvent confrontés les sujets.

II. LES DIFFERENTES PERSONNALITES PATHOLOGIQUES

Il n'existe pas de consensus définitif sur le regroupement par catégories des différentes personnalités pathologiques. Classiquement, on distinguait les personnalités psychotiques des personnalités névrotiques, les personnalités psychopathiques et borderline se situant à part. Ce découpage

a été en partie repris par la classification américaine des troubles mentaux (le DSM-IV), qui distingue :

- Le groupe A, qui correspond aux personnalités "psychotiques". Il inclut les personnalités paranoïaques, schizoïdes et schizotypiques (sujets bizarres ou excentriques).
- Le groupe B, qui inclut les personnalités antisociales, borderline, histrioniques et narcissiques (sujets d'apparence théâtrale, émotifs et capricieux).
- Le groupe C, qui correspondant aux personnalités "névrotiques". Il inclut les personnalités évitantes, dépendantes et obsessionnelles compulsives (sujets anxieux et craintifs).

II.1. Personnalité paranoïaque :

A. Epidémiologie :

- 0,5 à 2,5 % de la population générale.
- 10 à 30 % de la population hospitalisée en psychiatrie.
- 2 à 10 % des consultants en psychiatrie.

B. Description clinique :

- sensibilité excessive aux échecs et aux rebuffades,
- refus de pardonner les insultes ou les préjudices et tendance rancunière tenace,
- caractère soupçonneux et tendance envahissante à déformer les événements en interprétant les actions impartiales ou amicales d'autrui comme hostiles ou méprisantes,
- sens tenace et combatif de ses propres droits légitimes hors de proportion avec la situation réelle,
- doutes répétés et injustifiés sur la fidélité du conjoint ou du partenaire,
- tendance à surévaluer sa propre importance avec perpétuelles références à soi-même,
- préoccupation par des explications sans fondement à type de conspiration.

C. Evolution :

- Ces caractéristiques en font un individu ténébreux, difficile à supporter.
- Isolement social assez fréquent.
- Risque d'épisodes psychotiques brefs ou installation d'un véritable délire paranoïaque.

D. Diagnostique différentiel :

Délire paranoïaque constitué.

II.2. Personnalité schizoïde :

A. Epidémiologie :
Hommes > femmes

B. Description clinique :

- incapacité à éprouver du plaisir,
- froideur, détachement ou émoussement de l'affectivité,
- incapacité à exprimer aussi bien des sentiments chaleureux et tendres envers les autres que de la colère,
- indifférence aux éloges comme à la critique,
- intérêt réduit pour les relations sexuelles,
- préférence marquée pour les activités solitaires,
- préoccupation excessive par l'imaginaire et l'introspection,
- désintérêt pour les relations amicales et absence d'amis proches,
- indifférence nette aux normes et conventions sociales.

C. Evolution :

Relativement stable. Peu de tendance à l'évolution.

D. Diagnostic différentiel :

- Schizophrénie.
- Syndrome d'Asperger.
- Personnalité évitante (pauvreté du contact par peur d'être rejeté).
- Personnalité schizotypique.

II.3. Personnalité schizotypique :

La CIM-10 ne considère pas ce trouble comme une variété de trouble de la personnalité, mais plutôt comme un trouble s'apparentant à la schizophrénie en raison de la fréquence accrue de schizophrénie chez les ascendants (spectre de la schizophrénie).

A. Epidémiologie :

3 % de la population générale.

B. Description clinique :

- croyance bizarre ou pensée magique influençant le comportement,
- idées de référence,
- perceptions corporelles inhabituelles,
- méfiance, idéation persécutoire,
- pensées et langage bizarres sans lien avec le groupe culturel de référence,
- vie affective pauvre,
- comportement excentrique.

C. Evolution :

La personnalité schizotypique représente, pour beaucoup d'auteurs, un mode d'entrée dans la schizophrénie ou une forme mineure de cette pathologie.

D. Diagnostic différentiel :

- Personnalité borderline.
- Schizophrénie.
- Personnalité schizoïde.

II.4. Personnalité dyssociale (ou antisociale, ou psychopathique, ou sociopathique : classique déséquilibre mental) :

A. Epidémiologie :

- 3 % des hommes, 1 % des femmes.
- 2 à 3 % de la population générale.
- Taux plus élevés en prison.

B. Description clinique :

Ce trouble est encore appelé personnalité psychopathique ou sociopathique. Il correspond à la notion classique de « déséquilibre mental ». Il est caractérisé par les manifestations suivantes :

- indifférence froide envers les sentiments d'autrui,
- attitude irresponsable manifeste et persistante, mépris des normes, des règles et des contraintes sociales,
- incapacité à maintenir durablement des relations,
- très faible tolérance à la frustration et abaissement du seuil de décharge de l'agressivité,
- incapacité à éprouver de la culpabilité ou à tirer un enseignement des expériences, notamment des sanctions,
- tendance nette à blesser autrui.

Ce trouble peut s'accompagner d'une irritabilité persistante.

C. Evolution :

- Biographie faite de *ruptures répétées* avec des conséquences sur le plan de *l'adaptation sociale* : actes médico-légaux, incarcérations ... les troubles s'amendent classiquement dans la seconde moitié de la vie.
- Les principales *complications* psychiatriques sont les abus de substances. Le risque de décès est élevé (accident, suicide). Après 40 ans, peuvent apparaître des manifestations anxieuses et/ou dépressives.

D. Diagnostic différentiel :

- Héboïdophrénie.
- Personnalité borderline, schizoïde, histrionique chez l'homme quand la mythomanie est au 1^{er} plan.

- Délinquance simple ne présentant pas les critères de la sociopathie (car inséré dans son groupe social).

II.5. Personnalité borderline (ou personnalité "limite") :

A. Epidémiologie :

- 2 % de la population générale.
- 10 % des consultants en psychiatrie.
- 20 % des patients hospitalisés en psychiatrie.

B. Description clinique :

Polymorphisme important des manifestations cliniques, aucune n'étant spécifique (elles peuvent emprunter des symptômes aux autres personnalités pathologiques).

Selon la CIM-10, la personnalité émotionnellement labile comprend deux types cliniques : le type impulsif et le type borderline ou limite marqué de plus par une perturbation de l'image de soi, des incertitudes concernant les objectifs, les valeurs, les préférences personnelles et un sentiment souvent envahissant de vide.

Les principales caractéristiques de la personnalité impulsive sont :

- l'instabilité émotionnelle et le manque de contrôle des impulsions.

Les principales caractéristiques de la personnalité borderline sont, en outre :

- la perturbation de l'image de soi,
- l'incertitude concernant les objectifs, les préférences, les choix, les valeurs,
- le sentiment envahissant de vide.

Une tendance à s'engager dans des relations intenses et instables conduit fréquemment à des crises émotionnelles et peut s'associer à des efforts démesurés pour éviter les abandons et des menaces répétées de suicide ou des gestes auto-agressifs.

C. Evolution :

- Chaotique marquée par les conséquences de l'impulsivité (addiction, prise de risques ...).
- Actes médico-légaux parfois.
- Tentatives de suicide.
- Attaque de panique avec déréalisation (état crépusculaire).
- Episodes hallucinatoires brefs.
- Dépression.

D. Diagnostic différentiel :

- Trouble de l'humeur sans trouble de la personnalité (se méfier des diagnostics hâtifs).
- Les autres troubles de la personnalité dont la personnalité antisociale, la personnalité narcissique, histrionique...

II.6. Personnalité histrionique :

A. Epidémiologie :

- 2 à 3 % de la population générale.
- 10 à 15 % des consultants en psychiatrie.

B. Description clinique :

- dramatisation, théâtralisme, hyperexpressivité émotionnelle,
- suggestibilité,
- affectivité superficielle et labile,
- désir permanent de distractions et d'activités où le sujet est le centre d'attention d'autrui,
- aspect ou comportement de séduction inappropriée,
- préoccupation excessive par le souci de plaire physiquement.

Le trouble peut s'accompagner d'un égocentrisme, d'une indulgence excessive envers soi-même, d'un désir permanent d'être apprécié, d'une tendance à être facilement blessé et d'un comportement manipulateur persistant visant à satisfaire ses propres besoins.

C. Evolution :

Variable : soit atténuation des traits avec l'âge au bénéfice d'activités gratifiantes (œuvres caritatives, bénévolat...), soit évolution marquée par le risque d'addiction, de dépression...

D. Diagnostic différentiel :

- Personnalité narcissique
- Personnalité borderline

II.7. Personnalité obsessionnelle-compulsive ou anankastique :

A. Epidémiologie :

- 1 % de la population générale.
- 3 à 10 % des consultants en psychiatrie.

B. Description clinique :

Synthèse de différents concepts dont :

- La personnalité psychasthénique de P. Janet (doutes, ruminations, prévalence de la vie intellectuelle sur les réalisations pragmatiques).
- La personnalité compulsive marquée par la vérification, la ritualisation et la parcimonie, avec un goût prononcé pour l'ordre.

La personnalité obsessionnelle-compulsive se traduit principalement par :

- indécision, doutes et prudence excessive,

- préoccupation par les détails, les règles, les inventaires, l'ordre, l'organisation, les programmes,
- perfectionnisme qui entrave l'achèvement des tâches,
- scrupulosité extrême, méticulosité et souci excessif de la productivité aux dépens de son propre plaisir et des relations interpersonnelles,
- discours recherché et attitude excessivement conformiste,
- rigidité et entêtement,
- insistance pour que les autres se conforment exactement à sa propre manière de faire ou réticence déraisonnable pour laisser les autres faire quoi que ce soit.

C. Evolution :

- Personnalité stable avec pauvreté des investissements sociaux.
- Complications dépressives, hypochondriaques, anxieuses, symptômes obsessionnels avec intrusion de pensées et d'impulsions importunes s'imposant au sujet.

D. Diagnostic différentiel :

- Trouble obsessionnel, mais, dans ce cas, présence prédominante d'idées obsédantes et de compulsions.
- Personnalité psychotique (paranoïaque ou schizoïde).

II.8. La personnalité évitante (ou personnalité anxieuse) :

Elle se caractérise par :

- un sentiment envahissant et persistant de tension et d'appréhension,
- une perception de soi comme socialement incompetent, sans attrait, inférieur,
- une préoccupation excessive par la crainte d'être critiqué, rejeté,
- un refus de nouer des relations à moins d'être certain d'être accepté sans critique,
- une restriction du style de vie résultant du besoin de sécurité,
- un évitement des activités sociales ou professionnelles impliquant des contacts avec autrui de peur d'être critiqué, rejeté.

La question des limites diagnostiques entre l'anxiété normale, la timidité, la personnalité évitante et la phobie sociale est toujours débattue.

II.9 La personnalité dépendante :

On rappelle que la classique personnalité histrionique regroupait les traits histrioniques et les traits passifs-dépendants de personnalité.

La personnalité dépendante se caractérise surtout par :

- le fait d'autoriser ou d'encourager autrui à prendre la plupart des décisions importantes à sa place,
- la subordination de ses propres besoins à ceux des personnes dont on dépend,
- la réticence à formuler des demandes - mêmes justifiées - aux personnes dont on dépend,
- un sentiment de malaise ou d'impuissance quand le sujet est seul de peur de ne pouvoir se prendre en charge,
- la préoccupation par la peur d'être abandonné,
- une capacité réduite à prendre des décisions sans être rassuré ou conseillé de manière excessive par autrui.

• **Les troubles mixtes de la personnalité :**

De nombreux sujets ont des troubles de la personnalité associant à des degrés divers des traits appartenant à plusieurs troubles distincts de la personnalité : ce sont les troubles mixtes de la personnalité ; par exemple personnalités hystéro-dépendantes, personnalités hystéro-paranoïaques, personnalités histrioniques et borderline, etc...

III. TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ ET PATHOLOGIES PSYCHIATRIQUES

Les associations entre troubles de la personnalité et troubles mentaux (comorbidité) est particulièrement fréquentes. Elles ont conduit à analyser selon plusieurs points de vue les relations entre ces deux types de pathologies :

III.1. Les troubles de la personnalité appartiennent-ils au même continuum que les pathologies psychiatriques ?

L'école psychanalytique postule l'existence d'une continuité entre la personnalité et certains troubles mentaux (névroses, notamment) : ainsi, à la personnalité obsessionnelle correspond la névrose obsessionnelle, à la personnalité hystérique, la névrose hystérique, etc.

La clinique contemporaine a pour sa part constaté :

- Qu'il n'existe pas de relation systématique entre pathologies mentales et troubles de la personnalité : un trouble obsessionnel-compulsif peut, par exemple, survenir en l'absence de personnalité pathologique ou être associé à des troubles de personnalité autres qu'obsessionnels.

- Que la distinction entre certaines pathologies mentales et certains troubles de la personnalité peut être difficile à faire : par exemple la distinction entre personnalité évitante (phobique) et phobie sociale, entre personnalité psychasthénique et trouble obsessionnel-compulsif. Certains tempéraments et certains troubles de la personnalité sont même considérés actuellement comme des formes "a minima" d'une pathologie mentale (comme faisant partie du "spectre" de la pathologie). Ainsi :
 - dans le domaine des troubles de l'humeur, les tempéraments hyperthymique, cyclothymique, dépressif, voire irritable, sont considérés comme appartenant au spectre de la maladie maniaco-dépressive ;
 - la personnalité schizotypique appartient au spectre de la maladie schizophrénique.

On considère toutefois que troubles de la personnalité et pathologies psychiatriques disposent d'une assez large autonomie. Les troubles anxieux, les troubles dépressifs, comme la plupart des pathologies mentales peuvent en effet s'associer à n'importe quel trouble de la personnalité.

III.2. Les pathologies psychiatriques ont-elles un impact sur la personnalité ?

- Le fait de souffrir d'un trouble mental sévère et durable représente, au même titre qu'une pathologie organique chronique grave, un élément susceptible de remanier profondément la personnalité des sujets. Certains traits de personnalité peuvent ainsi s'accuser : perte de confiance en soi, sentiment de manquer de secours (d'insécurité), démoralisation, pessimisme, dépendance interpersonnelle ...
- Du fait de cette interférence, il est donc souvent difficile de diagnostiquer un trouble de la personnalité chez un sujet présentant un trouble mental. Pour ce faire, il importe de se référer à la *situation prémorbide* (en s'aidant des informations fournies par l'entourage) et de réévaluer la situation *au décours de l'épisode pathologique*.

III.3. Certains troubles de la personnalité (ou certains traits de personnalité) sont-ils des facteurs de risque pour certains troubles mentaux ?

Cette hypothèse est confortée par de nombreuses études cliniques et épidémiologiques. Ainsi :

- les personnalités borderline et psychopathiques sont associées à un risque élevé de *conduites addictives et suicidaires* ;
- les personnalités borderline et hystérique se caractérisent par un risque élevé d'*anxiété* et de *dépression* ;

- la personnalité paranoïaque prédispose au *délire chronique paranoïaque* ;
- la personnalité schizoïde prédispose au développement ultérieur d'une *schizophrénie*.

III.4. Les troubles de la personnalité interfèrent-ils avec les troubles mentaux ?

Ces troubles interfèrent au niveau *sémiologique*. Ainsi :

- Les dépressions associées à une personnalité hystérique sont souvent hyperexpressives, caractérisées par une dysphorie anxieuse, une hypersensibilité au rejet, une réactivité aux événements extérieurs.
- Les traits de personnalité peuvent être amplifiés par le trouble de l'humeur.

L'existence d'un trouble de la personnalité est un facteur de *mauvais pronostic* pour la pathologie psychiatrique. Les épisodes dépressifs associés à un trouble de la personnalité sont ainsi plus souvent résistants aux traitements et évoluent davantage vers la chronicité que les autres.

BIBLIOGRAPHIE

Féline A., Guelfi J.D., Hardy P. Les troubles de la personnalité. Flammarion Médecine-Sciences éd., Paris, 2002.

DEUXIEME PARTIE : MALADIES ET GRANDS SYNDROMES

Trouble psychosomatique

Question 289

Rédaction : M. Ferreri - Fl. Ferreri - C. Agbokou - M. Lejoyeux

Le trouble psychomatique se définit comme un trouble somatique dont la dimension psychologique est prépondérante dans sa survenue et dans son évolution. Dans la définition restrictive du trouble psychosomatique, il s'agit d'une maladie comportant une altération organique. Une définition plus large inclut certains troubles dits fonctionnels tels que les conversions, les somatisations, les douleurs et le stress.

Les conceptions du trouble psychosomatique s'inspirent de deux écoles de pensée.

- L'École Psychanalytique met en avant le rôle prévalant de l'inconscient dans le déterminisme des manifestations corporelles.
- L'École Cognitivo-comportementale fait jouer un rôle majeur à l'apprentissage et aux croyances.

L'École de Paris (Fain, Marty, de Muzan) a développé une théorie rendant compte des troubles psychosomatiques : la pensée opératoire.

Cette organisation psychique se caractérise par

- un discours factuel, rationnel avec un déficit du fantasme
- une difficulté à mobiliser et exprimer ses affects, à élaborer les conflits ou à les refouler.

Le patient est focalisé sur les symptômes de son corps et ne peut s'en éloigner qu'avec difficulté pour parler de sa vie. L'évocation de ses émotions reste modeste. La relation apparaît impersonnelle, neutre. On parle de relation blanche marquée par l'absence de mots adaptés pour exprimer les émotions. Les manifestations corporelles n'ont pas de sens par rapport à la vie du sujet. Les psychosomaticiens ont pu parler de « bêtise du symptôme ». Lorsque les défenses sont débordées, la pensée opératoire augmente le risque d'un retentissement désorganisant le corps. La conception de pensée opératoire a été reprise d'une manière voisine sous le terme d'alexithymie par Sifneos. L'alexithymie se définit par l'incapacité à lire ses émotions. L'individu éprouve de la gêne à ressentir ou à parler de ses états affectifs. Sa vie imaginaire est limitée. Dans ses propos, les énoncés factuels et la description « sèche » des symptômes prédominent. Les passages à l'acte sont fréquemment utilisés pour tenter de résoudre les conflits.

La notion d'événements de vie

La théorie psychosomatique envisage également le rôle des événements de vie. Ce concept d'événement de vie qualifie l'impact d'événements stressants obligeant à un effort d'adaptation pour recouvrer un équilibre antérieur.

Selon le degré d'impact des événements sont distingués :

- les événements majeurs, éprouvants, traumatisants, pouvant entraîner un traumatisme majeur
- les événements mineurs représentés par les soucis, les tracas de la vie quotidienne, dont l'effet cumulatif peut entraîner une situation de stress et un trouble psychosomatique.

Selon le moment, sont distingués :

- les événements anciens, précoces. Ils apparaissent tôt dans la vie de l'enfant. Ils sont repérés comme traumatisants lorsqu'ils comportent une perte, un éloignement ou un décès de l'un des parents, en particulier de la mère. S'il n'y a pas de personne de substitution, ils aboutissent à une vulnérabilité qui se manifeste surtout chez l'adulte par des états dépressifs lors de situations de stress (rupture sentimentale, licenciement...)
- les événements récents. Ils peuvent précipiter la survenue d'un trouble psychosomatique.

Les facteurs de personnalité

La personnalité de type A est repérée comme déterminant la vulnérabilité dans la pathologie coronarienne. Elle est caractérisée par :

- la célérité dans l'action
- la compétitivité
- l'investissement professionnel majeur
- la modestie de la demande d'aide
- une agressivité éventuellement contenue

Ce profil de personnalité est caractérisé par une hyper-réactivité au stress. Il détermine la survenue de pathologies somatiques et de pathologies psychosomatiques.

La notion de locus de contrôle

Il distingue une attribution de la causalité des événements internes ou externes.

Le lieu de contrôle est dit interne lorsque le sujet pense être à l'origine de toutes les situations.

Le lieu de contrôle est dit externe lorsque le sujet attribue aux situations qu'il vit une cause externe qu'il ne maîtrise pas.

Un sujet dont le lieu de contrôle est fréquemment interne est davantage vulnérable dans les situations de stress et vis à vis des maladies psychosomatiques. Il pense qu'il ne peut contrôler les situations. La vulnérabilité est d'autant plus importante qu'il existe une contradiction entre les personnalités et les lieux de contrôle.

La notion de coping ou d'adaptabilité

Le coping est la capacité à faire face. Il est lié à l'évaluation subjective du sujet, à la fois de la situation et de ses compétences pour pouvoir l'aménager. Le sujet affronte la situation sachant qu'il peut la surmonter. Le fait de ne pas l'affronter ou de demander une aide de l'entourage apparaît aussi comme un mode d'adaptation.

Exemples cliniques de troubles psychosomatiques

Les troubles psychosomatiques sont étudiés dans chaque spécialité médicale. De nombreuses pathologies apparaissent comme liées aux frustrations, aux traumatismes et aux conflits. Les pathologies les plus souvent impliquées sont : les asthmes en pneumologie, les eczémas en dermatologie, les colopathies en gastroentérologie, l'aggravation des coronaropathies en cardiologie, les céphalées en neurologie, les coliques idiopathiques en pédiatrie. Chaque patient souffrant de trouble psychosomatique nécessite un abord particulier pour inscrire sa pathologie dans sa propre histoire, déterminer les principaux mécanismes et les facteurs déclenchants afin de proposer les indications thérapeutiques appropriées.

Le stress

Le stress est, selon les auteurs, considéré comme faisant ou non partie des troubles psychosomatiques. Le concept de stress précise que le sujet est en équilibre avec son milieu, selon des capacités d'adaptation variables en fonction des individus. La réaction de stress est la réponse à une sollicitation de l'environnement. Le stress normal ne dépasse pas les possibilités adaptatives du sujet. Il représente un apprentissage positif. Le stress pathologique correspond à une rupture d'équilibre entre le sujet et son milieu. Il aboutit à une désadaptation.

Trois phases de stress sont observées : la phase d'alerte, la phase de lutte et la phase d'épuisement.

1 - La phase d'alerte : le système sympathique et médullo-surrénalien sont activés. Il s'agit d'une réponse physiologique immédiate et brève marquée par la libération des catécholamines :

- adrénaline par le système sympathique

- noradrénaline par la médullo-surrénale

Le rôle des catécholamines est d'anticiper l'effort avec augmentation de la fréquence cardiaque et de la tension artérielle.

2 - **La phase de lutte** : le système hypothalamo-hypophyso-cortico-surrénalien. Il prend le relais de la réponse précédente. Sa durée est d'environ deux heures. Le système a une double fonction :

- la néoglycogénèse productrice d'énergie
- le contrôle de la réaction excessive, pathogène des autres systèmes

3 - **La phase d'épuisement** : lorsque l'adaptation dépasse les possibilités du sujet et que la réaction de stress se prolonge, apparaissent :

- un épuisement des surrénales
- une atrophie du thymus
- d'autres pathologies possibles comme les ulcères de stress.

Clinique du stress

La phase d'alerte est dominée par l'hypervigilance :

- stimulation des processus intellectuels
- stimulation des processus biologiques
- activation du comportement, notamment l'anticipation de l'action et l'élaboration d'une stratégie de réponse

La phase de lutte

Elle correspond à l'adaptation de la stratégie de réponse avec élaboration de nouvelles stratégies adaptatives pour recouvrer un nouvel équilibre avec l'environnement.

La phase de rupture

Elle correspond à une phase de désorganisation avec désadaptation du sujet à son milieu. Les capacités adaptatives sont débordées, tant dans les registres physiques, psychiques et comportementaux.

Les troubles somatoformes au sens de la classification américaine du DSM-IV

Les troubles somatoformes ne sont pas à proprement parler des troubles psychosomatiques. Ils sont cependant caractérisés par la coexistence de manifestations physiques et de symptômes psychologiques.

Trouble somatisation

Le trouble somatisation correspond à une reformulation en termes de critères diagnostiques d'une entité classique de la psychiatrie : la conversion hystérique. La définition du DSM propose un tableau clinique coupé de toute étiologie inconsciente. La définition psychanalytique classique de la conversion hystérique rattache ce symptôme à un conflit inconscient. Les critères du trouble somatisation sont les suivants :

- Des symptômes douloureux touchant au moins quatre locations ou fonctions du corps (par exemple la tête, le dos, les articulations, les extrémités, la poitrine, le rectum, les règles, les rapports sexuels, la miction).
- Des symptômes gastro-intestinaux autres que des douleurs (par exemple ballonnements, vomissements en dehors de la grossesse, diarrhée ou intolérance à plusieurs aliments différents).
- Des symptômes sexuels (par exemple, désintérêt sexuel, anomalie de l'érection ou de l'éjaculation, règles irrégulières, règles excessives, vomissements tout au long de la grossesse).
- Des symptômes pseudo-neurologiques (par exemple trouble de la coordination ou de l'équilibre, paralysie ou faiblesse musculaire localisée, difficultés de déglutition ou boule dans la gorge, aphonie, rétention urinaire, perte de la sensibilité tactile ou douloureuse, diplopie, cécité, surdité ou crises pseudoépileptiques).

Le trouble conversion

Le DSM limite la notion de conversion

- aux déficits moteurs (par exemple trouble de la coordination ou de l'équilibre, paralysie ou faiblesse musculaire),
- aux déficits sensitifs ou sensoriels (par exemple perte de sensibilité tactile, diplopie ou cécité),
- aux crises d'allure épileptique ou convulsions

L'hypocondrie

L'hypocondrie ne se rapporte que de manière indirecte aux troubles psychosomatiques. Elle représente, là encore, une situation où s'associent des manifestations physiques et psychiques. L'hypocondrie se définit par la préoccupation

centrée sur la crainte ou l'idée d'être atteint d'une maladie grave fondée sur l'interprétation erronée par le sujet de symptômes physiques. Cette préoccupation persiste malgré un bilan médical approprié et rassurant. La plupart du temps, l'hypocondriaque reconnaît que sa préoccupation est excessive ou déraisonnable. Elle n'a pas la tonalité d'un délire.

Conclusion

Les troubles psychosomatiques classiques sont des affections somatiques dont le déterminisme est principalement en rapport avec des troubles psychologiques. Parallèlement aux manifestations psychosomatiques classiques, existent de nombreuses entités « frontières » entre les phénomènes somatiques et psychiques.

En pratique, l'approche thérapeutique devra exclure une étiologie somatique : pour les allergies cela les exclut de fait et prendre en charge la dimension psychopathologique par une psychothérapie. La recherche d'une dépression, d'un trouble anxieux ou d'une conduite de dépendance à l'alcool fera elle aussi partie de l'évaluation psychiatrique de ces troubles.

PREMIERE PARTIE : MODULES TRANSDISCIPLINAIRES

Module 3 - Maturation et vulnérabilité

Question 44 - RISQUE SUICIDAIRE DE L'ADULTE : IDENTIFICATION ET PRISE EN CHARGE

Rédaction : J.P. Kahn - Relecture : J.L. Terra

Objectifs généraux :

- *Savoir détecter les situations à risque suicidaire chez l'adulte*
- *Argumenter les principes de la prévention et de la prise en charge*

Objectifs spécifiques :

- *Connaître les principales données épidémiologiques concernant le suicide en France*
- *Connaître les différents facteurs de risque associés à un risque suicidaire*
- *Savoir évaluer et prendre en charge une personne en situation de crise suicidaire*

PRESENTATION ET CONSIDERATIONS INTRODUCTIVES

Pendant longtemps, le corps social et les médecins avec lui, ont abordé le suicide sous un angle moral et philosophique, considérant que cet acte devait être assimilé à un péché et condamné, car contraire à la volonté divine, soit considéré, au contraire, comme l'ultime expression de la liberté individuelle. Actuellement dépenalisé, le suicide est plutôt abordé sur le plan phénoménologique, cherchant à en comprendre et à en expliquer les multiples déterminants. Les recherches tendent à intégrer actuellement différents facteurs de risque et précipitants de nature biologique, psychologique et sociale.

La France est actuellement l'un des pays industrialisés les plus touchés par le suicide et d'après les données de l'OMS de 1999 portant sur 97 pays, la France se situe entre le 11^{ème} et le 20^{ème} rang des pays ayant la plus forte mortalité suicidaire, avec près de 12000 décès par suicide par an. Le suicide représente ainsi la première cause de mortalité chez les adultes jeunes, avant les accidents de la route et, pour l'ensemble de la population, le suicide est la troisième cause d'années de vie perdues, après les maladies coronariennes et le cancer.

Ces données inquiétantes ont conduit la France, à partir de 1998, à l'instar de nombreux autres pays, à instaurer un Programme National pour la Prévention du Suicide, aboutissant à la mise en place de diverses mesures et programmes d'action pour la période 2000-2005. C'est ainsi que la prévention du suicide est l'une des dix priorités de santé publique définies par la Conférence

Nationale de Santé ; par ailleurs, la crise suicidaire, sa reconnaissance et sa prise en charge ont fait l'objet d'une conférence de consensus et de recommandations, en 2001, disponibles sur le site de l'ANAES (www.anaes.fr). Enfin, un programme de formation à l'intervention et de sensibilisation des intervenants des champs sanitaire, éducatif, social et associatif est également piloté, à l'échelon des régions, par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES).

La prévention et la prise en charge des risques et conduites suicidaires nécessitent d'énoncer quelques vérités simples et de se débarrasser de certaines idées fausses, mais fort répandues :

1 : le suicide n'est ni un acte de courage ni un acte de lâcheté ; ce n'est pas non plus un choix librement consenti, mais une mauvaise solution pour un sujet ne pouvant trouver d'autre issue à une souffrance devenue insupportable ;

2 : il est faux de croire que les personnes qui parlent de suicide ne passent pas à l'acte : huit personnes sur dix en parlent avant leur suicide ou tentative de suicide ;

3 : parler ouvertement de suicide à quelqu'un ne lui donne pas envie de le faire ; au contraire ceci permet à la personne d'exprimer ses difficultés, sa souffrance, des idées dont elle a souvent honte et de se sentir entendue, comprise et momentanément soulagée ;

I : DEFINITIONS DES CONDUITES SUICIDAIRES

Il convient de les reconnaître et de les identifier, pour les prendre en charge, ainsi que la souffrance qui les accompagne et éviter un passage à l'acte aux conséquences fatales.

1 : le suicide est une mort volontaire. Durkheim (1897) l'a défini comme "la fin de la vie, résultant directement ou indirectement d'un acte positif ou négatif de la victime elle-même, qui sait qu'elle va se tuer". On parle de mortalité suicidaire et de sujets suicidés.

2 : la tentative de suicide (TS) est plus difficile à définir, tant est variable l'intentionnalité suicidaire d'un sujet à l'autre ; Ce terme recouvre tout acte par lequel un individu met consciemment sa vie en jeu, soit de manière objective, soit de manière symbolique et n'aboutissant pas à la mort. Il ne s'agit donc pas d'un simple suicide raté. On parle de sujets suicidants et de morbidité suicidaire.

3 : les idées de suicide correspondent à l'élaboration mentale consciente d'un désir de mort, qu'il soit actif ou passif ; ces idées sont parfois exprimées sous la forme de menaces suicidaires. On parle de sujets suicidaires.

Les conduites suicidaires comprennent les suicides, mais aussi les tentatives de suicide, certaines conduites à risque s'apparentant à des "équivalents suicidaires" et les idées de suicide, pouvant survenir -ou non- au cours d'une crise suicidaire.

4 : la crise suicidaire est une crise psychique dont le risque majeur est le suicide. Il s'agit d'un moment dans la vie d'une personne, où celle-ci se sent dans une impasse et est confrontée à des idées suicidaires de plus en plus envahissantes ; le suicide apparaît alors de plus en plus à cette personne comme le seul moyen, face à sa souffrance et pour trouver une issue à cet état de crise.

5 : les "équivalents suicidaires" sont des conduites à risque qui témoignent d'un désir inconscient de jeu avec la mort. Ces conduites, tout comme certaines lésions ou mutilations auto-infligées non suicidaires, ne doivent pas être abusivement considérées comme des tentatives de suicide.

II : EPIDEMIOLOGIE DU SUICIDE

Le suicide donne lieu, dans la plupart des pays, à la publication des statistiques officielles. Les méthodes de recueil sont en réalité très variables et on estime de manière générale que ces statistiques sous-estiment d'environ 20% le nombre des suicides. En France, elles résultent d'une part des certificats médicaux de décès et d'autre part, des conclusions formulées par les médecins légistes après l'examen des morts suspectes ou violentes.

1 : L'autopsie psychologique est une méthode, née aux Etats-Unis dans les années 1960, dont le but initial était d'élucider les origines des décès pour lesquelles un suicide était suspecté, sans pouvoir être clairement affirmé comme un acte mortel auto-infligé et intentionnel. Elle repose sur une enquête à posteriori, conduite sur la base de l'interrogatoire des proches, l'analyse des sources médicales, le recueil d'informations concernant les antécédents familiaux et personnels, la psychologie de la personne décédée, son style de vie, ses relations et les événements ayant précédé la mort. Ces données sont confrontées aux données objectives relatives au passage à l'acte pour conclure - ou non - à l'existence d'un suicide. L'autopsie psychologique s'est rapidement révélée une méthode intéressante pour documenter l'existence de troubles psychiatriques ou somatiques et la nature des soins dont les personnes avaient bénéficié.

2 : indices épidémiologiques du suicide

Trois principaux indices sont utilisés :

- ♦ L'incidence du suicide : elle correspond au nombre de suicides répertoriés chaque année. Elle varie en France de 11000 à 12000

par an (1997), en rappelant que ce chiffre est sans doute sous-estimé de 20%.

- ♦ Le taux de suicide, ou mortalité suicidaire qui s'exprime en nombre annuel de suicides pour 100 000 habitants : il est, en France, de 20 à 24 pour 100 000 globalement, ce qui fait de la France un pays à forte mortalité suicidaire d'après l'OMS (1999).
- ♦ Le taux de mortalité prématurée, attribuable au suicide : il est de 9 à 10%, le suicide étant la 3^{ème} cause de mortalité prématurée en France, après les maladies coronariennes et les cancers. Le suicide représente ainsi 10% des années de vie perdues avant 65 ans, soit autant que les accidents de la circulation ou les maladies cardio-vasculaires.

3 : données descriptives

- ♦ le suicide est trois fois plus fréquent chez l'homme que chez la femme. La mortalité suicidaire était en France, en 1995 de 31,5/100 000 chez les hommes et de 10,7/100 000 chez les femmes. Cette surmortalité masculine est observée dans tous les pays disposant de statistiques sur le suicide, à l'exception de la Chine.
- ♦ Le suicide augmente fortement avec l'âge, surtout chez l'homme et surtout après 75 ans.
 - ⇒ 6% des suicides surviennent entre 15 et 24 ans,
 - ⇒ 66% entre 25 et 64 ans
 - ⇒ 28% chez les personnes âgées de 65 ans et plus
 - ⇒ Chez les adultes jeunes (25-34 ans) le suicide est la première cause de mortalité
 - ⇒ Chez les adolescents, il représente la 2^{ème} cause de mortalité (16%), après les accidents de la circulation (38%).
 - ⇒ Le suicide est plus rare chez les sujets jeunes et peut être considéré comme exceptionnel chez l'enfant pré-pubère. (0,2/100 000 chez les 5-14 ans, chiffres 1994). Mais la notion de mort, chez l'enfant, ne peut être assimilée aux représentations qu'en ont couramment les adultes, une représentation construite de la mort, dans sa dimension d'irréversibilité, n'étant acquise qu'à partir de 8 ans.
- ♦ La mortalité par suicide varie selon le temps et le contexte géographique : La mortalité par suicide a montré une certaine stabilité jusqu'en 1975, suivie d'une forte augmentation d'indice (près de 40%) de 1975 à 1985, puis d'une légère diminution jusqu'en 1990, pour fluctuer entre 12000 et 11000 décès par an depuis. L'augmentation du suicide chez les jeunes a largement contribué à l'augmentation globale de l'incidence du suicide en France. Les données internationales concernant le suicide sont proches de celles décrites en France, mais il existe aussi des différences : en Angleterre par exemple, on a

observé une réduction notable de l'incidence du suicide au cours des années 1960-1970. En France, il existe également des disparités régionales sensibles.

4 : les moyens utilisés

- ♦ les modes de suicide les plus utilisés sont la pendaison (37%), les armes à feu (25%), l'intoxication par médicaments (14%) ; viennent ensuite la submersion-noyade et la précipitation d'un lieu élevé. Il faut signaler que la consommation d'alcool accompagne fréquemment les suicides par arme à feu.
- ♦ Conséquences pour la prévention : l'utilisation de ces moyens semble liée à leur disponibilité et à la réglementation les concernant, en particulier pour les armes à feu. C'est pourquoi, en termes de prévention, le contrôle de l'accès aux moyens de suicide et la diminution de leur potentiel létal représentent des aspects importants.
- ♦ Les "cibles" principales de la prévention du suicide, mais aussi les plus difficiles à atteindre, sont les hommes et les personnes âgées.

III : EPIDEMIOLOGIE DES TENTATIVES DE SUICIDE

1 : problèmes méthodologiques

- ♦ Le recensement de la prévalence des tentatives de suicide (TS) est difficile car, contrairement aux suicides, il n'y a pas d'enquête systématique sur les TS. Les enquêtes en population générale sont évidemment difficiles à mettre en place.
- ♦ Par ailleurs, malgré les recommandations de l'ANAES (2001), toutes les TS ne sont pas hospitalisées ou vues par un médecin. On estime que 30 % des personnes ayant commis une TS sont actuellement maintenues à domicile.

2 : données descriptives

- ♦ Les TS sont estimées en France à 160 000 par an
- ♦ Le sex ratio des TS est l'inverse de celui du suicide : les femmes réalisent deux fois plus de TS que les hommes
- ♦ Effets de l'âge : les TS sont les plus fréquentes entre 15 et 35 ans et diminuent ensuite. Selon une enquête de l'INSERM effectuée en 1999, au moins 5,2 % des filles et 7,7 % des garçons âgés de 11 à 19 ans auraient fait au moins une fois une tentative de suicide.

- ♦ Des études conduites en population générale aux Etats-Unis permettent d'estimer la prévalence sur la vie entière des TS à 4,6 % chez les 15-54 ans (étude NCS, Kessler, 1999).

3 : moyens utilisés

- ♦ 90 % des TS résultent d'intoxications médicamenteuses volontaires. Les phlébotomies sont également fréquentes.

4 : pronostic

- ♦ on note 40 % de récidives, dont la moitié dans l'année suivant la tentative de suicide.
- ♦ Il y a 1 % de mortalité par suicide dans l'année qui suit la TS (contre 0,02 % dans la population générale, soit 50 fois plus !).
- ♦ Il y a plus de 10 % de décès par suicide, au cours de la vie, après une première tentative de suicide. Un antécédent de TS est ainsi l'un des plus importants facteurs de risque de suicide.

IV : EPIDEMIOLOGIE DES IDEES SUICIDAIRES

- ♦ La prévalence des idées suicidaires a fait l'objet de plusieurs enquêtes récentes, permettant de situer le rapport des idées de suicide/TS autour de 4.
- ♦ En population générale, en France, lors d'un sondage réalisé par la SOFRES en janvier 2000, au domicile de 1000 personnes âgées de 18 ans et plus, représentatives de la population française, 13 % d'entre elles ont répondu par l'affirmative à la question : *"vous-même, avez-vous déjà envisagé sérieusement de vous suicider ?"*
- ♦ Chez les jeunes en France, 23 % des garçons et 41 % des filles de 15 à 19 ans ont rapporté avoir eu des idées suicidaires, soit un taux 4 fois supérieur à celui des TS (Choquet et Ledoux, 1994).
- ♦ La chronicité des idées suicidaires est un facteur de risque de passage à l'acte : celui-ci est de 40 % si les idées sont fréquentes, 15 % si les idées de suicide sont occasionnelles, 1 % en l'absence d'idées suicidaires.
- ♦ Le risque de passage à l'acte est augmenté quant il y a élaboration d'un plan suicidaire, c'est pourquoi la prévention du geste suicidaire passe par le repérage et l'évaluation des idées suicidaires.

V : FACTEURS DE RISQUE ET POPULATIONS A RISQUE

On appelle "facteur de risque" un facteur qui a été mis en relation statistique avec la survenue d'un suicide, au niveau d'une population donnée. Il ne s'agit donc en aucun cas, d'un facteur individuel. Les facteurs de risque suicidaire sont en interaction les uns avec les autres et l'importance de leur effet va dépendre de la présence ou de l'absence d'autres facteurs.

Dans une perspective pragmatique et préventive Rihmer (1996) a proposé de les classer en trois catégories :

1 : les facteurs de risque primaires

Les facteurs primaires ont une valeur d'alerte importante, au niveau individuel, ils sont en forte interaction les uns avec les autres et peuvent être influencés fortement par les thérapeutiques. Ce sont :

- les troubles psychiatriques,
- les antécédents familiaux et personnel de suicide et tentatives de suicide,
- la communication à autrui d'une intention suicidaire
- l'existence d'une impulsivité, facilitant le risque de passage à l'acte.

2 : les facteurs de risque secondaires

Les facteurs secondaires sont observables dans la population générale. Leur valeur prédictive est faible en l'absence de facteurs primaires. Ils ne sont que faiblement modifiables par les thérapeutiques. Ce sont :

- les pertes parentales précoces
- l'isolement social : séparation, divorce, veuvage...
- le chômage ou l'existence d'importants facteurs financiers
- les "événements de vie" négatifs sévères.

3 : les facteurs de risque tertiaires

Les facteurs de risque tertiaires n'ont pas de valeur prédictive en l'absence de facteurs primaires et secondaires et ne peuvent être modifiés, ce sont :

- l'appartenance au sexe masculin
- l'âge, en particulier l'adolescence et la sénescence
- certaines périodes de vulnérabilité (phase prémenstruelle chez la femme, période estivale...).

4 : les facteurs de vulnérabilité

On appelle "facteur de vulnérabilité" des éléments majorant les facteurs de risque précédemment décrits et pouvant contribuer, dans certaines circonstances, à favoriser un passage à l'acte

suicidaire sous l'influence de facteurs précipitants. Il s'agit d'événements de la biographie passée, survenus souvent au cours de pertes parentales précoces, de carences affectives, de violence, de maltraitance ou de sévices...

5 : les facteurs précipitants

On appelle facteurs précipitants des circonstances précédant de peu le passage à l'acte ou déterminants dans la crise suicidaire : des événements de vie négatifs, tels une séparation, une maladie, un échec, etc. Il s'agit parfois d'événements anodins pour l'intervenant mais qui revêtent une importance affective d'autant plus grande pour la personne qu'ils réactualisent, à un moment donné, des problématiques liées au passé du sujet, sous-tendues par les facteurs de vulnérabilité précédemment décrits.

6 : les facteurs de protection

S'il existe de nombreux facteurs de risque suicidaire, il faut mentionner l'existence de facteurs de protection. Il s'agit essentiellement de facteurs psycho-sociaux tels un soutien familial et social de bonne qualité, le fait d'avoir des enfants, des relations amicales diversifiées, etc. Bien que ceux-ci soient insuffisamment documentés actuellement, on peut citer également "la résilience", c'est à dire la capacité d'un individu à faire face à l'adversité.

7 : au total

La mortalité par suicide concerne surtout l'homme mûr et âgé, alors que la morbidité suicidaire concerne surtout la femme jeune. Le risque de décès par suicide augmente avec l'âge, alors que le risque de décès diminue.

VI : RECONNAITRE ET EVALUER UNE CRISE SUICIDAIRE

La notion de "crise suicidaire" offre une méthode pragmatique pour évaluer et prendre en charge une personne à haut potentiel suicidaire.

1 : définition de la crise suicidaire

La crise suicidaire peut être définie comme un moment de crise psychique, au cours de la vie du sujet, où celui-ci va épuiser progressivement ses ressources adaptatives, psychologiques et comportementales et envisager, progressivement, par le biais de distorsions cognitives, le suicide comme seule possibilité de réponse aux difficultés qu'il rencontre et éprouve.

2 : signes d'orientation et de diagnostic

- ◆ la crise suicidaire se traduit par des signes de rupture par rapport au comportement habituel de la personne, dont le regroupement doit alerter l'entourage et provoquer une assistance professionnelle.
- ◆ Il peut s'agir de signes manifestes, tels :
 - la manifestation explicite d'idées et d'intentions suicidaires par le discours ("*je veux mourir*", "*je n'en peux plus*", "*je voudrais partir...*", etc.) ou sous forme de textes, de dessins, chez les enfants en particulier.
 - l'expression de la crise psychique dans les attitudes, le comportement, les relations interpersonnelles : la personne a un visage triste, douloureux ou inexpressif ; elle peut paraître étrangement absente ; on peut noter un changement de comportement avec l'entourage, un désintérêt ou l'abandon des centres d'intérêt habituels, des décisions irréfléchies, parfois illogiques ou peu compréhensibles, ; une consommation et un recours inhabituel ou excessifs aux médicaments, à l'alcool, aux drogues ; un repli sur soi, une anxiété, une irritabilité, un désinvestissement inhabituels.
 - des distorsions cognitives : elles traduisent le fait que la personne ne perçoit et n'analyse plus de façon réaliste et objective les événements extérieurs ou ses propres capacités à faire face : elle présente une image altérée et dévalorisée d'elle-même, se sent impuissante à surmonter ses émotions et à affronter les événements de sa vie. Ce sentiment peut confiner au désespoir, à une vision cynique et désabusée d'elle-même et d'autrui, une réduction du sens des valeurs, un sentiment de constriction psychique.
 - des "comportement de départ" à forte valeur d'orientation doivent être activement recherchés et attirer l'attention : la recherche soudaine d'une arme à feu, le don d'effets personnels investis d'une valeur affective, la rédaction de lettres aux proches ou d'un testament, en sont des exemples.
- ◆ Les signes d'alerte peuvent varier selon l'âge :
 - chez l'enfant, la crise psychique sera peu verbalisée et s'exprimera plutôt sous la forme de dessins traduisant des préoccupations pour la mort, par la survenue de plaintes somatiques, des blessures à répétition, une hyperactivité, des troubles du sommeil, une tendance à l'isolement; des troubles des apprentissages ; une réduction des activités ludiques et une tendance à devenir le "souffre-douleur" d'autrui... Des bouleversements familiaux (décès, maladie, séparation...) la maltraitance ou les carences affectives sont des facteurs de vulnérabilité qui doivent être recherchés.

- chez l'adolescent, l'expression répétitive d'une intentionnalité suicidaire est un motif suffisant d'intervention. Cependant, il faut également être attentif à un fléchissement inattendu des résultats scolaires, la survenue des conduites déviantes, de prise inconsidérée de risques ou de conduites addictives ; des fugues et des conduites violentes contre soi ou autrui ... Les ruptures sentimentales, les échecs scolaires ou autres, les conflits d'autorité, la solitude affective sont des facteurs de vulnérabilité.
- chez l'adulte, la crise psychique peut se manifester par des arrêts de travail à répétition, des consultations médicales itératives pour douleurs ou fatigue, des conflits avec la hiérarchie ou le conjoint, un sentiment d'incapacité, d'inefficience ou d'inutilité dans le travail et les relations sociales, etc. Les conflits professionnels ou conjugaux, les maladies graves, la toxicomanie, les blessures narcissiques, l'émigration... sont des facteurs de vulnérabilité.
- chez la personne âgée : les idées suicidaires sont rarement exprimées de façon explicite mais plutôt allusivement : "*laissez moi partir*", "*à quoi bon, je déränge tout le monde*"... La crise psychique doit être recherchée devant une perte progressive d'intérêt pour les personnes et les activités investies ; un refus de soin, des conduites anorexiques... Chez le sujet âgé, la dépression, les maladies physiques -en particulier celles qui génèrent handicap et douleurs-, les changements d'environnements et le départ en institution (hôpital, maison de retraite...), le décès du conjoint sont des facteurs de vulnérabilité.

3 : Evaluation de la crise suicidaire

Une manière commode dévaluer les modalités et l'urgence des interventions, préconisées par l'ANAES, consiste à décomposer et analyser la menace suicidaire en trois composantes : les facteurs de risque, l'urgence de la menace, la dangerosité du scénario suicidaire. Cette méthode simple s'avère opérante pour les professionnels de santé, mais aussi pour tous les intervenants de "première ligne" susceptibles d'être confrontés à une menace suicidaire : enseignants, travailleurs sociaux, personnels des différentes administrations, bénévoles... Chacune de ces trois dimensions : risque, urgence, dangerosité est évaluée séparément selon trois degrés d'intensité : faible, moyen ou élevé.

- ◆ Les facteurs de risque suicidaire : RISQUE. En dehors des facteurs de risque déjà mentionnés (âge, sexe, isolement social, communication d'une intention suicidaire) il s'agit de la

présence actuelle ou dans les antécédents d'un ou plusieurs troubles psychiatriques :

- antécédents familiaux et personnels de suicide : la moitié des suicides (30 à 60 %) sont précédés d'une ou plusieurs TS. Finalement, 10 % des suicidants parviennent à se suicider et, chez eux, le risque relatif de suicide est multiplié par 40 par rapport à la population générale. On admet que, globalement, le taux de suicide chez les suicidants augmente de 1 % chaque année, au cours des dix premières années, la première année étant celle à plus fort risque.
- les maladies psychiatriques sévères, en particulier les troubles de l'humeur, l'alcoolisme, les schizophrénies. Le fait de présenter un trouble psychiatrique constitue un important facteur de risque suicidaire, et ce d'autant plus que la pathologie a nécessité une hospitalisation. Les études fondées sur un suivi prospectif montrent que 10 à 15 % des patients décèdent par suicide. Par ailleurs, 4 % des suicides surviennent chez des patients hospitalisés en psychiatrie (c'est à dire durant l'hospitalisation, lors d'une permission ou dans les 48 h suivant leur sortie d'hôpital). Comparativement à des sujets contrôles issus de la population générale, le risque de suicide est de 6 à 22 fois supérieur chez les sujets souffrant d'un trouble mental avéré.
- les études "par autopsie psychologique" réalisées aux Etats Unis et en Europe du Nord (Angleterre, Suède, Finlande) montrent l'existence d'un trouble psychiatrique chez plus de 90 % des suicidés. Les diagnostics les plus fréquemment portés sont ceux de dépression (50 %), alcoolisme (30 %), trouble de la personnalité (35 %), schizophrénie (6 %).
- la comorbidité psychiatrique est importante chez les suicidés. Les troubles de la personnalité et les abus de substances sont rarement les diagnostics principaux ou exclusifs mais s'associent fréquemment à celui de dépression.
- Si l'existence d'un trouble psychiatrique est un facteur de risque primordial, il n'est pas nécessairement un facteur suffisant. C'est dans ces cas que les facteurs de vulnérabilité et précipitants (événements de vie, inter relations avec l'environnement familial ...) jouent un rôle déterminant dans le passage à l'acte suicidaire. Dans la semaine qui précède, on retrouve souvent de nombreux conflits interpersonnels, de l'hostilité ou de la violence, et chez les adolescents des conflits disciplinaires ou des circonstances s'accompagnant de forts sentiments de déception, de rancœur, d'humiliation ou d'injustice.
- La présence actuelle d'un ou de facteur(s) de risque, leur sommation permettent d'évaluer le degré d'intensité des facteurs de risque

♦ L'urgence de la menace suicidaire : URGENCE

- deux éléments doivent être pris en compte : l'existence d'un scénario suicidaire et l'absence pour le sujet d'une alternative autre que le suicide.
- l'urgence doit être évaluée comme "faible" en l'absence d'un scénario construit, "moyenne" si un scénario existe, mais que sa date de réalisation est éloignée ou imprécise, "élevée" s'il existe une planification précise ou une date arrêtée pour les jours suivants.

♦ La dangerosité létale du moyen suicidaire : DANGEROUSITE

- doivent être évaluées la dangerosité mortelle du moyen considéré et son accessibilité : la personne peut-elle facilement disposer -lors de l'évaluation- du moyen qu'elle se propose d'utiliser ? Si l'accès au moyen est facile et/ou immédiat, la dangerosité doit être évaluée comme "élevée", l'intervention doit alors être immédiate et viser, en priorité, à empêcher l'accès à ce moyen.

VII : PRENDRE EN CHARGE LA PERSONNE EN CRISE SUICIDAIRE

1 : aborder et interroger un sujet en crise suicidaire

- ♦ La rencontre doit pouvoir se dérouler en toute confidentialité, en face à face, dans un endroit calme et favorisant l'expression des affects. Il faut organiser le contexte de l'entretien au préalable, chaque fois que cela est possible.
- ♦ L'entretien doit être conduit de façon à la fois directive et empathique, laissant à la personne le temps de s'exprimer. Il n'est pas inutile de laisser le sujet pleurer ou exprimer son désespoir, son désarroi, ses frustrations ou sa colère. Les sujets en crise psychique sont souvent en proie à une souffrance intense et ne peuvent réfléchir ou s'exprimer de façon posée. L'entretien doit en premier lieu permettre de soutenir le sujet, établir une relation de confiance, mettre à jour sa souffrance et l'assurer qu'on le comprend.
- ♦ Si l'on suspecte une personne d'être en crise suicidaire, il faut l'interroger simplement et après un temps introductif, aborder directement le sujet d'éventuelles idées suicidaires.
- ♦ Le questionnement de l'intervenant doit se faire dans un style sobre, simple et direct, évitant les jugements de valeur et les périphrases, telles que "il me semble que...", "vous avez l'air de...".

- ♦ On peut procéder de façon interrogative : "avez-vous des idées de suicide, envie de mourir ?"; on peut également utiliser le mode affirmatif : ("vous êtes en colère n'est ce pas?") et reformuler en résumant, à certains moments, la situation telle qu'on l'analyse, en insistant toujours sur l'affectivité, les sentiments de la personne : "si je comprends bien ce que vous me dites, vous êtes très en colère parce que...").

2 : identifier l'existence de facteurs précipitants et de protection

- ♦ L'identification et l'évaluation de facteurs de vulnérabilité et de facteurs précipitants sont importants pour montrer à la personne que l'on comprend sa souffrance, pour évaluer si elle a envisagé des alternatives possibles et comment elle y réagit, pour juger des ressources psychologiques dont elle peut encore disposer.
- ♦ L'entretien doit permettre d'identifier d'éventuelles sources de soutien dans l'entourage et apprécier comment la personne en crise les perçoit. On peut recenser les intervenants déjà impliqués ou possibles, relever leurs coordonnées et proposer de les contacter et de les informer.
- ♦ La capacité de coopération de la personne est importante à évaluer pour juger de l'urgence d'une intervention.

3 : distinguer entre crise psycho-sociale et crise en rapport avec un trouble mental

La situation n'est évidemment pas la même si la menace suicidaire est en relation avec une pathologie psychiatrique manifeste, ou si elle est sous-tendue par une crise psycho-sociale. La prise en charge d'un trouble psychiatrique est évidemment prioritaire quand elle existe et justifie alors souvent une hospitalisation. En revanche, dans certains cas, l'exploration du contexte de vie du sujet permet d'identifier la nature psycho-sociale de la crise et d'analyser les circonstances qui conduisent la personne à vouloir mourir. Cette distinction permet de juger des capacités de la personne à relativiser sa situation et de la possibilité, pour l'intervenant, de réduire la tension psychique. Elle permet d'orienter la prise en charge et les interventions proposées.

4 : proposer une orientation et intervenir

- ♦ Un traitement médicamenteux symptomatique peut être proposé en cas de souffrance majeure persistante, d'agitation irrépressible et pour permettre la poursuite d'une prise en charge adéquate. Dans l'immédiat, un traitement anxiolytique et/ou sédatif peut

être prescrit. Un traitement de fond ne doit être entrepris qu'en hospitalisation, si elle est nécessaire).

- ♦ L'hospitalisation s'impose si l'urgence est élevée, si le suicide est planifié, les moyens mortels disponibles, si le sujet est "froid" et coupé de ses émotions, ou impulsif, s'il refuse toute coopération ou présente d'importants troubles du jugement. Une hospitalisation sans consentement (Hospitalisation à la Demande d'un Tiers : HDT) peut être nécessaire, en l'absence de coopération du sujet, on doit cependant toujours expliquer à la personne les raisons conduisant à cette décision et son caractère temporaire. L'hospitalisation, qu'elle soit réalisée en accord avec la personne ou sous contrainte, a pour but de protéger la vie du sujet, de mettre temporairement à distance les situations ayant précipité l'état actuel de crise suicidaire, d'établir une relation de confiance de qualité suffisante et réévaluer plus finement ultérieurement, l'état psychiatrique et/ou le contexte d'existence de la personne. L'ANAES recommande l'hospitalisation systématique pendant 48 heures au moins de tout adolescent suicidant. Un patient suicidaire présentant des signes d'intoxication (alcool, psychotropes...) doit être maintenu au service des urgences jusqu'à la disparition des signes d'intoxication et une nouvelle évaluation clinique.
- ♦ Surveillance d'un patient hospitalisé : les suicides en milieu hospitalier représentent 5 % des suicides ; l'hospitalisation d'un patient suicidant n'est donc pas à elle seule, une mesure suffisante pour éviter un passage à l'acte et il est indispensable d'évaluer la potentialité suicidaire également chez les patients hospitalisés. Deux profils cliniques distincts sont retrouvés dans les études :
 - en hôpital général, il s'agit de personnes âgées de la soixantaine, atteints de maladies chroniques et de cancers,
 - en service de psychiatrie, il s'agit en général de sujets jeunes, schizophrènes ou dépressifs. Le suicide survient alors en début de séjour ou avant une sortie non désirée ou redoutée par le patient.

Certaines précautions peuvent être prises consistant à limiter l'accès à des moyens mortels, en particulier la défenestration et la pendaison : ouverture limitée des fenêtres, suppression des moyens d'appui résistant au poids du sujet et permettant une pendaison : crochets, tringles à rideaux, poignées... La vérification des effets personnels de la personne, en sa présence et après avoir recherché son accord, permet également de neutraliser certains moyens : couteaux, ceinture, médicaments, etc. Si la situation l'exige, le patient devra être installé dans une chambre proche du local de soins et une surveillance rapprochée devra être prescrite. A l'hôpital, les périodes de changement (début ou fin d'hospitalisation, transfert dans une

autre chambre ou unité, absence du médecin référent habituel...) sont des périodes où le risque est le plus élevé.

- ♦ *Prise en charge ambulatoire* : si l'évaluation de la menace suicidaire est moyenne ou faible, une prise en charge ambulatoire peut être proposée, à condition de s'assurer d'un soutien rapproché : coopération du sujet, entourage proche et disponible, nouvel entretien programmé et accepté avec la personne.
- ♦ *Prise en charge psychologique et suivi*. Que le patient soit hospitalisé ou non, le but principal de la prise en charge d'un sujet en crise suicidaire consiste à définir et mettre en place des alternatives valables au projet suicidaire. L'évaluation du ou des facteurs précipitants, l'analyse de la manière dont la personne perçoit la crise actuelle, le soutien dont elle dispose, ses capacités personnelles à mobiliser ses propres ressources adaptatives vont aider à construire ces alternatives. C'est pourquoi, l'entretien doit également permettre de repérer les éléments positifs de sa vie et de sa personnalité, même si elle n'est pas toujours capable de les percevoir elle-même.

5 : Suivi et évaluation

Le suivi doit être réfléchi et organisé pas à pas, dès le début de la prise en charge et assurer la permanence et la continuité de la prise en charge. En fonction des besoins de la personne et avec sa collaboration, des ressources adéquates et effectivement accessibles seront recherchées et sollicitées dans l'entourage du sujet ou au niveau institutionnel. Il faut planifier pas à pas des démarches simples : téléphoner à un proche, au médecin traitant habituel, faire intervenir l'assistante sociale ou aider à la réalisation de telle ou telle démarche.

L'intervenant doit s'assurer personnellement que ces relais et jalons aient effectivement été mis en place.

Une réévaluation de la situation après quelques jours est toujours souhaitable : elle permet à la personne de se fixer des échéances pragmatiques et atteignables. On considère que, même chez une personne sans facteur de risque primaire, une vigilance de l'entourage est nécessaire dans les douze mois suivant une crise suicidaire ou une tentative de suicide.

VIII : PREVENTION DU SUICIDE

1 : l'impossible prédiction du suicide

L'identification de plus en plus précise et étendue de facteurs de risque suicidaire ne permet cependant pas de pouvoir prédire un suicide. Si les différents facteurs de risque ont une utilité en pratique clinique, leur connaissance permet d'envisager deux

catégories d'actions préventives : l'une vise à mieux traiter certains facteurs de risque curables, tels les troubles psychiatriques, en particulier les dépressions, l'autre consiste à identifier des populations à haut risque suicidaire, de manière à leur appliquer des mesures préventives. La rareté statistique du suicide fait que, dans ces populations à risque, la "prédiction" du suicide s'accompagne d'un nombre très élevé de faux positifs. Il faut donc limiter cette prévention à des mesures peu contraignantes, tant sur le plan individuel que sur le plan économique, si l'on ne veut pas voir leur coût et leurs inconvénients excéder les bénéfices qu'on peut en attendre.

2 : la nécessaire prévention médicale

Quatre types d'interventions médicales peuvent cependant permettre de prévenir utilement le suicide :

- ♦ le repérage et l'intervention lors de situations de crise suicidaire
- ♦ la prise en charge des suicidants
- ♦ l'amélioration du diagnostic et du traitement des troubles mentaux, en particulier des dépressions
- ♦ la prévention du suicide auprès des sujets à hauts risques que sont les malades hospitalisés en psychiatrie.

Les deux premières : repérage et intervention lors de situations de crise suicidaire et la prise en charge des suicidants ont fait l'objet, en France de conférences de consensus, soutenues par l'ANAES (cf. bibliographie).

BIBLIOGRAPHIE

Pour en savoir plus :

1. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) : Prise en charge hospitalière des adolescents après une tentative de suicide. Recommandations pour la pratique. Novembre 1998. Texte long disponible sur demande à l'ANAES et par internet (www.anaes.fr)
2. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) : La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. Octobre 2000. Texte long et recommandations disponibles sur demande à l'ANAES et par internet (www.anaes.fr)
3. HARDY P., La prévention du suicide. Rôle des praticiens et différentes structures de soins. DOIN Editeurs, Paris 1997

4. WALTER M., KERMARREC I., Idées ou conduites suicidaires : orientation diagnostique et conduite à tenir en situation d'urgence, Revue du Praticien, 1999, 49 : 1685-1690

PREMIÈRE PARTIE : MODULES TRANSDISCIPLINAIRES

Module 11 - Synthèse clinique et thérapeutique De la plainte du patient à la décision médicale - urgences

Question 191

Crise d'angoisse aiguë et attaque de panique

Rédaction : A Pelissolo, G Loas.

Objectifs pédagogiques

- Diagnostiquer une crise d'angoisse aiguë et une attaque de panique.
 - Identifier les situations d'urgence et planifier leur prise en charge.
-

Introduction

La crise d'angoisse aiguë, dénommée attaque de panique dans les classifications actuelles, se rencontre fréquemment en psychiatrie, en médecine d'urgence et en médecine générale. Elle peut survenir dans de nombreux syndromes différents, sans réelle spécificité, comme dans les dépressions, certaines psychoses, des états d'intoxication, et surtout dans différents troubles anxieux et phobiques. Elle peut également survenir de manière isolée et ponctuelle, sans conséquence ni répétition. Mais les attaques de panique peuvent également constituer le signe central d'une pathologie sévère et chronique, dénommé trouble panique, qui est abordé dans le chapitre des troubles anxieux (module 3, question 41). L'objectif de l'examen d'un patient présentant, ou ayant présenté, une crise d'angoisse est donc de poser le diagnostic d'attaque de panique mais surtout de tenter d'en déterminer le contexte et dans certains cas la cause, afin de décider du traitement à court et long terme le plus adapté.

Sémiologie

Les attaques de panique correspondent à la survenue brutale d'une sensation de peur intense qui s'accompagne de symptômes psychiques, physiques et comportementaux (tableau 1). Le diagnostic repose avant tout sur le caractère paroxystique de ces manifestations, avec une intensité maximale atteinte en quelques secondes ou quelques minutes, et surtout sur l'impression de perte de contrôle totale que ressentent les patients qui y sont confrontés.

Symptômes psychiques

Les principaux symptômes psychiques sont la peur, l'angoisse, voire une réelle terreur ou panique. Ils peuvent s'accompagner, dans les formes sévères, d'une impression violente de dépersonnalisation (« je ne sais plus qui je suis, mon corps se transforme ») ou de déréalisation (l'environnement se modifie, dans ses formes ou ses couleurs par exemple). L'esprit est assiégé par des pensées catastrophiques : peur de s'évanouir, d'étouffer, d'avoir un accident cardiaque, et surtout de perdre le contrôle de soi (« devenir fou ») ou de mourir. La concentration sur une tâche devient impossible, et la mémoire peut être fortement perturbée.

Symptômes physiques et comportementaux

Les signes physiques sont très polymorphes, les plus fréquents concernant la respiration (polypnée, dyspnée, sensation d'étouffement ou de blocage respiratoire) et le rythme cardiaque (palpitations, tachycardie), à côté de symptômes généraux : étourdissement, vertiges, sensation de dérobement des jambes, sueurs, bouffées de chaleur ou frissons, tremblements, secousses musculaires, douleurs ou gênes thoraciques ou abdominales, nausées, vomissement, diarrhée, impériosité mictionnelle, paresthésies. Certains signes peuvent être objectivés par l'examen clinique, comme une élévation de la tension artérielle systolo-diastolique, ainsi qu'une discrète augmentation de la température corporelle. Les signes physiques augmentent l'angoisse du patient, craignant un infarctus ou un autre accident fatal, ce qui ne fait que les augmenter en retour. L'hyperventilation est souvent à l'origine de nombreux autres symptômes (paresthésies, crispation, vertiges).

Le comportement du patient peut être aussi très variable : agitation désordonnée, fuite immédiate d'un lieu considéré comme dangereux, ou au contraire inhibition plus ou moins marquée, jusqu'à la sidération totale. A la différence des crises conversives d'agitation hystérique, les crises

d'angoisse s'accompagnent peu de manifestations spectaculaires et théâtrales, les sujets anxieux ayant le plus souvent tendance à dissimuler autant que possible leur gêne aux yeux des autres.

Évolution de la crise

L'évolution de chaque crise d'angoisse dépend de son étiologie et du contexte dans lequel elle survient. Le plus souvent, l'intensité des symptômes augmente très rapidement au départ, atteint un maximum puis un plateau qui peut durer quelques minutes ou plus, puis le calme revient progressivement avec persistance pendant un certain temps d'une grande fatigue ou d'une grande émotivité (larmes, instabilité émotionnelle). La durée totale des crises peut varier de quelques minutes à une heure, voire un peu plus, avec une moyenne autour de 20 à 30 minutes.

Formes particulières

Certaines attaques de panique ne comportent qu'un ou que quelques signes physiques isolés, comme des palpitations, des douleurs abdominales ou des vertiges. Leur diagnostic est alors difficile, et les patients consultent souvent de nombreux spécialistes avant que l'origine anxieuse ne soit évoquée, alors que ces crises peuvent être très gênantes et se répéter souvent.

Les crises dites de « spasmophilie » (ou de « tétanie »), terme utilisé uniquement en France, correspondent le plus souvent à des attaques de panique marquées par des manifestations respiratoires (hyperventilation), neuromusculaires (paresthésies, hypertonie) et comportementales. Elles ne correspondent en rien à un syndrome biologique spécifique, et ne doivent pas être traitées par magnésium, calcium ou vitamine D puisqu'il ne s'agit pas de réelles crises de tétanie, comme celles qui peuvent survenir chez des patients dénutris ou carencés.

Diagnostic étiologique

Les attaques de panique peuvent être de quatre types :

- 1/ complètement spontanées (sans facteur déclenchant et donc imprévisible),
- 2/ secondaires à des peurs préalables ou à un état psychologique particulier (anxiété phobique ou humeur dépressive par exemple),
- 3/ déclenchées par des événements traumatisants intenses, et
- 4/ favorisées par une prise de toxiques ou par une maladie organique. Les crises spontanées, quand elles se répètent, peuvent correspondre au trouble panique et se compliquer d'agoraphobie. La plupart des crises secondaires surviennent chez

des patients phobiques lors de la confrontation avec l'objet ou la situation redoutée (être enfermé pour un claustrophobe, devoir faire face à un public pour un phobique social, etc.).

De nombreuses substances sont susceptibles d'induire des attaques de panique, et leur recherche doit être systématique en cas de contexte évocateur : alcool, cannabis, cocaïne, hallucinogènes (LSD), amphétamines (ecstasy), solvants volatils, théophylline, phencyclidine, produits anticholinergiques, dérivés nitrés, préparations thyroïdiennes, corticostéroïdes, oxyde et dioxyde de carbone. Des crises peuvent être également induites par le sevrage de certaines substances : alcool, opiacés, caféine, benzodiazépines, certains anti-hypertenseurs.

Certaines pathologies somatiques aiguës peuvent comporter des symptômes anxieux, parfois au premier plan, ou mimer les symptômes habituels de l'anxiété :

- cardio-vasculaires : angor, infarctus, poussée d'insuffisance cardiaque, hypertension artérielle, troubles du rythme ;
- pulmonaires : asthme, embolie pulmonaire ;
- neurologiques : épilepsie, notamment les crises temporales, crises migraineuses, maladie de Menière, accidents ischémiques transitoires, etc.
- endocriniennes : hypoglycémie, phéochromocytome, hyperthyroïdie, syndrome de Cushing, hypoparathyroïdie, etc.
- autres : hémorragies internes, pancréatite, porphyrie, vertiges labyrinthiques, réactions anaphylactiques, etc.

Physiopathologie

La physiopathologie des attaques de panique n'est pas univoque, et différents facteurs biologiques et psychologiques peuvent se combiner. Au plan psychologique, des réactions liées à des interprétations « catastrophistes » de sensations internes (palpitations évoquant une crise cardiaque, vertiges évoquant une attaque cérébrale, etc.) ou de conditions extérieures (lieu clos, impossibilité de sortir, stress intense, etc.) contribuent à une perte de contrôle des émotions et à un véritable état de panique. Il se met en place un véritable cercle vicieux s'auto-renforçant car la peur aggrave les signes physiques qui eux-mêmes amplifient l'angoisse.

On sait par ailleurs qu'il existe des agents inducteurs biologiques permettant de déclencher des attaques de panique : le lactate de sodium, le dioxyde de carbone (CO_2), la cholécystokinine (et notamment le tétrapeptide cholécystokinine 4 (CCK₄) ainsi que des dérivés qui stimulent les systèmes noradrénergiques ou sérotoninergiques. Par l'intermédiaire de l'action de ces

agents inducteurs, des hypothèses physiopathologiques sont formulées : possibilité de l'existence d'une voie finale commune entre le CO_2 , le lactate, le CCK_4 à travers le noyau du tractus solitaire qui module les fonctions cardiorespiratoires et existence probable de dysfonctionnements dans la régulation de neurotransmetteurs tels que la noradrénaline, la sérotonine, le GABA et la cholécystokinine.

Traitement

Conduite à tenir à court terme

L'examen somatique dans l'urgence est à adapter à la situation et aux premiers signes d'orientation, pouvant se limiter à une auscultation et à une prise de tension artérielle mais pouvant aller jusqu'à la réalisation d'examens complémentaires en urgence : électro-cardiogramme, examens sanguins, et recherche de toxiques au moindre doute.

Au plan psychopathologique, il est surtout important de recueillir le plus d'informations possibles sur les antécédents du patient et les circonstances de la crise, avec la contribution éventuelle de l'entourage. Une écoute attentive du discours du patient est naturellement indispensable, même sur une période courte, pour orienter le diagnostic étiologique.

Dans la plupart des cas, l'éloignement des facteurs anxiogènes extérieurs et la présence rassurante d'un professionnel permettent très rapidement de réduire l'intensité de la crise ou de la faire cesser. Si l'examen est en faveur de l'existence d'une pathologie organique associée à l'angoisse, il faut le préciser au patient et le prévenir des éventuels traitements et examens complémentaires prescrits. Dans le cas contraire, il est important également de le signaler au patient, sans conclure à l'absence de pathologie mais en pointant l'origine psychologique de son état, permettant d'attribuer à l'anxiété les symptômes physiques observés. Lui rappeler que la crise va naturellement céder et qu'en aucun sa vie n'est en danger est souvent indispensable.

Des méthodes simples permettent également de réduire les symptômes psychiques et physiques : défocaliser l'attention du patient des menaces externes ou de sensations internes anxiogènes, orienter cette attention vers un essai de détente d'une partie du corps comme les muscles du bras ou des épaules, et surtout modifier le rythme respiratoire. Celui-ci doit être le plus lent et le plus « superficiel » possible, bouche fermée et en s'aidant d'une respiration abdominale plutôt que thoracique. Les respirations amples et l'hyperventilation favorisent en effet l'hypocapnie responsable de nombre des symptômes somatiques.

Ces mesures permettent dans la très grande majorité des cas d'obtenir une interruption de la crise. Il faut ensuite expliquer au patient ce qu'il vient de vivre, compléter éventuellement l'examen somatique, et approfondir l'évaluation psychopathologique. En fonction de celle-ci, le patient sera orienté vers son médecin traitant ou vers un spécialiste en fonction de l'étiologie (traitement préventif dans un trouble panique par exemple).

La prescription médicamenteuse au cours de la crise d'angoisse elle-même doit être limitée autant que possible. Le patient ne doit pas en effet conserver en mémoire une issue uniquement « médicalisée » de sa crise, en évitant tous les actes les plus symboliques et les plus techniques (perfusions, injections, etc.). C'est ainsi qu'un meilleur contrôle du sujet sur son anxiété pourra être obtenu, dans la perspective d'éventuelles récurrences, évitant de le rendre dépendant des structures de soin les plus lourdes.

Une administration médicamenteuse ne s'impose que lorsque la crise se prolonge malgré les méthodes énoncées ci-dessus, par exemple au-delà d'une demi-heure, ou que les symptômes sont très intenses (agitation psychomotrice très importante par exemple). La voie orale est à privilégier, car elle assure la meilleure biodisponibilité et rapidité d'action pour les produits anxiolytiques, et elle permet de limiter le caractère technique de l'acte. Les traitements disponibles dans le traitement aigu de l'anxiété sont essentiellement les benzodiazépines, par exemple :

- diazépam (Valium®), un comprimé à 5 ou 10 mg;
- alprazolam (Xanax®), un comprimé à 0,25 ou 0,50 mg;
- lorazépam (Témesta®), un ou deux comprimés à 1 mg.

L'effet anxiolytique, s'accompagnant éventuellement d'un effet sédatif (en fonction de la dose et de la sensibilité du sujet), est obtenu en 15 à 30 minutes environ. La surveillance concerne essentiellement la vigilance et la fonction respiratoire, surtout en cas de prise récente d'alcool ou d'autres toxiques, opiacés notamment.

La voie intra-musculaire est à réserver aux cas exceptionnels où la voie orale n'est pas accessible (agitation majeure, contracture de la mâchoire, troubles de la déglutition), avec par exemple :

- diazépam (Valium®), une ampoule à 10 mg;
- clorazépate dipotassique (Tranxène®), une ampoule à 20 mg.

La voie intra-veineuse ne doit pas être utilisée dans les crises d'angoisse aiguë.

Signes de gravité

En dehors des éventuels signes de gravité somatique qui peuvent être liés à la co-existence d'une pathologie organique, et qui doivent alors être pris en

charge en urgence par une unité de réanimation par exemple, certains signes de gravité psychiatrique (très rares) doivent être repérés :

- risque de raptus suicidaire
- risque d'hétéro-agressivité
- sidération anxieuse
- répétition des crises
- pathologie associée : abus d'alcool ou de toxiques, troubles graves de la personnalité, épisode dépressif majeur, épisode délirant aigu, schizophrénie et autres psychoses chroniques.

Dans ce contexte une hospitalisation en milieu psychiatrique doit être envisagée, soit en hospitalisation libre si le patient reconnaît la nécessité des soins, est demandeur de soins et si son consentement est recevable ; soit en milieu psychiatrique spécialisé selon la loi du 27 juin 1990 (hospitalisation à la demande d'un tiers) si les troubles du patient rendent impossible son consentement aux soins.

Conduite à tenir à moyen et long terme

En cas de diagnostic avéré de trouble psychiatrique, et notamment de trouble anxieux chronique (trouble phobique, trouble panique, etc.), une prise en charge spécifique au long cours doit être mise en place. Elle combine en général un suivi psychiatrique régulier, une psychothérapie et en particulier une thérapie comportementale et cognitive, et un traitement médicamenteux préventif, le plus souvent un antidépresseur sérotoninergique (voir troubles anxieux : module 3, question 41).

Tableau I. Critères diagnostiques de l'attaque de panique selon la classification DSM-IV (Diagnostic Statistical Manual, 4ème révision).

Période bien délimitée de crainte ou de malaise intense, durant laquelle au moins 4 des symptômes suivants se sont développés de façon brutale et ont atteint un pic d'intensité dans les 10 minutes :

1. Palpitations, sentiment de battement cardiaque ou accélération du rythme cardiaque
2. transpiration
3. tremblements ou secousses musculaires
4. sensations de "souffle coupé" ou d'étouffement
5. sensation d'étranglement
6. douleur ou gêne thoracique
7. nausée ou gêne abdominale
8. étourdissement, sensations d'instabilité ou d'évanouissement
9. déréalisation (sentiment d'irréalité) ou dépersonnalisation (sentiment d'être détaché de soi)
10. peur de perdre le contrôle ou de devenir fou
11. peur de mourir
12. paresthésies (sensations d'engourdissement ou de picotements)
13. bouffées de chaleur ou frissons