La parasitose délirante : étude de cas

Anna Bensussan

▶ **To cite this version:**

Anna Bensussan. La parasitose délirante : étude de cas. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01634612

HAL Id: dumas-01634612

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01634612

Submitted on 14 Nov 2017

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITÉ DE NICE SOPHIA ANTIPOLIS

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NICE

LA PARASITOSE DÉLIRANTE : ÉTUDE DE CAS

THÈSE D'EXERCICE EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

À la faculté de médecine de Nice le 9 octobre 2017

En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de

DOCTEUR EN MEDECINE

Par

Anna BENSUSSAN

Née le 28 Mai 1988 à Nice

PRESIDENT DU JURY :	Monsieur le Professeur Michel BENOIT
ASSESSEURS :	Monsieur le Professeur Dominique PRINGUEY
	Monsieur le Professeur Pierre MARTY
	Madame le Docteur Edyta CYGANKIEWICZ
	Madame le Docteur Magalie HAMM-ORLOWSKI
DIRECTRICE DE THESE :	Madame le Docteur Claire ROMETTI

UNIVERSITÉ DE NICE SOPHIA ANTIPOLIS

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NICE

Liste des professeurs au 1er septembre 2016 à la Faculté de Médecine de Nice

Doyen		**M.**	**BAQUÉ Patrick**
Vice-Doyen		M.	BOILEAU Pascal
Assesseurs		M.	ESNAULT Vincent
		M.	CARLES Michel
		Mme	BREUIL Véronique
		M.	MARTY Pierre
Conservateur de la bibliothèque		Mme	DE LEMOS Annelyse
Directrice administrative des services		Mme	CALLEA Isabelle
Doyens Honoraires		M.	AYRAUD Noël
		M.	RAMPAL Patrick
		M.	BENCHIMOL Daniel

Professeurs Honoraires

M.	ALBERTINI Marc	M.	HARTER Michel
M.	BALAS Daniel	M.	INGLESAKIS Jean-André
M.	BATT Michel	M.	JOURDAN Jacques
M.	BLAIVE Bruno	M.	LALANNE Claude-Michel
M.	BOQUET Patrice	M.	LAMBERT Jean-Claude
M.	BOURGEON André	M.	LAZDUNSKI Michel
M.	BOUTTÉ Patrick	M.	LEFEBVRE Jean-Claude
M.	BRUNETON Jean-Noël	M.	LE BAS Pierre
Mme	BUSSIERE Françoise	M.	LE FICHOUX Yves
M.	CAMOUS Jean-Pierre	Mme	LEBRETON Elisabeth
M.	CANIVET Bertrand	M.	LOUBIERE Robert
M.	CASSUTO Jill-patrice	M.	MARIANI Roger
M.	CHATEL Marcel	M.	MASSEYEFF René
M.	COUSSEMENT Alain	M.	MATTEI Mathieu
Mme	CRENESSE Dominique	M.	MOUIEL Jean
M.	DARCOURT Guy	Mme	MYQUEL Martine
M.	DELLAMONICA Pierre	M.	OLLIER Amédée
M.	DELMONT Jean	M.	ORTONNE Jean-Paul
M.	DEMARD François	M.	SAUTRON Jean Baptiste
M.	DOLISI Claude	M.	SCHNEIDER Maurice
M.	FRANCO Alain	M.	TOUBOL Jacques
M.	FREYCHET Pierre	M.	TRAN Dinh Khiem

M. GÉRARD Jean-Pierre
M. GILLET Jean-Yves
M. GRELLIER Patrick
M. GRIMAUD Dominique
M VAN OBBERGHEN Emmanuel
M. ZIEGLER Gérard

M.C.A. Honoraire

Mlle ALLINE Madeleine

M.C.U. Honoraires

M. ARNOLD Jacques
M. BASTERIS Bernard
Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie
Mme DONZEAU Michèle
M. EMILIOZZI Roméo
M. FRANKEN Philippe
M. GASTAUD Marcel
M. GIRARD-PIPAU Fernand
M. GIUDICELLI Jean
M. MAGNÉ Jacques
Mme MEMRAN Nadine
M. MENGUAL Raymond
M. PHILIP Patrick
M. POIRÉE Jean-Claude
Mme ROURE Marie-Claire

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M.	AMIEL Jean	Urologie (52.04)
M.	BENCHIMOL Daniel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	DESNUELLE Claude	Biologie Cellulaire (44.03)
Mme	EULLER-ZIEGLER Liana	Rhumatologie (50.01)
M.	FENICHEL Patrick	Biologie du Développement et de la Reproduction (54.05)
M.	FUZIBET Jean-Gabriel	Médecine Interne (53.01)
M.	GASTAUD Pierre	Ophtalmologie (55.02)
M.	GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M.	HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M.	HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénéréologie (50.03)
M.	LEFTHERIOTIS Geogres	Physiologie- médecine vasculaire
M.	MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M.	MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
Mme	PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M.	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
M.	PRINGUEY Dominique	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	QUATREHOMME Gérald	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	SANTINI Joseph	O.R.L. (55.01)
M.	THYSS Antoine	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	TRAN Albert	Hépato Gastro-entérologie (52.01)

PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

Mme	ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	BAQUÉ Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M.	BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M.	BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
M.	BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
Mme	BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M.	BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
M.	CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
M.	DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M.	DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M.	ESNAULT Vincent	Néphrologie (52-03)
M.	FERRARI Émile	Cardiologie (51.02)
M.	FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	GIBELIN Pierre	Cardiologie (51.02)
M.	GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
Mme	ICHAI Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M.	MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M.	MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01)
Mme	RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M.	ROSENTHAL Éric	Médecine Interne (53.01)
M.	SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M.	STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M.	THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

M.	BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BAILLIF Stéphanie	Ophtalmologie (55.02)
M.	BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BENOIT Michel	Psychiatrie (49.03)
M.	BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54-02)
Mlle	BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M.	CARLES Michel	Anesthésiologie Réanimation (48.01)
M.	CHEVALIER Nicolas	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
M.	CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
Mme	CHINETTI Giulia	Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
M.	DELLAMONICA Jean	Réanimation médicale (48.02)
M.	DELOTTE Jérôme	Gynécologie-obstétrique (54.03)
M.	FONTAINE Denys	Neurochirurgie (49.02)
M.	FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
Mlle	GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
M.	GUÉRIN Olivier	Gériatrie (48.04)
M.	IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	JEAN BAPTISTE Elixène	Chirurgie vasculaire (51.04)
M.	LEVRAUT Jacques	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	PASSERON Thierry	Dermato-Vénéréologie (50-03)
M.	PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
M.	ROGER Pierre-Marie	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M.	ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)

M.	ROUX Christian	Rhumatologie (50.01)
M.	RUIMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	SACCONI Sabrina	Neurologie (49.01)
M.	SADOUL Jean-Louis	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
M.	TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	VENISSAC Nicolas	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

M.	HOFLIGER Philippe	Médecine Générale (53.03)

MAITRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS

M.	DARMON David	Médecine Générale (53.03)

PROFESSEURS AGRÉGÉS

Mme	LANDI Rebecca	Anglais
Mme	ROSE Patricia	Anglais

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme	ALUNNI Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	AMBROSETTI Damien	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BANNWARTH Sylvie	Génétique (47.04)
M.	BENOLIEL José	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	BERNARD-POMIER Ghislaine	Immunologie (47.03)
Mme	BUREL-VANDENBOS Fanny	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	DOGLIO Alain	Bactériologie-Virologie (45.01)
M	DOYEN Jérôme	Radiothérapie (47.02)
M	FAVRE Guillaume	Néphrologie (52.03)
M.	FOSSE Thierry	Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M.	GARRAFFO Rodolphe	Pharmacologie Fondamentale (48.03)
Mme	GIOVANNINI-CHAMI Lisa	Pédiatrie (54.01)
Mme	HINAULT Charlotte	Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
M.	HUMBERT Olivier	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	LAMY Brigitte	Bactérilogie-Virologie (45.01)
Mme	LEGROS Laurence	Hématologie et Transfusion (47.01)
Mme	LONG-MIRA Elodie	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	MAGNIÉ Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
Mme	MOCERI Pamela	Cardiologie (51.02)
Mme	MUSSO-LASSALLE Sandra	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	NAÏMI Mourad	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
Mme	POMARES Christelle	Parasitologie et Mycologie (45.02)
Mme	SEITZ-POLSKI Barbara	Immunologie (47.03)
M.	TESTA Jean	Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	TOULON Pierre	Hématologie et Transfusion (47.01)

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

M.	DURAND Matthieu	Urologie (52.04)

PROFESSEURS ASSOCIÉS

M.	GARDON Gilles	Médecine Générale (53.03)
M.	GONZALEZ Jean-François	Chirurgie Orthopédique et traumatologie (50.02)
M.	PAPA Michel	Médecine Générale (53.03)
M.	WELLS Michael	Anatomie-Cytologie (42.03)

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

M	BALDIN Jean-Luc	Médecine Générale (53.03)
Mme	CASTA Céline	Médecine Générale (53.03)
Mme	MONNIER Brigitte	Médecine Générale (53.03)

PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

M.	BERTRAND François	Médecine Interne
M.	BROCKER Patrice	Médecine Interne Option Gériatrie
M.	CHEVALLIER Daniel	Urologie
Mme	FOURNIER-MEHOUAS Manuella	Médecine Physique et Réadaptation
M.	JAMBOU Patrick	Coordination prélèvements d'organes
M.	ODIN Guillaume	Chirurgie Maxilo-Faciale
M.	PEYRADE Frédéric	Onco-Hématologie
M.	PICCARD Bertrand	Psychiatrie
M.	QUARANTA Jean-François	Santé Publique

À mes parents,

Pour leur amour inconditionnel.

Tendrement

À Pierre-Lory, mon frère.

À Canelle et Robin, mes cousins avec lesquels j'ai grandi.

À mes grand-parents

À Jacqueline et à la mémoire de Maurice

À la mémoire de Rose et Raoul.

À toute ma famille.

À mes précieuses amitiés

À Charlotte, à Julie et à Sandra.

À celles avec qui l'aventure a commencé

À Charline et à Lisa.

À mes amis d'externat

À Gabrielle, à Damien, à Charlotte, à Félix, à Ding-yu, à Blandine, à Alexia et à Thibault.

À Léonor.

Aux précieux conseils et aux grandes connaissances

Au Dr Jean-Jacques BENICHOU

À Maurice MORENA

À Alain AUDIBERT.

Très affectueusement,

Au Dr Magali BARRÉ

Au Dr Magalie HAMM-ORLOWSKI

Au Dr Claire ROMETTI

Au Dr Edyta CYGANKIEWICZ

Au Dr Laura ZORDAN.

Avec estime, à mes maîtres de stage, du commencement à ce jour :

À M. le Dr François PAPETTI, chef de service lors de mon stage infirmier en 2eme année de médecine.

À Mme le Dr Michèle BATTISTA

Au Dr Stéphanie BOURSIER

À Mme le Dr Sylvie DUBREUIL-HAMDOUN

À M. le Dr Ronan ORIO

À M. le Dr Faredj CHERICK

À M. le Dr Jean-Charles ARDISSON

À Mme de Dr Françoise GOUDARD

À Mme le Dr Mélodie BEAUMONT

Au Dr Karim FENICHEL, au Dr Claire SYDA.

Avec respect, à ceux qui ont participé à ma formation universitaire :

À M. le Pr Guy DARCOURT, à Mme le Pr Martine MYQUEL, à M. le Pr Dominique PRINGUEY, à M. le Pr Philippe ROBERT, à Mme le Pr ASKENAZY, à M. le Pr Michel BENOIT, au Dr Frédéric JOVER, au Dr Bruno GIORDANA, au Dr Frantz KHOL, au Dr Laurent GUGENHEIM, à M. Régis DUBUISSON.

Avec mes remerciements, au service de parasitologie et de dermatologie du CHU l'Archet :

Au Docteur Pascal DELAUNAY très spécialement, au Docteur Fériel BOUKARI.

Très chaleureusement, à l'équipe de psychiatrie de liaison de l'hôpital l'Archet :

À Monique pour ta grande générosité et tes compétences.

À la mémoire de Martine.

À l'équipe de pédopsychiatrie de l'Arobase pour m'avoir accompagnée à mes débuts.

À l'équipe du service Saint-Amédée du Centre Hospitalier Sainte Marie.

À l'équipe du M2B de l'hôpital Pasteur.

À l'équipe du D1, le service d'addictologie de l'Archet.

À l'équipe de pédopsychiatrie et de pédiatrie de l'hôpital d'Antibes.

Tout particulièrement, à l'équipe des urgences et du secteur V d'Antibes, pour votre accueil, votre dynamisme et votre professionnalisme, avec mes plus sincères remerciements à chacun d'entre vous.

À mes ainées qui m'ont toujours montrées la voie

A Laure, à Camille et à Audrey.

À celles qui la prennent à merveille

A Célia et à Ariane.

À Laura, à Anthony, à Sylvain, à Tommy, à Marianne, à Romain, à Ludwig, à Loris-Alexandre, à Louis et à William, mes camarades de promotion.

Monsieur le Professeur BENOIT

Vous me faites l'honneur de présider le jury de cette thèse.

Au cours de mon cursus, j'ai eu la chance de bénéficier de votre enseignement. J'en ai apprécié la trajectoire et la visée pratique.

Alors que je m'engageais dans cet ouvrage, j'ai été honorée de la confiance et du soutien que vous m'avez accordée.

Je vous remercie de votre disponibilité et de la portée de vos remarques.

Votre professionnalisme et votre humanité valent mon estime et mon admiration.

Je vous prie de bien vouloir trouver dans ce modeste travail, l'expression de ma sincère reconnaissance.

Monsieur le Professeur PRINGUEY

Vous me faites l'honneur et le plaisir de juger ce travail.

Au cours de mes études générales et spécialisées, j'ai eu le privilège de suivre votre enseignement.

J'ai eu la chance d'avoir côtoyé votre richesse clinique et d'avoir partagé votre vaste connaissance.

Grâce à vos grandes qualités humaines, ce patrimoine demeure vivant.

Je vous remercie de nous en faire profiter avec passion.

Je vous prie de bien vouloir trouver dans ce modeste ouvrage, l'expression de mon profond respect.

Monsieur le Professeur MARTY

Vous me faites l'honneur de juger ce travail.

J'ai bénéficié de vos enseignements et apprécié vos qualités pédagogiques au cours de mes études générales.

Durant mon internat, j'ai pu mener à bien cette étude grâce à votre ouverture.

En vous remerciant de l'intérêt que vous avez accordé à cette collaboration.

Je vous prie de bien vouloir trouver ici l'expression de ma haute considération.

Au Docteur Edyta CYGANKIEWICZ

Tu me fais l'honneur et le bonheur de juger ce travail.

J'ai eu le plaisir de me former à tes côtés.

En ta présence, j'ai appris de ta générosité, de ton empathie et de ta douceur.

L'accueil très chaleureux et la confiance que tu m'as prêtée ont été autant d'attentions qui m'ont permis de trouver ma place et de parfaire ma formation.

Ainsi, c'est au cours de ce stage que ma curiosité s'est éveillée et que l'idée de ce travail est née.

Ton bon sens clinique et ta bonté valent mon estime.

Tu es et tu seras pour moi l'exemple d'humanité dans l'exercice de ma profession.

Chère Edyta, trouve ici l'expression de mes sincères remerciements et de mon affection.

Au Docteur Magalie HAMM-ORLOWSKI

Tu me fais l'honneur et la joie de juger ce travail.

J'ai eu le grand plaisir de me former sous ta supervision.

En ta présence, j'ai appris de ta justesse, de ta pertinence, de ton éloquence.

Auprès de toi j'ai engagé cette thèse.

Au cours de sa réalisation, j'ai trouvé le médecin et l'amie qui m'a épaulée et soutenue en toutes circonstances.

Tes compétences professionnelles incontestables ainsi que tes qualités humaines valent mon estime.

Tu es et tu seras pour moi l'exemple de rigueur dans l'exercice de ma profession.

Chère Magalie, trouve ici l'expression de ma gratitude et de ma sincère affection.

Au Docteur Claire ROMETTI

Tu m'as fait le privilège et la joie d'accepter de diriger ce travail.

Tu me fais l'honneur de le juger.

J'ai eu la chance de me former sous ta supervision.

En ta présence, j'ai appris de ton exigence, de ta clarté, de ta finesse.

Avec toi j'ai engagé ce travail.

Au cours de sa réalisation, j'ai trouvé la guide et la conseillère qui m'a accompagnée, sans failles, pas à pas.

Je tiens à te remercier pour l'oreille attentive et bienveillante que tu m'as prêtée, en toutes circonstances.

Tes valeurs professionnelles inébranlables ainsi que tes qualités humaines valent mon estime.

Tu es et tu seras pour moi l'exemple de droiture dans l'exercice de ma profession.

Chère Claire, trouve ici l'expression de ma sincère reconnaissance.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION 20

CHAPITRE I – ÉTAT DE L'ART 21

1. HISTORIQUE DES CONCEPTS 22
2. LA PARASITOSE DÉLIRANTE DE NOS JOURS 25
   - 2.1. Le tableau clinique 25
     - 2.1.1. Les principaux symptômes 25
     - 2.1.2. Les symptômes associés 26
     - 2.1.3. Les caractéristiques temporelles 27
     - 2.1.4. Les caractéristiques spatiales 27
     - 2.1.5. Les caractéristiques des agents pathogènes imaginaires 28
     - 2.1.6. Intellectualisation et théorisation 28
     - 2.1.7. Le signe de la boîte d'allumette 29
     - 2.1.8. Les « auto-thérapies » 30
     - 2.1.9. La dangerosité et l'atteinte de la qualité de vie 31
     - 2.1.10. La relation médecin-malade 31
   - 2.2. L'épidémiologie 32
   - 2.3. La démarche diagnostique 34
     - 2.3.1. Algorithme conventionnel pour le somaticien 34
     - 2.3.2. Réflexion pour le psychiatre 36
   - 2.4. L'approche thérapeutique 39
3. CONCLUSION SUR L'ÉTUDE DE LA LITTERATURE 41

CHAPITRE II – PARTIE CLINIQUE 45

1. INTRODUCTION 46
2. Cas N° 1 : « LA MUSICIENNE » 48
   - 2.1. Observation clinique 48
   - 2.2. Examen psychiatrique 53
3. Cas N° 2 : « LE SCIENTIFIQUE » 57
   - 3.1. Observation clinique 57
   - 3.2. Examen psychiatrique 77

4. Cas N° 3 : « LE PATRIARCHE » 81
4.1. Observation clinique 81
4.2. Examen psychiatrique 88
5. Cas N° 4 : « LA COQUETTE » 90
5.1. Observation clinique 90
5.2. Examen psychiatrique 101

CHAPITRE III – DISCUSSION 103

1. INTRODUCTION 104
2. ANALYSE SÉMIOLOGIQUE 105
2.1. L'abord relationnel 106
2.1.1. La présentation 106
2.1.2. Le contact 106
2.1.3. Le positionnement 106
2.2. Le discours 109
2.2.1. La forme 109
2.2.2. Le fond : le syndrome délirant 109
2.3. La construction délirante 110
2.4. L'organisation délirante 112
2.5. L'humeur 113
2.6. Les perceptions, illusions et hallucinations 115
2.7. La pathomimie 118
2.8. Conclusion de l'analyse sémiologique 119
3. ANALYSE DE L'HISTOIRE DE VIE 120
3.1. La mise en récit de l'enfance 121
3.2. Le travail, l'activité physique, l'alimentation, les toxiques 122
3.3. La dimension comportementale 123
3.4. La sexualité 124
3.5. Le décor avant l'infestation 125
3.6. Le fonctionnement pendant l'infestation 127
3.7. La rencontre avec le parasite 128
3.8. Symptômes et culture 129
3.9. Conclusion de l'analyse de l'histoire de vie 130

4. ANALYSE EXISTENTIELLE 131
4.1. Rappels fondamentaux 131
4.2. Analyse existentielle 133
4.3. Conclusion de l'analyse existentielle 141
5. CONCLUSION DE LA DISCUSSION 142

CHAPITRE IV – OUTILS ET PRATIQUE 144

1. INTRODUCTION 145
2. RÉFLEXION AUTOUR DE LA MULTIDISCIPLINARITÉ 146
2.1. Avec la dermatologie 146
2.2. Avec la parasitologie 147
2.3. Discussion sur la prise en charge 148
2.4. Conclusion sur la multidisciplinarité 149
3. CONSEILS AU SOMATICIEN 151
3.1. Approche diagnostique 151
3.2. Stratégies de prise en charge 153
4. CONSEILS AU PSYCHIATRE 156
4.1. Approche diagnostique 156
4.2. Stratégies de prise en charge 156
4.2.1. La première consultation 157
4.2.2. Le suivi au long cours 161
4.2.2.1. La psychothérapie 161
4.2.2.2. Le traitement médicamenteux 166
4.3. Réflexion autour de l'urgence, des considérations juridiques et légales 167
5. CONCLUSION SUR LA PRISE EN CHARGE 168

CONCLUSION 169

PERSPECTIVES 170

BIBLIOGRAPHIE 172

SERMENT D'HIPPOCRATE 183

RÉSUMÉ 184

I N T R O D U C T I O N :

Les patients qui souffrent d'un délire d'infestation parasitaire, encore appelé syndrome d'Ekbom, possèdent la conviction extraordinaire d'être infesté par des parasites alors que rien ne la rend plausible. Chercher un remède à leurs maux les amène à la rencontre du médecin qu'ils tentent de convaincre du mal qui les ronge. Ils convoquent plus souvent les généralistes, dermatologues, parasitologues ou encore infectiologues, que les psychiatres. Pour ces derniers, la rencontre avec cette entité clinique est anecdotique mais bien souvent mémorable. L'acharnement dont font preuve les patients et la souffrance qui se dégage de leur discours laissera planer un sentiment de frustration partagé à l'échec de toute prise en charge.

Celle-ci s'annonce bien complexe. Bien que l'intervention du psychiatre soit légitime, cette consultation spécialisée est un véritable challenge. De plus, les frontières nosographiques du syndrome sont floues. La question de la classification diagnostique justifiera l'inquiétude du médecin sur sa conduite thérapeutique dont celle-ci ne fait l'objet d'aucune recommandation. Bien que relativement rare, la parasitose délirante pose ainsi un véritable problème en pratique clinique.

Ce travail propose d'illustrer et d'approfondir la compréhension de la maladie au travers d'une étude de cas. Pour ce faire, quatre grandes parties structureront notre ouvrage. Après avoir effectué une analyse de la littérature dans une première, nous enrichirons ces constatations théoriques de nos observations personnelles grâce à l'analyse de quatre vignettes cliniques détaillées dans une seconde. Notre véritable réflexion sera traitée dans un troisième chapitre et consistera à saisir le noyau commun retrouvé au sein de notre population à l'aide d'outils sémiologiques, psychopathologiques et phénoménologiques. De nos appréciations, nous finirons par une dernière partie d'ouverture pratique traitant de divers aspects tant relationnels que thérapeutiques.

De la singularité du premier échange à l'accompagnement au cours d'un suivi régulier, il est question de partager et de commenter nos expériences dans le but d'améliorer la prise en charge globale des patients atteints de délire d'infestation parasitaire.

C H A P I T R E I :

E T A T D E L ' A R T

1. HISTORIQUE DES CONCEPTS :

Si nous étions atteints de délire d'infestation, nous pourrions être de ces sujets qui demeurent convaincus que leur peau, leur corps ou parfois leur environnement sont infestés par des agents pathogènes, et dont la certitude resterait inébranlable malgré un discours médical opposé, soucieux de nous informer du contraire s'appuyant sur la négativité des examens microbiologiques. Mais de par notre opinion, il nous semblerait plutôt usuel de nous retrouver un jour dans la salle d'attente d'un dermatologue ou dans celle d'un parasitologue plus que dans celle d'un psychiatre, idée qui nous paraîtrait parfaitement saugrenue. C'est ainsi que les descriptions historiques de la parasitose délirante ont été réalisées par deux dermatologues français, Thibierge (1) et Perrin (2), dont les travaux publiés respectivement en 1894 et 1896 décrivaient déjà avec précision un tableau clinique qu'ils ont réunis sous les termes d'« acarophobie » et de « névropathies parasitophobiques ». Si les traits caractéristiques étaient corrects, l'utilisation erronée du suffixe « phobie » était pourvoyeur d'une première confusion pour celui qui se soucie des conceptions nosographiques. La dénomination du syndrome se voulait nouvelle, mais la thématique n'était pas véritablement inconnue. Elle s'accole volontiers à une publication rédigée en 1889 par le Docteur Magnan, psychiatre exerçant son activité à l'hôpital Sainte-Anne à Paris. Il y décrit des « cocaïnes bugs », ces idées délirantes de thématique parasitaire associées à la présence de symptômes tactiles que l'on peut parfois observer chez les consommateurs réguliers de cocaïne (3).

L'entrée dans le XXe siècle sera marquée par le début de publications diverses sur le sujet dont les conceptions nosographiques ont été des plus variées. Ainsi il a existé des partisans d'un modèle de compréhension dit « sensoriel » ou « approche sensorialiste » caractérisée par la place centrale accordée aux sensations tactiles (4). Des termes tels qu' « obsessions hallucinatoires zoopathiques » ou « troubles de la cénesthésie » ont pu voir le jour. En opposition, une « approche cognitive » s'est implantée avec l'émergence des théories cognitives et comportementalistes en plaçant l'apparition d'un processus de construction délirante comme mécanisme central et caractéristique d'un tel trouble. Avec ce mouvement, les dénominations ont évolué en s'inquiétant de signifier explicitement l'importance du délire dans leurs intitulés. Parmi celles-ci, l'histoire a retenu le terme de « délire dermatozoïque présénile » proposé en 1938 par le neuropsychiatre suédois Karl-Axel Ekbom (5). Ses travaux ont consisté en la réalisation d'une étude s'appuyant sur l'analyse de tous les cas de délire parasitaires publiés auxquels il a adjoint sept cas tirés de ses observations personnelles. Il a souligné

l'évolution insidieuse, la croyance irréductible, l'intégrité intellectuelle, les analogies avec la paranoïa et l'hypocondrie délirante et a écarté tout rapport avec un état phobique. Pour l'anecdote, ce n'est qu'un peu plus de trente ans plus tard, en 1970, que le syndrome sera rebaptisé en son nom par Pethö et Szilàgyi (6).

En parallèle à ces deux approches, d'autres dimensions ont influencé l'évolution des dénominations. Schwatz et Munro (9) ont respectivement proposé les termes de « zirkumskripte hypochondrie » en 1929 ou encore de « monosymptomatic hypocondriacal psychosis » en 1980 de par les similarités cliniques qu'ils ont observées en rapprochant la symptomatologie de celle connue dans l'hypocondrie. C'est à partir de cette dernière conception que les classifications ont commencé à répertorier le délire d'infestation au sein des troubles délirants monothématiques de type somatique, constituant à l'époque le groupe des psychoses hypocondriaques monosymptomatiques (10) qui comprenaient les délires de mauvaises odeur corporelle et de mauvaise haleine, les délires d'infestation parasitaire et les délires dysmorphophobiques.

La présence d'une composante thymique dépressive (11,12) est souvent suspectée dans la littérature et ouvre sur l'éventualité qu'un tel délire puisse se développer pendant l'évolution d'une pathologie psychiatrique caractérisée. Dès 1929, l'hypothèse d'intégrer le tableau clinique au sein des troubles du spectre affectif a été émise par Schwatz. Wilson et Miller (13) dévisageront d'autres étiologies possibles en 1946. Ils redécriront des parasitoses délirantes induites par la prise de toxiques (14,15), mais aussi au cours de l'évolution d'une schizophrénie (16), congruentes à des tableaux dépressifs chez le sujet âgé (17,18) ou s'inscrivant chez des sujets de constitution paranoïaque. A la lumière de leurs observations, la parasitose délirante sera qualifiée de « non spécifique ». Ils proposeront ainsi le terme générique de « délire de parasitose ».

En plus d'intégrer une cause d'origine toxique ou psychiatrique à l'algorithme diagnostique, leurs travaux ont permis de sensibiliser les cliniciens aux comorbidités organiques en constatant l'apparition d'un délire de parasitose chez des patients sujets à l'athérosclérose (19,20). La description de pathologies organiques associées au délire d'infestation a par la suite était innombrable et la liste est aussi longue qu'aspécifique (21–24). On notera l'existence d'un débat idéologique concernant l'étiologie de la maladie qui oppose,

de façon tout à fait schématique, l'école anglosaxonne qui estime que l'origine du trouble est plutôt organique, à l'école francophone pour qui l'étiologie est psychogène.

Le terme de délire de parasitose a été repris en 1965 par Tullett (7), un psychiatre anglais partisan de faire valoir l'approche cognitive dans la dénomination du trouble. Cette appellation inspirera le psychiatre canadien Hopkinson (8) qui parlera finalement de délire d'infestation en 1970.

La fin des années 1990 sera marquée par l'évolution des pratiques et la création de cliniques de dermo-psychiatrie en Allemagne. Deux psychiatres, Musalek et Trabert, se sont distingués par leur investissement sur le sujet. Si le second est connu pour ses méta-analyses, le premier est considéré pour la finesse de ses travaux cliniques. De ses observations, il décrira trois grands groupes de patients présentant à différents degrés des traits hypocondriaques, paranoïdes ou les deux. Il individualisera ces trois tableaux cliniques en les nommant respectivement délire hypocondriaque de parasitose, délire d'infestation et délire hypocondriaque d'infestation (25–27) selon les traits observés.

Les difficultés diagnostiques sont ainsi étendues tant les intrications aux pathologies organiques, toxiques ou psychiatriques sont nombreuses. En ce sens, exclure la multitude de pathologies associées se veut un exercice ardu qui le devient plus encore lorsqu'on s'attelle à évaluer les implications de chaque comorbidité décelée dans l'émergence d'un délire d'infestation. Pour remarque, nous pouvons observer que les termes qui se maintiennent usuels en 2017 sont « délire d'infestation » et « syndrome d'Ekbom », appellation que le DSM-V répertorie au sein des *troubles délirants de type somatique* en demandant de spécifier s'il est *avec ou sans contenu bizarre*.

Si les caractéristiques observées par les psychiatres, telle les dimensions cénesthésiques (28), hypocondriaques (9), paranoïaques ou dépressives (11) pour ne citer qu'elles, ont disparu de sa dénomination, la non spécificité des noms actuels tend à maintenir le clinicien dans le flou nosographique au sein duquel il ne saurait à quoi se raccrocher. De ces disparités diagnostiques émergeront des conduites thérapeutiques des plus diverses. Celles-ci seront abordées en fin de chapitre dans la partie consacrée à l'approche thérapeutique.

2. LA PARASITOSE DÉLIRANTE DE NOS JOURS :

2.1. Le tableau clinique :

2.1.1. Les principaux symptômes :

Ainsi nous commençons à nous intéresser à ce qui apparait à l'œil du clinicien, tant le généraliste, que le dermatologue, le parasitologue mais aussi le psychiatre, amenés à rencontrer un patient atteint de délire d'infestation parasitaire. Deux critères principaux et complémentaires sont historiquement décrits dans la littérature. Il s'agit de la présence d'une conviction inébranlable (29) d'être infesté par un parasite au détriment d'un avis médical opposé, elle-même associée à la présence de sensations cutanées (30), considérées comme engendrées par la vivacité des agents pathogènes.

Cette conviction est extraordinaire, elle s'exprime telle une certitude incomparable et subjective alors que son contenu est impossible. Elle est encore imperméable, c'est-à-dire qu'elle ne peut être influencée par l'expérience ou des conclusions logiques. Il nous est ici possible de reconnaitre les caractéristiques évoquées par Jaspers pour définir une idée délirante. Mais à la différence d'une simple idée, il existe une véritable construction animée par la présence de mécanismes divers. Pour Corraze (31), ceux-ci correspondent à une interprétation paresthésique et une interprétation visuelle.

La première serait fondée sur les multiples perceptions cénesthopathiques caractérisées par des sensations de piqûres, de grouillements, de mouvements et des démangeaisons superficielles comme profondes. Le terme de « sensation » a été communément approuvé pour les décrire. Cette suggestion provient de discussions autour de la pertinence de l'emploi du mot illusion (5) (perception déformée d'un objet réel) contre celui d'hallucination (4) (perception sans objet) retrouvées dans de nombreux articles scientifiques. De cette controverse particulièrement difficile à résoudre dans le domaine du tactile a émergé le terme de « sensations cutanées » suggéré par Musalek dans les années 1990 (25), et toujours communément employé par les auteurs.

Concernant le domaine optique, lorsque le patient montre un débris dans une boîte en soutenant qu'il s'agit là du parasite (32,33), Corraze parlera d'interprétation visuelle. Mais

lorsque le patient affirme en voir partout, certains auteurs ont été bien obligés d'évoquer des hallucinations. La psychiatrie nous aura appris que ces dernières, en tant que perceptions sans objet, doivent se produire sans les stimuli qui déclenchent la perception (34). Il est ici difficile d'établir une distinction précise dans toutes ces perceptions délirantes où se mêlent inextricablement l'intuition délirante, l'interprétation, l'illusion et les hallucinations, difficulté pouvant commencer à expliquer l'originalité nosographique d'un tel syndrome situé par de nombreux auteurs à la frontière de plusieurs entités.

2.1.2. Les symptômes associés :

Ils sont ceux-là même qui vont participer à définir le tableau clinique dans lequel la parasitose délirante aura l'occasion de se révéler. La littérature distingue deux syndromes : les délires d'infestation primaires (ou forme primaire) et les délires d'infestation secondaires (ou forme secondaire) (35).

La forme primaire ne s'intègre dans aucun trouble sous-jacent d'origine psychiatrique, toxique, neurologique ou général. Il s'agit d'un tableau clinique de novo, dont l'expression est caractérisée par la présence d'un trouble délirant monothématique inébranlable, plus ou moins organisé, d'être infesté par des petites bêtes. Dans ce tableau clinique, les symptômes associés décrit dans la littérature sont rares.

La forme secondaire s'inscrit au sein de l'évolution d'une pathologie sous-jacente. Celle-ci peut être d'origine psychiatrique, toxique, neurologique ou générale. Ainsi, la présence ou non de symptômes associés dépend du tableau clinique en cause. Dans le cas d'un trouble du spectre de la schizophrénie, nous pourrons par exemple observer un délire paranoïde, productif, polythématique, non systématisé, avec des mécanismes divers et variés (odeurs corporelles et autres hallucinations...) associé à un syndrome dissociatif ou déficitaire (16,36). Dans le cas où le délire d'infestation apparaît secondairement à une tumeur cérébrale, un tableau neurologique caractéristique sera associé (19).

Une autre entité est individualisée par la littérature. Il s'agit des délires dit « induits ». Dans ce cas, la conviction est comme « contagieuse », partagée par plusieurs membres d'une même famille (37,38). Le premier cas de parasitose délirante induite retrouvée dans la littérature est un cas « d'acarophobie familiale » décrit par Giacardy en 1923.

2.1.3. Les caractéristiques temporelles :

S'intéresser à la temporalité consiste à aborder à la fois la question du début des troubles, du délai de prise en charge et de la durée d'évolution. La littérature est contradictoire concernant les caractéristiques descriptives du début des troubles. Si certains ont observé un début insidieux, d'autres auteurs ont décrit une apparition d'allure brutale que les patients et leurs proches peuvent dater avec précision. Pour remarque, cette différence tend à s'articuler avec la diversité des tableaux délirants dans laquelle peut venir s'inscrire un délire d'infestation.

La forme primaire la plus caractéristique aurait une évolution souvent insidieuse comme nous le pointait Ekbom (5) et est chronique sur plusieurs années. Au cours des formes secondaires, la durée d'infestation s'inscrit dans celle du tableau sous-jacent. Ainsi, l'évolution peut être épisodique lorsque la cause est par exemple toxique (14), ou médicamenteuse, mais aussi périodique ou encore chronique dans un contexte de schizophrénie, de psychose hallucinatoire chronique, ou de démence. Ainsi, les durées rapportées vont de quelques jours à 35 ans, avec une moyenne de 3,13 ans (39).

Le délai de prise en charge est fluctuant selon les auteurs. Le moment où le malade se décide à consulter peut-être très court, dans un délai de quelques semaines, ou parfois très long. Il va en moyenne de 2 à 3 ans avec des extrêmes de 2 mois à 20 ans (39). Trabert observera que le pronostic est relativement favorable, avec 50% de rémission, améliorée par une prise en charge rapide après l'éclosion du début des troubles.

2.1.4. Les caractéristiques spatiales :

Sur, dans et/ou sous la peau, toutes les parties du corps peuvent être infestées. Les localisations les plus fréquemment retrouvées dans la littérature sont la peau, notamment au niveau des mains, des bras, des pieds, des jambes, du haut du dos, du cuir chevelu, du thorax et des organes génitaux. Nous porterons notre attention sur la localisation commune au niveau des orifices du corps, comme le nez, les oreilles, la bouche, les pores de la peau, le tractus gastro-intestinal et génital. L'affection du corps entier est rare mais possible, d'autant plus que la durée d'évolution est importante (39). Des cas rares de localisation oculaire ont été décrits (40–42). Le parasite est souvent migrateur à l'intérieur de son hôte, les orifices étant le lieu de

l'infiltration mais aussi de l'évasion. Il existe un point de « nidification », une sorte « d'épine irritative » au niveau de laquelle se localise l'infestation.

2.1.5. Les caractéristiques des agents pathogènes imaginaires :

- Les types/espèces :

Les agents pathogènes rapportés par les auteurs sont extrêmement divers. Si certains signalent simplement des parasites, ou de petits animaux, d'autres patients ont des hypothèses plus spécifiques, comme des acariens, la gale, des poux, des vers, des insectes, des puces, des mouches, des tiques, des araignées (8,43). Beaucoup plus rarement, des pathogènes tels que les bactéries microscopiques, des virus, et autres sont rapportés. Une certaine proportion de patients rapportent des cheveux, les fils, des fibres, une matière inanimée, des taches ou des points, des grains de sable, ou encore des cailloux qui s'externalisent du corps par les pores de la peau (44–46). Cette entité s'est individualisée au sein de l'appellation « syndrome des Morgellons ».

- La taille :

Si les espèces sont variables, la taille est par ailleurs souvent relativement petite. Les agents pathogènes sont décrits comme minuscules, presque trop petits pour être vus (43), justifiant la difficulté pour le patient d'en attraper un. Les agents pathogènes supérieurs à quelques centimètres ne sont pas caractéristiques pour la forme primaire et indiquent plutôt une psychose toxique, ou une schizophrénie. Enfin, dans de rares cas, la taille du parasite ne peut pas être précisée (13), le plus souvent dans les formes secondaires à la démence.

- La couleur :

Elle est souvent noire, grise ou blanche, mais toutes les couleurs sont possibles, à noter que les plus vivaces (rouge, bleu etc…) existent et s'expriment principalement dans le cadre du « syndrome des Morgellons ». Parfois, les parasites sont décrits de couleur chair, ou encore de couleurs changeantes, par exemple passant du rouge au vert (43).

2.1.6. Intellectualisation et théorisation :

Sous-tendus par une préoccupation délirante envahissante, les patients passent leur temps à s'auto-examiner, en particulier la peau, parfois à l'aide d'outils ou d'instruments tel des loupes, des pincettes (30,43), ou des microscopes. De ces comportements apparaissent de

véritables rituels venant rythmer le quotidien et pouvant s'étaler sur plusieurs heures chaque jour. Les patients prennent des notes, réalisent des croquis, des expérimentations et, ces dernières années, multiplient les photos numériques (47) des pathogènes présumés et des lésions cutanées. Sur la base de leurs observations, ils élaborent des théories impressionnantes et détaillées. La rationalisation des symptômes tend à les organiser au service d'une logique interne dont l'objectif est d'apporter la preuve incontestable de leur théorie.

2.1.7. Le signe de la boite d'allumette :

Lorsque les patients pensent avoir réussi à isoler un échantillon d'agent pathogène, ils l'apportent au médecin comme preuve de l'infestation. Ces spécimens sont généralement présentés dans une petite boite, un sac, une feuille de papier ou une feuille de plastique pour le protéger. Ces agents pathogènes prétendument dangereux sont présentés comme des trophées, et manipulés sans dégoût ou sans crainte de propager l'infestation. Les « preuves » se composent généralement de matières, tels que des squames, des croûtes, des cheveux, des fils et autres particules de vêtements, des fibres, de la saleté ou du sable (32,33,47) ; il peut également s'agir de pattes de mouches ou d'araignées. Les patients présentent de plus en plus des photos numériques ou des films.

Ce signe clinique caractéristique a d'abord été décrit par Perrin en 1896 (3). Des fréquences comprises entre 4% en Inde et 92% en Argentine (43) ont été rapportées, et entre ces deux extrêmes, on retrouve des taux extrêmement variables de présentation de spécimen lors d'une consultation, de 14% (5), 29% (48), et 48% (49). Il semble que la majorité des patients prélèvent et présentent des échantillons au cours de leur maladie. La plupart des échantillons sont composés de fibres de cellulose, provenant probablement de tissus.

Aussi fréquent qu'il soit, ce signe n'est ni obligatoire ni suffisant pour poser un diagnostic de certitude (30). Ce comportement particulier a été nommé le « signe de la boîte d'allumettes » dans un éditorial anonyme en juillet 1983, et dans un article de WR Lee dans The Lancet (50). Cependant, des auteurs proposent le nom de « signe du spécimen » (spécimen sign) (32,33). Celui-ci semble plus approprié pour insister sur « le pathogène » et non sur le réceptacle. Il s'agit d'un terme générique, qui couvre tous les types de matériel livré, y compris des photos numériques.

2.1.8. Les « auto-thérapies » :

Environ 80% des patients ont recours à des gestes intensifs, répétitifs, et souvent dangereux d'auto-nettoyage pour se débarrasser des agents pathogènes (5). Ils tentent de désinfecter leurs vêtements et leur linge plusieurs fois par jour, mais également leur corps, en utilisant de nombreuses crèmes, désinfectants, savons et produits chimiques, souvent en quantité et en fréquence beaucoup trop importantes. Certains patients appliquent de l'alcool, de l'eau oxygénée, du pétrole, de l'essence ou du kérosène. Le rasage de la tête et l'épilation ont été rapportés dans de nombreux cas (43,51,52). La force mécanique et des instruments sont également utilisés pour tuer ou capturer les agents pathogènes (en frottant ou en grattant avec les ongles, des limes à ongles, des pinces à épiler, etc…). La littérature rapporte que certains patients ont parfois recours à des moyens physiques dramatiques pour leur corps en utilisant le courant électrique, le feu (5), des blocs de glace, les rayonnements (solarium) (30).

En cas d'infestation présumée colique ou anale, les laxatifs, les lavements, l'ingestion ou les lavages au vinaigre et l'utilisation d'instruments, produisent souvent de graves automutilations. Il peut en être de même au niveau des yeux en particulier dans les cas secondaires à la schizophrénie (42). Les complications les plus fréquentes de l'auto-thérapie sont des lésions cutanées diverses (érosions, excoriations de grattage, ulcères, croûtes hémorragiques, hyper ou dépigmentation, lichénification, surinfections bactériennes, cicatrices, dermatite liée à une irritation chronique, ou prurigo nodulaire). Selon les articles, ces lésions cutanées ont été rapportées avec des fréquences de 39% (49), 50% (53) et 63% (43). Dans une étude, des lésions graves qui nécessitent des mesures immédiates ont été trouvées chez 26% des patients (35). Les conséquences physiques sont parfois très importantes.

Outre leur gravité locale, ces lésions cutanées réelles rendent plus crédible aux yeux du patient l'idée d'une infestation de la peau : elles apportent un substratum réel à leurs démangeaisons et renforcent donc leur conviction. En cela, les lésions cutanées sont un facteur crucial dans la pathogenèse et dans l'entretien du trouble délirant, avec installation d'un cercle vicieux : les démangeaisons sont interprétées comme une infestation ; le grattage et les manipulations entrainent des lésions cutanées qui entrainent des démangeaisons, et ainsi de suite.

2.1.9. La dangerosité et l'atteinte de la qualité de vie :

Plus les patients essaient de se libérer de leur infection, et plus ils sont désespérés. Certains développent des idées suicidaires et des passages à l'acte auto-agressifs ont été rapportés. A l'inverse, certaines réactions de colère peuvent se produire, en rapport avec l'incompétence présumée du thérapeute, ou le plus souvent à l'évocation d'un problème psychiatrique. Ces réactions sont néanmoins rares (une étude sur 20 patients montre un taux d'agressivité relativement faible), et il n'existe qu'un cas recensé de tentative de meurtre sur un médecin de famille (54).

Une autre conséquence est l'appauvrissement financier des patients lié aux dépenses occasionnées par toutes les démarches (consultations de nombreux médecins, achats de multiples produits agressifs et traitements). Globalement, on observe une baisse significative de la qualité de vie, y compris une diminution de la productivité du travail, voir des pertes d'emploi, des invalidités, et un isolement social (55–57). Enfin, dans les cas de délire par procuration (58), les enfants à charges peuvent être soumis à des nettoyages excessifs, mettant en péril leur santé et leur sécurité. Dans ce cas particulier, l'intervention de la protection de l'enfance est à discuter au cours de la prise en charge.

2.1.10. La relation médecin-malade :

Le premier médecin consulté est généralement le médecin de famille. Par la suite, la règle est celle du nomadisme médical. Les patients consultent de nombreux médecins généralistes, des dermatologues, des entomologistes, des microbiologistes et des spécialistes des maladies tropicales. La rencontre avec le psychiatre est une exception et lorsqu'elle est indiquée par un confrère, elle est refusée la plupart du temps. Dans une étude récente réalisée en Argentine, la consultation psychiatrique a été possible seulement chez 1 des 12 patients (8%) (58). Il est intéressant de noter que certains patients sollicitent également l'aide des agents de lutte contre les rongeurs, les agents d'entretiens municipaux, les services d'hygiène etc...

Lors de la consultation, la réaction de ces derniers à l'annonce de l'absence d'une pathologie parasitaire n'est pas au soulagement. Celle-ci s'apparenterait plus vraisemblablement à une insatisfaction, celle de ne pas être cru, et ainsi de ne pas pouvoir être soulagé. La participation affective est souvent forte, une certaine agressivité peut être observée, voire de la

revendication à obtenir un diagnostic définitif (59). Le patient se place dans une position constante de rivalité avec le savoir et le pouvoir médicaux, instaurant une dualité. Dans la plupart des cas, le médecin est désigné comme incompétent. Consécutivement à la consultation, les patients ont tendance à construire une explication rationnelle qui permettrait de justifier la négativité des tests et de maintenir la plausibilité de l'infestation (prélèvement réalisé sur une localisation erronée ou au mauvais moment, microscope défectueux, techniques d'analyse imprécises, inversion des échantillons). Ils ne se contentent pas de ces diagnostics négatifs, et ils multiplient les tests dermatologiques et microbiologiques. Ils sont en demande de traitement, et non pas d'orientation vers un autre diagnostic puisqu'ils pensent d'ores et déjà connaître le mal qui les ronge. Les médicaments les plus demandés sont des antibiotiques, des virucides, des pesticides, ou tout autre médicament suffisamment agressif pour les débarrasser des agents pathogènes (30).

Le choix de l'approche thérapeutique est délicat. La prescription d'un anti-infectieux sans indication claire ne fonctionne pas. L'absence d'effet est réinterprétée par l'élaboration délirante, en servira sa cause et renforce la croyance délirante (30). Le positionnement dans la littérature considère comme contraire à l'éthique et inutile de répondre à ces demandes irrationnelles. Mais de cette frustration naît le nomadisme médical, voire la recherche d'une autre autorité compétente. Celle-ci peut être envisagée via les médecines alternatives diverses, ou, dans de plus en plus de cas, la quête d'information et de réponse est menée via des sites internet spécialisés, ou des forums. On citera les plus célèbres d'entre eux : www.morgellons.eu, www.currezone.com, www.skinparasites.com et Le forum "National Unidentified Skin Parasites Association" (NUSPA),

2.2. L'épidémiologie :

Après l'étude du tableau clinique, il s'agit à présent de s'intéresser à sa répartition et sa fréquence. Avoir une idée des données épidémiologiques concernant la parasitose délirante n'est pas une mince affaire pour tout psychiatre. il est vraisemblable que le dermatologue, spécialiste que 90% des patients choisiront de consulter (43) ou le parasitologue, tous deux placés en première ligne, les estimeront plus aisément. De plus, la fréquence de ce syndrome est difficile à évaluer. Si certains ne consultent pas, d'autres vont de médecin en médecin, insatisfaits des avis successifs, au désespoir de ne jamais convaincre qui que ce soit de la réalité

de leurs parasites (9). Trois médecins dont les publications font aujourd'hui référence se sont penchés sur le sujets :

En 1978, la psychiatre Annika Skott (60) a publié en regroupant 354 cas à partir de publications de dermatologues, psychiatres, neurologues et hygiénistes. Elle a retenu 85 cas homogènes pour évaluer une incidence annuelle estimée à 0.3/1000. Le sex ratio était de 2.8 femmes pour un homme, l'âge de début était observé à 64 ans et la durée d'évolution moyenne était dénombrée à 3 ans. Cette étude a souligné la fréquence d'un facteur qui nous intéresse particulièrement en psychiatrie, à savoir l'isolement social. Elle a noté la répétition de la présence d'une comorbidité psychiatrique tel que des troubles anxieux, des états phobo-obsessionnels, des dépressions et des psychoses délirantes franches.

En 1983, le dermatologue écossais Lyell (61) a publié une importante étude rétrospective incluant 282 cas. Ses conclusions étaient proches de celles d'Annika Skott. Cette étude a permis de relever que l'isolement social et la personnalité paranoïaque sont des facteurs statistiquement liés. D'autres études viendront confirmer ces données en rapportant des taux de 69,8% de patients célibataires, divorcés ou veufs (27) et 77% de sujets isolés de façon marquée ou modérée (62) (33). D'autre part, Lyell insistera sur la nécessité de rechercher une parasitose sous-jacente réelle dont la fréquence n'est pas à sous-estimée.

En 1991, le psychiatre allemand Trabert a réalisé une étude épidémiologique sur une durée d'un an (39). Il s'est attelé à référencer les taux d'incidence et de prévalence observés dans 341 institutions en Allemagne (sur 1015 institutions au total n = 115) regroupant des services de neurologie, de psychiatrie, de dermatologie, et de gériatrie, ainsi que dans des services de santé publique. En plus d'une étude hospitalière, il a effectué une enquête complémentaire réalisée au niveau des cabinets privés (39). Les résultats obtenus ont permis de calculer une prévalence de 5,58 cas par million d'habitants sur la base de cas signalés dans les hôpitaux et services de santé publique, tandis qu'une prévalence beaucoup plus élevée, de 83,23 cas par million d'habitants a été retrouvée dans l'enquête réalisée au niveau des cabinets privés. Cette différence montre que les patients atteints de parasitose délirante préfèrent consulter en dehors du contexte hospitalier**.**

En 1995, Trabert (35) s'intéressera une nouvelle fois au sujet en publiant une méta-analyse de 1223 cas collectés grâce au regroupement de 193 articles sur une période de 100 ans.

Il a ainsi évalué la durée moyenne d'évolution à 3 ans indépendamment du sexe et de l'âge, l'âge de début à 57 ans, un sex-ratio d'un homme pour 2.36 femmes, en remarquant que la différence entre les sexes augmente avec l'âge. Il a observé une fréquence élevée de l'isolement social comme trait pré-morbide, corrélée aux résultats de Skott,

La majorité des études ont confirmé ces données. Pour exemple, dans de grands échantillons, le ratio est habituellement d'environ 2,5 femmes pour 1 homme (43). Toutefois, on remarquera que ce ratio féminin n'existe que lorsque la population atteint les 45 ans (35,39,57,63). Chez les patients entre 30 et 39 ans, les hommes sont habituellement plus nombreux (39). Concernant l'âge de début, La parasitose délirante touche en général les personnes d'âge moyen et les personnes âgées. L'âge le plus bas connu est de 17 ans, et le plus élevé de 92 ans (43). Les hommes et les patients schizophrènes (39) ainsi que les patients avec un trouble d'apprentissage sont significativement plus jeunes que la moyenne des patients. Certaines études proposent d'y voir une distribution bimodale comprenant un pic chez les 20-30 ans, et un pic encore plus important à partir de 50 ans (43,55).

En reprenant les principaux paramètres épidémiologiques provenant de plusieurs études, on s'aperçoit que la parasitose délirante est observée par les cliniciens du monde entier (43,64) et ce de façon étonnamment stable dans le temps depuis le XIXe siècle. Cette stabilité est tout aussi valable pour les caractéristiques principales, telles que l'âge moyen, le sex-ratio, le déroulement et la durée de la maladie, ainsi que la présence de caractéristiques cliniques telles que le signe spécimen et la psychose partagée (65). Les données concernant l'isolement social nous interpellent et commencent à nous alerter sur l'enjeu relationnel sous-jacent.

2.3. La démarche diagnostique :

2.3.1. Algorithme conventionnel pour le somaticien :

La démarche diagnostique a été relativement bien codifiée par la littérature (43). Elle s'effectue en plusieurs étapes que nous avons schématisées à l'aide des figures suivantes. La première étape consiste à éliminer un diagnostic différentiel somatique pour confirmer le délire d'infestation avec certitude (**Figure 1)**. La deuxième étape illustrée par la **Figure 2** consiste à rechercher la présence d'une étiologie secondaire organique ou toxique.

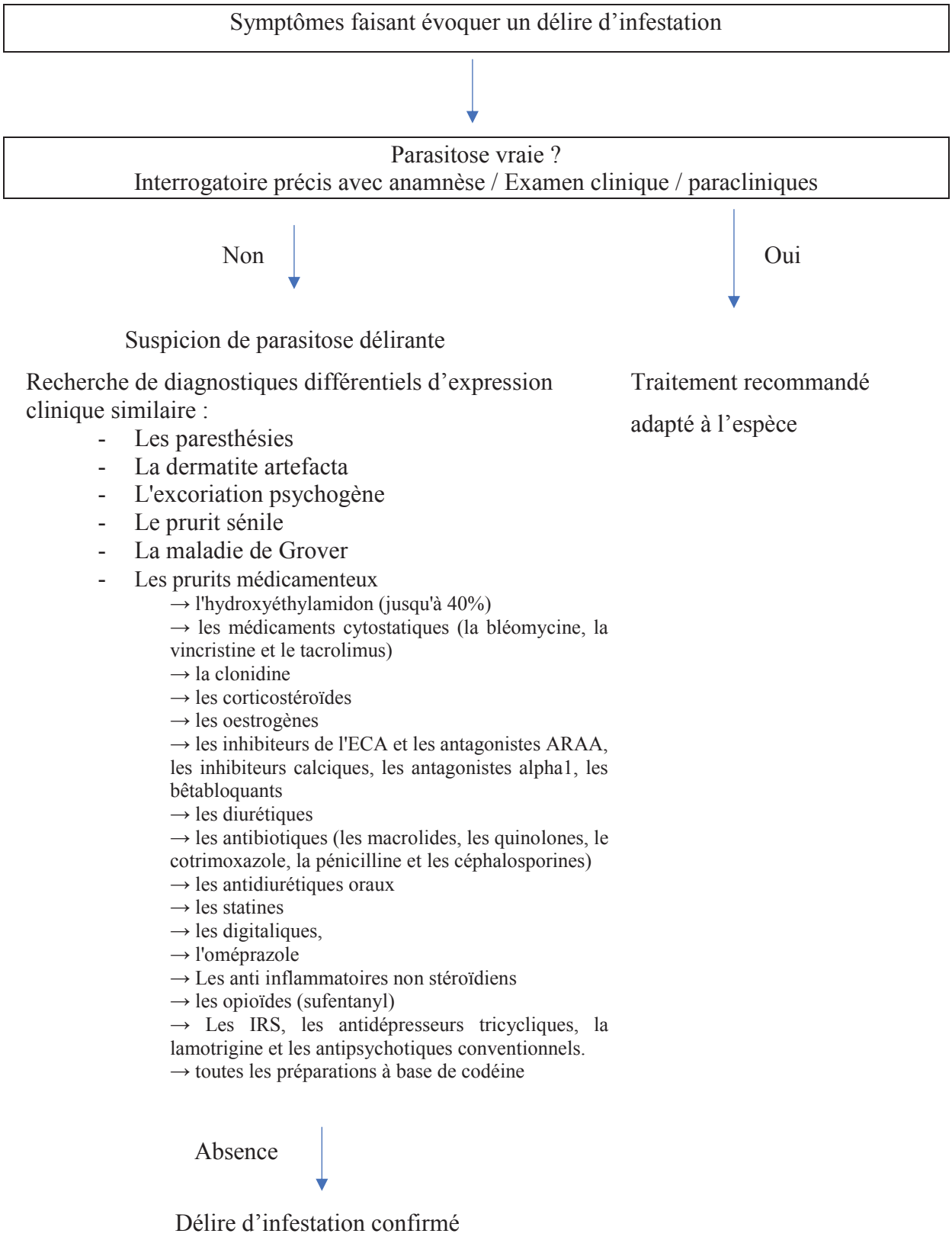


Figure 1 – Elimination des différentiels somatiques.

Recherche d'une origine secondaire :

- Toxique (cocaine, amphétamine, cannabis, L-DOPA, Methylphénidate, Alcool)
- Atteintes cérébrales
  → troubles neurodégénératifs (Démence, Atrophie corticale ou thalamique, Maladie de parkinson, Chorée de Huntington
  → Troubles neurovasculaires (Athérosclérose,AVC, hémorragie intracérébrale ou sous aracnoidienne)
  → Tumeurs cérébrales (pituitaire, craniopharyngiome)
  → Infections (méningites, encéphalites, neurosyphilis, encéphalopathie VIH)
  → Traumatique (localisation thalamique)
  → Epilepsie post traumatique
  → Hydrocéphalie à pression constante
  → Etat confusionnel
- Conditions médicales générales
  → Infections (tuberculose)
  → Pathologies endocrinienne (diabète, hypothyroidie, panhypopituitarisme, hypoparathyroidie)
  → Pathologies hématologiques ou cancéreuses (tumeurs solides, lymphomes, leucémies, anémie)
  → Carrence vitaminiques (B1, B3, B9, B12)
  → Maladies systémiques (Lupus, maladie de Behcet)
  → Insuffisance rénale
  → Cholestase avec hyperbilirubinémie
  → Déficit sensoriels (Vue, audition)
  → Pathologies cardiovasculaires (arythmie cardiaque, HTA, cardiopathie)
  → Hypernatrémie

Bilan paraclinique de 1ere intention :

- NFS complète,
- VS/CRP
- ionogramme complet
- bilan rénal
- bilan hépatique
- bilan thyroïdien
- glycémie à jeun
- bilan urinaire : obligatoire pour la recherche de toxiques
- test de grossesse
- carence vit B12, folates, fer
- sérologie hépatite, VIH et syphilis +/- dépistage pour la Borrelia, le Treponème,
- ECG
- EEG
- IRM cérébrale

Figure 2 – Elimination d'une étiologie secondaire organique ou toxique.

2.3.2. Réflexion pour le psychiatre :

La démarche diagnostique est similaire à celle du somaticien. Elle consistera à éliminer un différentiel psychiatrique, puis à réfléchir à l'existence d'une pathologie psychiatrique caractérisée (43).

- Eliminer un différentiel psychiatrique :

A l'issu de ces investigations, le somaticien aura d'abord confirmé le délire d'infestation. Il aura recherché une cause toxique, médicamenteuse ou une affection médicale

générale. A ce stade, la confirmation du diagnostic de délire d'infestation associée à la négativité du bilan paraclinique doit impliquer le psychiatre dans la prise en charge. Nous proposerons maintenant une réflexion autour des différentiels psychiatriques dont les similitudes cliniques peuvent porter à confusion.

Il ne faudra pas porter le diagnostic de parasitophobie devant un délire d'infestation parasitaire. Si la participation anxieuse est importante dans les deux cas, la différence est fondamentale et concerne le fait que le premier patient possède la crainte d'une éventuelle infestation mais ne se croit pas lui-même parasité, à l'inverse du second.

Les troubles obsessionnels compulsifs, s'ils peuvent être confondus avec le délire d'infestation de par la présence d'obsessions idéatives et de rituels de lavages, doivent en être distingués par les différences majeures concernant l'attitude et le comportement engendré. Un patient atteint d'un trouble obsessionnel compulsif tentera d'ignorer ou de réprimer ses pensées qu'il reconnait comme absurdes, fait diamétralement opposé au cours du délire d'infestation.

Les troubles somatoformes doivent être intégrés dans la réflexion. La préoccupation à l'origine d'une souffrance cliniquement significative ou d'une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants qui tend à renforcer la solitude dans laquelle se trouve les patients pourra soulever le diagnostic. Cependant, la préoccupation est différente et la présence de symptômes psychotiques tel des hallucinations auditives, visuelles ou cénesthésiques n'est pas de règle. Au sein de cette entité, on retiendra particulièrement l'hypocondrie, similaire sur plusieurs aspects. Il existe une préoccupation centrée sur la présence de manifestations corporelles interprétées de façon erronée, les examens cliniques et complémentaires sont répétés et l'attitude et les propos rassurants du médecin ne parviennent guère à apaiser la détresse des individus. Il existe également une surconsommation médicale et une détérioration des relations médecin-malade, génératrice pour les deux parties, de frustration et de colère. Les individus présentant ces troubles pensent qu'ils ne sont pas correctement soignés et peuvent résister avec acharnement lorsqu'on veut les adresser à des centres de soins psychiatriques. Si cette présentation est assez semblable, ils se différencient par leur sujet de préoccupation. L'hypocondriaque est convaincu qu'un de ses organes est dysfonctionnel alors que le parasité est persuadé que l'altération de son corps est liée à la présence d'un agent pathogène, et que sans lui, tout redeviendrait « comme avant ».

Enfin, la narration des troubles avec un certain sens dramatique, la vaste connaissance de la terminologie médicale, la présence de lésions auto-infligées, l'existence d'un nomadisme médical, la soumission avec empressement à la réalisation d'examens complémentaires et d'investigations invasives doit faire suspecter un trouble du spectre de la pathomimie qu'il faudra discuter.

- Rechercher une entité psychiatrique connue sous-jacente :

Après avoir éliminé les différentiels psychiatriques, l'inscription du tableau clinique au sein d'une entité psychiatrique caractérisée se pose. L'étape suivante consiste donc à s'intéresser aux considérations psychopathologiques.

Certaines parasitoses délirantes entrent dans le cadre d'une pathologie psychiatrique caractérisée. Si Trabert considère qu'il existe une majorité de formes primitives dans son étude épidémiologique en 1995, il retrouve 10.6% de schizophrénie, 21,8% de psychoses organiques, 3,5% de névroses, 9% de troubles de l'humeur et près d'un quart de psychoses induites. Les études plus récentes tendent à révéler la présence de comorbidité tel que la dépression 44%, l'anxiété 19% et d'abus et de dépendance à des susbtances psycho-actives 19% (37) .

Par exemple, l'existence d'une riche expérience psychosensorielle et le contexte d'isolement social peut faire discuter la frontière avec la psychose hallucinatoire chronique. Ce lien avait notamment été développé par MacNamara (4) sur le fait que certains cas de délire d'infestation pouvaient faire évoquer la forme cénesthésique pure. Cependant, comme nous l'avons soulevé plus haut, la notion d'hallucination ne fait pas l'unanimité et beaucoup d'auteurs plaideront en faveur d'illusions.

De même, le vécu douloureux punitif et le degré de culpabilité de l'infestation, quand il est associé à la peur d'être contagieux et de nuire à ses proches peuvent rentrer dans le cadre d'idées délirantes congruentes à l'humeur évoquant les idées d'indignité, de culpabilité, de saleté, de punition, de faute et de mort propres à la mélancolie (59). De façon inverse, la dépression peut être réactionnelle au sentiment d'incurabilité et peut engendrer l'apparition d'idées suicidaires voire motiver un passage à l'acte (66).

2.4. L’approche thérapeutique :

Dans la mesure où l’approche diagnostique est déjà complexe, l’approche thérapeutique est une véritable énigme. On notera que la rémission complète des symptômes et la critique rétrospective sont rares (26,48). Les auteurs s’accordent sur l’efficacité des soins multidisciplinaires faisant intervenir plusieurs spécialités. Bien que la nécessité des soins psychiatriques fasse l’unanimité, aucune recommandation sur ce dernier aspect ne permet de guider le psychiatre dans sa démarche.

Si les antipsychotiques ont un rôle central dans la psychopharmacothérapie, il serait trop simple de croire qu'ils sont la seule thérapeutique et qu'ils sont toujours de la même importance. Leur principale indication est la présence de symptômes psychotiques récurrents ou persistants (idées délirantes, hallucinations). Historiquement, le pimozide s’est implanté comme le neuroleptique de choix à la fin des années 1980, à la suite des études réalisées par Munro (9,67). Néanmoins, avec l’émergence des antipsychotiques atypiques et les études comparatives réalisées dans les années 1990, son utilisation en première ligne a été remise en question (68). La risperidone est le traitement de choix (69–72). L’olanzapine (51,73,74) l’aripiprazole (41,75–79) et la quetiapine (17) sont également des molécules dont l’efficacité a pu être mentionnée dans la littérature. Les antipsychotiques atypiques ne sont pas homogènes en termes de mécanisme d'action, de pharmacocinétique, d'efficacité et de profil d'effets indésirables, en dépit de leur classe partagée. Le choix de l’antipsychotique doit être fait individuellement en fonction des comorbidités et du profil de risque de la substance, plutôt que sur des considérations d'efficacité seules (80). La clozapine est également référencée (81).

Accolée aux prescriptions d’antipsychotiques, l’utilisation des antidépresseurs (82,83) est argumentée dans la littérature par les défenseurs de la présence d’un trouble dépressif compliqué ou compliquant la parasitose délirante. Le premier à avoir intégré la parasitose délirante au spectre des troubles affectifs était Schwatz en 1929. Sa pensée a continué d’être partagée. A ce jour, certains auteurs prescrivent d’abord les antidépresseurs seuls pendant 6 à 8 semaines et, en cas d’échec seulement, y associent un neuroleptique. Les règles de prescriptions suivent les recommandations actuelles. Ainsi les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine sont habituellement les agents de première ligne. Parmi ceux-ci, l'escitalopram et la sertraline sont associés au plus faible risque d'interactions hépatiques avec un traitement antipsychotique concomitant, et à une meilleure acceptabilité. Les antidépresseurs tricycliques

sont actuellement beaucoup moins fréquemment utilisés à cause de leurs contre-indications et de leurs fréquents et importants effets secondaires bien qu'Hopkinson en avait constaté l'efficacité en 1970.

Il existe peu de données sur les thérapies psychiatriques non pharmacologiques. Les méthodes actives telle la psychothérapie de soutien (84) sont malheureusement difficile à engager. Les avis divergent énormément, certaines études concluent qu'elle n'est utile que dans 10% des cas, au mieux (85). On peut également s'interroger sur l'efficacité de thérapies cognitivocomportementales, dans les formes très anxieuses, avec notamment des techniques de désensibilisation avec des expositions graduées, et un contrôle des actions ritualisées.

L'électroconvulsivotérapie (ECT) est désignée comme l'approche non pharmacologique la plus intéressante. Néanmoins elle ne peut être considérée que comme un traitement de deuxième ou troisième ligne, en cas de pharmaco-résistance. On peut identifier une vingtaine de cas traités par ECT publiés depuis 1949, principalement pour les délires d'infestation secondaires à la dépression sévère (8,43,86). La meilleure preuve d'efficacité est fournie par une étude Indienne de Srinivasan (86) où six des huit patients (75%) traités par ECT ont très bien répondu. Le taux de réponse était supérieur à celui d'un traitement antipsychotique, mais l'étude était limitée par la taille réduite de l'échantillon.

A titre anecdotique, des équipes ont essayé d'influer sur les symptômes périphériques tactiles au moyen de la stimulation électrique transcutanée (43).

Ainsi l'approche thérapeutique reste complexe. Il existe généralement un retard diagnostique et l'alliance est mise à rude épreuve. Le choix entre antipsychotique et antidépresseur n'est pas réglementé. Beaucoup de patients se montrent opposés aux prises en charge médicamenteuses et les données de la littérature sont très limitées pour l'ensemble des thérapies non standards, proposant peu d'alternatives sur lesquelles s'appuyer.

3. CONCLUSION SUR L'ETUDE DE LA LITTERATUDE :

Entendre parler de parasitose délirante ou de délire d'infestation parasitaire, comme il est le plus souvent coutume de le nommer en 2017, participe à susciter l'étonnement, l'intérêt et l'inquiétude. S'étonner d'abord pour un psychiatre de sa dénomination. Celle-là même qui attribue à un symptôme (le délire) d'englober une entité clinique à part entière. Si la nosographie psychiatrique comporte des pathologies caractérisées dont la nomination se rapporte à une spécificité délirante (comme cela est le cas pour les délires de revendication ou de jalousie par exemple) elle nous a aussi appris à concevoir qu'il existe des délires tel les délires de persécution, retrouvés dans des tableaux extrêmement variés, que le psychiatre s'attèlera à analyser et replacer au sein d'une entité syndromique.

Symptôme ou diagnostic, voilà une première question auquel tout clinicien qui aura la tâche de prendre en charge une parasitose délirante sera confronté dans sa pratique. La littérature nous éclaire sur le sujet. Elle a proposé de différencier les délires d'infestation parasitaires primaires des secondaires. Les premiers correspondent à une entité individuelle non expliquée par une cause sous-jacente alors que les seconds s'intègrent à l'expression d'un trouble d'origine organique, toxique ou psychiatrique. Devons-nous comprendre alors qu'ils puissent être l'un et l'autre ? Délires d'infestation tel un diagnostic ou délire d'infestation tel un symptôme, ce nom semble véritablement double.

Concevoir un éventail clinique aussi large nous renvoie plutôt à la conception que l'on se fait du délire de persécution (thème) plus que celle du délire de revendication (entité). Si la perspective d'accoler notre sujet d'étude à un domaine de la pratique courante semble familière et apaisante, elle nous interrogera une seconde fois. En effet, il n'existe pas de délire de persécution « primaire » et « secondaire », ne plaçant jamais celui-ci au rang d'entité diagnostique en elle-même.

Bien que très codifié sur le plan de ses traits caractéristiques, et ce depuis la fin de XIXe siècle, il est paradoxal d'observer que la classification du délire d'infestation au sein des outils traditionnels a été discutée et l'est encore à ce jour. Le projet classificatoire prélude à l'acte diagnostique, qui figure lui-même à la décision et à la conduite à tenir. Nous questionner sur l'impact d'une errance nosographique ne nous semble pas dénué de sens.

Si la teneur délirante est évidente, l'inquiétude du médecin sur sa conduite est légitime. L'algorithme diagnostique long et scrupuleux est assez codifié. Nous ne pouvons en dire autant concernant l'attitude thérapeutique à adopter qui n'a fait l'objet d'aucune recommandation. La littérature ressence de nombreuses prises en charge pouvant être envisagées, allant des psychotropes toutes classes confondues jusqu'aux techniques de stimulations transcrâniennes en passant par la sismothérapie. Les approches non conventionnelles n'ont aucune place précisément définie.

Si l'on conçoit aisément que le psychiatre ait ici un rôle à jouer, celui-ci s'annonce d'ores et déjà complexe. Cette difficulté sera complétée d'une nouvelle, nous faisons allusion à la si délicate mais néanmoins indispensable tache d'engager le patient dans une relation thérapeutique. En effet, l'attitude de ce dernier, souvent méfiante à l'égard des médecins et hautement réticente vis-à-vis des psychiatres, place la consultation psychiatrique au rang d'un véritable challenge à accomplir.

Sans attaches, la règle est au nomadisme médical, à la chronicisation du trouble, à l'isolement psycho-social et à la précarisation. Au quotidien, la parasitose délirante représente un véritable problème en pratique clinique. Quand elle n'a pas évincé le psychiatre d'une prise en charge qui lui est pourtant légitime, elle questionnera le clinicien, le perdra dans ses choix thérapeutiques, et risquera au patient de s'enfermer dans la souffrance et la solitude de son délire.

Si la démarche thérapeutique est déterminante, rappelons-nous qu'elle ne peut être guider que par une identification diagnostic préalable, elle-même notre première inconnue. Le syndrome d'Ekbom demeure donc une entité nosologique difficile à classer. Il reste en l'état au stade de syndrome pour lequel il faut rechercher les causes étiopathogéniques, somatiques parfois et psychiques toujours. Il met en exergue une tendance actuelle de la médecine qui s'éclate en de multiples spécialités scientifiques et s'épuise dans une clinique de la preuve, fonctionnant en miroir des patients. Si ces derniers sont pris dans le « signe de la boite d'allumette » et cherchent constamment à apporter la preuve de leur conviction, ne serions-nous pas en tant que médecin, pris au travers d'une quête diagnostique qui nous enfermerait dans le signe de « la boîte nosographique », comme le souligne l'équipe de psychiatrie du docteur Moroge à Marseille (66) ?

Si la réponse n'est pas dans la nosographie, alors où peut-elle bien être ? Comment pourrait-on faire pour poser un diagnostic en nous détachant des classifications, et à fortiori, définir une conduite thérapeutique ? Au cœur de cette complexité, le clinicien qui tentera de trouver des réponses se heurtera à un véritable paradoxe, celui d'être confronté à un tableau clinique extrêmement précis et codifié, mais qui tend inéluctablement à éclater la nosographie.

A cette étape de notre travail, si l'étude théorique nous fait demeurer dans le flou de ces questionnements, il nous a semblé nécessaire de repartir de la pratique et de nous raccrocher à une expérience clinique. Seule la véritable rencontre avec un sujet atteint d'une parasitose délirante semblait pouvoir nous guider et nous aider à comprendre de quoi il est véritablement question.

Retrouver l'unité et saisir l'intégrité du trouble dans sa spécificité, voilà la démarche qui paraissait pouvoir nous amener au noyau commun pour tenter d'en dégager des hypothèses sur une éventuelle ligne de conduite reproductible. Pour ce faire, nous nous sommes investis dans une démarche psychopathologique d'étude de cas. Nous tacherons ainsi de rendre familière cette population de patients que nous avons si peu l'habitude de rencontrer.

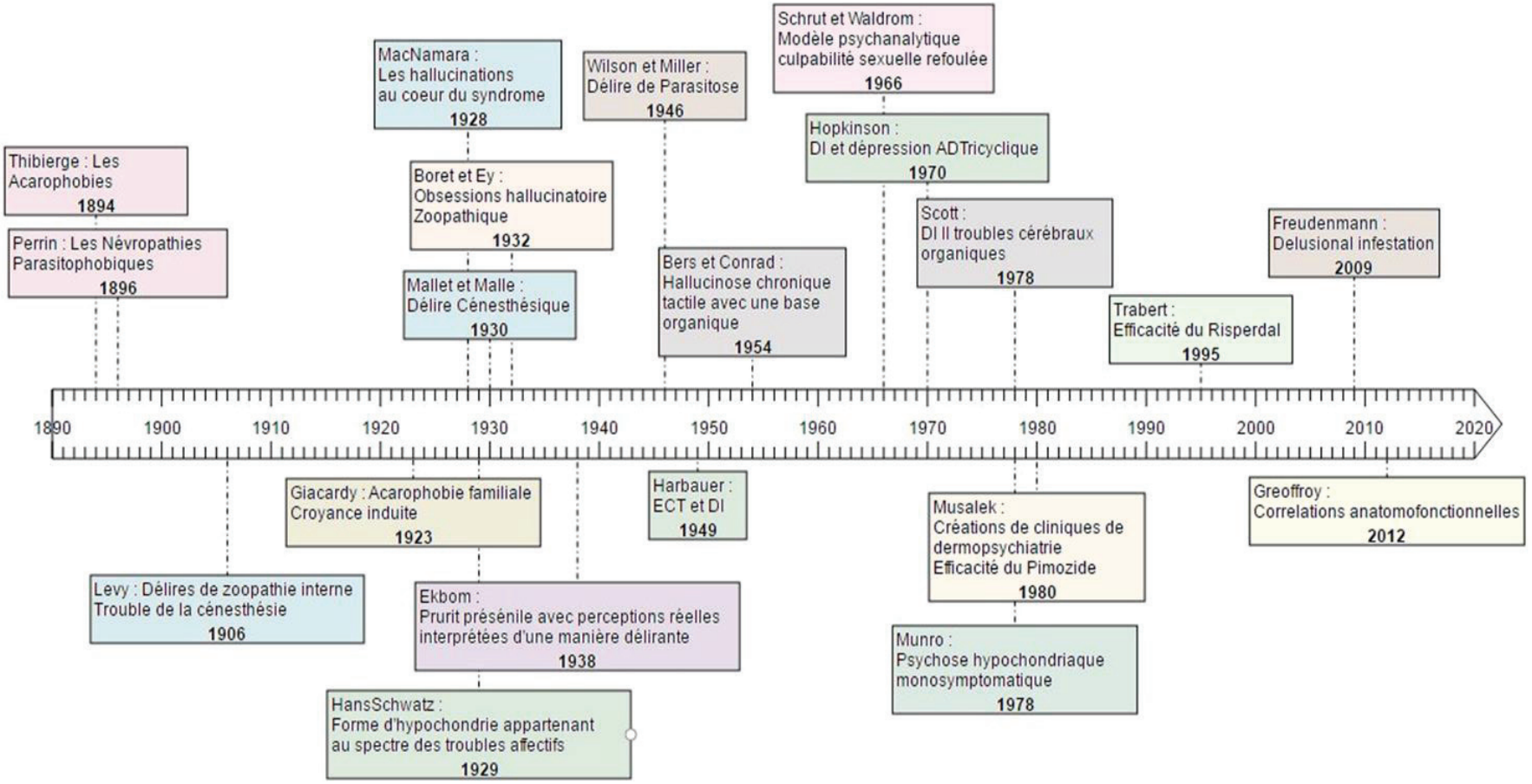


Figure 3 : Frise récapitulative de l'évolution des principaux concepts, dénominations et avancées thérapeutiques.

DI = Délire d'Infestation

CHAPITRE II:

PARTIE CLINIQUE

1. INTRODUCTION :

Apprendre à regarder et à écouter est la tâche première de tout enseignement de psychiatrie. Le mot « observation » affirme l'idée d'extériorité ; il vient du latin « ob » (en face, à l'encontre) et « servare » (regarder, protéger, conserver) et fait référence à un procédé logique à l'aide duquel on constate toutes les particularités d'un phénomène, sans le troubler par l'expérimentation. L'observation est à la base de la connaissance du monde, des autres, et de l'activité scientifique.

Elle suscite des résistances de la part des scientifiques. Les limites de la perception, le rôle de l'observateur, le cadre de référence théorique, la modification des situations par l'observation elle-même et ses biais sont évoqués. Les cliniciens se sont d'ailleurs interrogés sur l'observation. Pourquoi observer ? Quel savoir peut-on acquérir par l'observation ?

L'étude de cas, qui occupe une place fondatrice dans la constitution des pratiques et des théories en psychopathologie, a fait l'objet des mêmes réserves. Elle est une méthode capitale pour apprendre à mettre en forme la complexité d'un individu confronté à des événements générateurs de souffrance, mais les cliniciens se posent de nombreuses questions. Qu'est-ce qu'une étude de cas ? Que peut-on attendre d'elle ? A quoi sert-elle ? Comment la présenter ? Quelles méthodes pour la réaliser ? Quels sont ses intérêts et ses limites ?

La référence au cas est actuellement contestée au profit de la soumission aux chiffres et à l'objectivation, sans doute plus exacte mais moins vraie. Nous maintenons cependant que l'écoute patiente d'un sujet, le récit de son histoire, l'approche de la subjectivité, sont plus heuristiques, instructives et significatives que les abstractions quantitatives fondées sur des éléments de surface sans lien avec le sujet (87). Ainsi nous avons pris son parti.

Dans le cadre de notre travail de thèse, nous avons été amenés à rencontrer une dizaine de sujets atteints de délire d'infestation parasitaire. Nous détaillerons ici quatre vignettes qui nous ont semblé intéressantes à l'illustration du tableau clinique et permettant d'appuyer notre discussion ultérieure. Les sujets étudiés ont été recrutés par le biais de nos confrères dermatologues et parasitologues selon différentes modalités. Si nous avons été sollicités dans le cadre de notre activité de psychiatrie de liaison, des « consultation en tandem de parasito-psychiatrie » ont également été réalisées.

Chaque vignette sera présentée selon le même modèle. Elle comportera une introduction qui exposera la spécificité de la consultation initiale. Une première partie sera consacrée à l'observation clinique et une deuxième à l'examen psychiatrique. Dans la première section, nous débuterons toujours par exposer en détail l'entretien lors de la première rencontre. Ce procédé nous permettra d'appuyer nos réflexions sur la filière de soin lors de notre analyse pratique. La suite de notre trame sera plus classique et reprendra les éléments biographiques, les antécédents, l'histoire de la maladie ainsi que l'évolution.

2. CAS N° 1 – « LA MUSICIENNE » :

Il nous a été proposé par notre confrère parasitologue de venir assister en tant qu'observateur à ses consultations dont les motifs saugrenus ou les caractéristiques anamnestiques typiques lui faisaient évoquer un délire d'infestation. Cette première vignette illustre un exemple de ces consultations accomplies « en tandem ». Lors de celle-ci, notre rôle était majoritairement observationnel et notre identité, par soucis de neutralité, était celle d'un « interne en médecine ».

2.1. Observation clinique :

La présentation de la personne qui attend en salle d'attente n'appelle à aucun commentaire de prime abord. Elle est adaptée au lieu et à la saison, et on pourrait la détailler en notant l'absence de maquillage et la tonalité sombre et sobre des vêtements choisis. Un contact distant et presque froid nous semble être révélé par une certaine retenue au moment où nous lui proposons d'entrer dans le bureau de consultation.

Avec un discours logorrhéique et presque désorganisé par une forte participation anxieuse, la patiente, avec laquelle nous venons de faire connaissance, nous propose une rapide entrée en matière et nous amène, dès les premiers échanges, au motif de sa demande. La voici qui dépose en face d'elle, non sans une détermination certaine, l'objet de ses préoccupations depuis maintenant plusieurs mois.

> *« Docteur, j'ai des prélèvements […] contrôlés sur le pubis.*
> *Des petites et grandes lèvres, et des prélèvements d'urines.*
> *Là c'est un bouton de fesse, ça à l'air d'un nœud. »*

Nous découvrons les trois pots contenant les échantillons recueillis successivement au niveau des sphères génitales, urinaires et anales. L'étiquette d'identification hospitalière que nous apposons sur ces prélèvements nous informe qu'elle est âgée de 66 ans. Madame poursuit son récit en nous précisant les modalités du recueil. Celles-ci sont précises, codifiées, selon ce qui nous parait être le fruit d'une tentative rationnalisée d'appropriation d'un rudiment médical et scientifique, vis à vis duquel on ne peut émettre aucun commentaire sur l'instant.

« Sous l'eau, la peau se ramollit.
Je vous les apporte dans du sérum physiologique. »

Après avoir introduit la forme, elle nous emmène sur le fond et nous permet d'avoir accès à la thématique délirante sous-jacente. On notera à ce stade la présence d'une première notion temporelle, indice de l'apparition de la préoccupation parasitaire, accompagnée d'une modification des perceptions sensorielles, grâce à quoi la datation du début des symptômes est possible.

« Depuis longtemps je pensais que c'était le papier toilette.
Il y a des bestioles, je les élimine mais il en reste le soir,
Je vois de petites particules. »

L'anamnèse nous permet de mettre en évidence le début de l'apparition d'une préoccupation parasitaire dans le courant de l'année 2015, soit environ 6 mois à 1 an avant la présente consultation. Madame évoque comme symptôme premier *« une éruption »* pubienne au cours de laquelle elle a identifié *« une centaine de petits œufs blancs avec des bestioles qui sautaient et qui bougeaient »*. Elle nous précise avoir au départ pensé à une mycose vaginale, antécédent retrouvé au cours de la prise antérieure d'antibiotiques, puis avoir envisagé comme schéma de compréhension une étiologie entomologique.

Le parcours de soins de madame est marqué par la consultation, à quatre reprises, de son dermatologue qui n'aurait pas porté l'intérêt attendu à sa problématique.

« Il n'a pas réagi du tout. »

Malgré un discours médical n'allant pas vers cette étiologie, on note une aggravation progressive de la symptomatologie vers une obstination à l'explication des phénomènes au travers d'une infestation parasitaire. La préoccupation envahit le quotidien de madame dont la pratique d'auto examen et la mise en place de rituels de nettoyages intensifs et répétitifs deviennent très réguliers. Comme la littérature nous en avait sensibilisé, l'analyse de son infestation revêt un aspect pseudo-scientifique avec présences de théorisations dont elle nous fait partiellement part au cours de l'entretien :

« Je fais ma toilette dans une baignoire, et ça devient noir dans la baignoire et dans le lavabo. Ils se tordaient, ça bougeait.
J'ai mes habitudes, je me lave avec du saphorelle.
Je ne mets plus que deux pantalons, je ne veux pas polluer ma garde-robe. »

La source de la contamination parasitaire est identifiée par la patiente au cours d'un évènement survenu en 2012 pendant un *« voyage d'aventure »* au Tchad. Il s'agit du récit d'une excursion durant laquelle elle aurait accidentellement été en contact avec des eaux stagnantes. Le discours est construit sur les représentations évoquées par la scène et les contenus émotionnels qui en découlent.

« Quand je suis tombée dans la mare au Tchad.
Arrivée dans la grande plateforme, il [le guide] *a voulu me tirer, j'ai glissé.*
Je suis restée dans le vide, j'ai eu très peur.
On ne savait pas comment étaient les fonds.
Je sais qu'il ne faut surtout pas se baigner dans des eaux pareilles.
C'est de tomber dans ce truc. »

L'attention est attirée sur une faute professionnelle commise par le guide touristique.

« Il m'a dit " Tu ne vas pas me faire un procès " ?
Entre la peur des crocodiles, de me fracasser la colonne et de la bilharziose, j'ai beaucoup pris sur moi. »

Le fil de l'entretien est tenté d'être retrouvé par le cadre de l'interrogatoire médical. Dans ses antécédents médicaux, on note un *« symptôme de névralgie pudendale »*, un *« tassement vertébral lombaire »,* une *« fracture de la malléole à la suite d'une chute »,* une *« première et deuxième conisation en 2013 et 2014 »,* et une ménopause. Par ailleurs, aucun antécédent psychiatrique, toxique ou judiciaire n'est retrouvé.

Madame possède un suivi gynécologique régulier depuis au moins quatre années, en lien avec une dysplasie du col ayant traité par conisations. En abordant le bilan d'extension, elle s'arrête sur le souvenir laissé par la réalisation d'une coloscopie en 2014.

« J'ai subi une coloscopie.
En salle de réveil, l'infirmier m'a demandé si je pouvais enlever ma chemise.
Mais je n'avais plus de chemise, j'étais nue sous le drap.
Je me suis demandé s'il avait pu se passer quelque chose. »

Le discours permet finalement d'accéder à la construction délirante riche qui tend à vouloir expliquer les anomalies gynécologiques par une bilharziose transmise lors du voyage organisé.

« Ça doit couver depuis 4 ans.
Il y a un petit nid de bestioles qui a une incidence sur le col de l'utérus.
J'ai découvert que c'était problématique pour bien faire mon frottis.
Ça expliquerait les résultats discordants.
Je n'ai pas envie d'avoir tous mes organes bousillés par ces vers. »

En plus de venir donner du sens aux anomalies gynécologiques, la parasitose tend à venir expliquer tout fonctionnement « anormal » du corps. Ainsi elle nous expliquera que celui-ci la fragilise, la preuve en est qu'elle a chuté en pleine rue, ce qui ne lui était jamais arrivé auparavant.

Alors que nous tentons de recueillir des éléments concernant le mode de vie et la biographie, madame se montre plutôt suspicieuse et allusive. On comprendra qu'elle est une femme célibataire. Elle joue de la flûte traversière et avait l'habitude de faire de la musique de chambre. A ce jour, son quotidien est envahi par des préoccupations anxieuses parasitaires, des rituels de lavages et d'analyse de compréhension de son symptôme.

« Aujourd'hui je ne fais plus rien, je m'examine.
Je deviens un peu phobique, obsédée. »

A ce stade de la consultation, elle nous verbalise l'épuisement physique et psychique qu'elle ressent. Une tentative de proposition d'une psychothérapie en parallèle est amenée, prise en charge qui ne semble pas faire sens. En effet, c'est finalement sur une demande spécifique de prescription d'un traitement médicamenteux par praziquantel que va se terminer le premier entretien.

« Là on est sûr de tout zigouiller. »

Après avoir mis en suspens la demande de la patiente, nous lui expliquons que nous allons analyser ses prélèvements et lui donnons rendez-vous dans une semaine.

Ainsi nous avons revu madame une semaine plus tard. La présentation était identique. Nous lui avons annoncé la présence de fibres au détriment de celle d'élément entomologique ou parasitaire retrouvé dans ses prélèvements comme indiqué sur les résultats ci-dessous.

Parasito	
Demande 1604141640	
DH demande 14/04/16 10:19	
date de prélèvement	12-04-16 (10:00)
Demande 1604052462	
DH demande 05/04/16 13:40	
date de prélèvement	05-04-16 (00:00)
PRELEVEMENT	- - Origine : Identification d'un arthropode
Identification d arthropodes	Absence d'élément entomologique ou parasitaire nécessitant une pri
PRELEVEMENT	- - Origine : Identification d'un arthropode : N° 2
Identification d arthropodes	Absence d'élément entomologique ou parasitaire nécessitant une pri
PRELEVEMENT	- - Origine : Identification d'un arthropode : N° 3
Identification d arthropodes	Absence d'élément entomologique ou parasitaire nécessitant une pri
PRELEVEMENT	- - Origine : Identification d'un arthropode : N° 4
Identification d arthropodes	Absence d'élément entomologique ou parasitaire nécessitant une pri
PRELEVEMENT	- - Origine : Identification d'un arthropode : N° 5
Identification d arthropodes	Absence d'élément entomologique ou parasitaire nécessitant une pri
PRELEVEMENT	- - Origine : Identification d'un arthropode : N° 6
Identification d arthropodes	Absence d'élément entomologique ou parasitaire nécessitant une pri
PRELEVEMENT	- - Origine : Identification d'un arthropode : N° 7
Identification d arthropodes	Absence d'élément entomologique ou parasitaire nécessitant une pri

A notre analyse, la réaction de la patiente s'est colorée d'une forte tonalité revendicatrice sous-tendue d'une vivre émotion.

« Non ce n'est pas du papier.
J'ai récupéré autre chose, des poux de pubis, à la loupe il y a des pattes.
Au fil de la journée ça apparaît, ça explose, ça sort d'où ? »

Nous avions réabordé avec elle la question du traitement qu'elle avait précédemment demandé.

« S'il n'y a pas de Bilharziose je ne vois pas pourquoi je prendrais du praziquantel. »

Nous lui avons suggéré de la revoir, proposition qu'elle a déclinée.

Quelques mois après nous l'avons recontacté par téléphone pour prendre de ses nouvelles. Nous avons été étonnés de constater que la thématique délirante, si elle était toujours bien présente, avait néanmoins évoluée.

> *« J'ai bien compris qu'il n'y a pas de parasite, tout ça, c'est à cause de la compresse que le chirurgien a oubliée pendant mon opération. »*

2.2. Examen psychiatrique :

Nous nommerons cette première patiente « la musicienne », en faisant référence à sa pratique de la flûte traversière, mince élément biographique qu'elle a pu nous livrer. Rencontrée précocement au cours de notre travail de thèse, elle nous a permis de nous heurter rapidement à la singularité et la complexité de la relation médecin-malade décrite par la littérature.

Alors que nous nous trouvons dans le contexte d'une consultation spécialisée au Centre Hospitalier Universitaire de Nice, la filière de soins habituelle voudrait que la patiente soit adressée par un confrère de ville pour un avis spécialisé et une prise en charge approfondie. Dans le cas présent, la démarche de soins est opposée, elle est initiée par la patiente elle-même contre l'avis des professionnels de santé préalablement avisés.

La relation s'ancre dans une position de rivalité affirmée, formulée sans retenue et exprimée par une insatisfaction de n'avoir pu être entendue par les prédécesseurs. La patiente semble venir chercher la confirmation d'un mal dont elle a elle-même fait préalablement le diagnostic et surtout en attendre une réponse thérapeutique adaptée qui lui permette un soulagement.

Sa présentation est ordinaire. On notera qu'elle porte les mêmes vêtements à deux reprises.

Le contact est plutôt froid et même hostile à la fin de la deuxième consultation et de l'appel téléphonique.

La forme du discours attire notre attention sur le débit verbal soutenu, discrète élation lorsqu'elle aborde son infestation. Le fond du discours témoigne d'un rétrécissement du champ de la conscience, celle-ci est envahie par les parasites. Cette préoccupation est extraordinaire et inébranlable quelles que soient les preuves biologiques ou médicales apportées pour la rassurer du contraire. On peut ainsi dire que le fond du discours est marqué par un délire plutôt systématisé de thématique parasitaire.

Celui-ci évolue depuis plus de six mois et peut être qualifié de chronique. Il semble s'être construit sur une « épine irritative gynécologique » avec présence d'une latence entre leurs manifestations et l'apparition du délire d'infestation parasitaire. Les mécanismes sont interprétatifs et intuitifs majoritairement. La question des hallucinations se pose lorsqu'elle parle d'une « *éruption »* pubienne au cours de laquelle elle a identifié *« une centaine de petits œufs blancs avec des bestioles qui sautaient et qui bougeaient ».* L'adhésion est totale et la participation affective intense.

Nous sommes alertés par un cloisonnement du corps. Tout se passe ici dans la sphère génitale d'où les prélèvements sont issus pour attester de la preuve de l'infestation, parasitisme qu'elle impute au schistosome (vers de la bilharziose). Mais bien vite les choses semblent se rependre et le parasite envahir toutes les zones de son corps. Par exemple, Celui-ci la fera chuter dans la rue.

Après l'espace, la temporalité revêt une allure particulière. Le passé et le futur sont comme absorbés dans un présent immobile. La création de liens matérialisés par des reconstructions et des interprétations au profit de la construction délirante participe à ce sentiment.

Ces aspects nous évoquent bien la dimension hypochondriaque souvent retrouvée par la littérature et dont l'évolution fréquente se tourne vers l'invalidité sociale et professionnelle et vers l'exclusion du malade de son cercle relationnel. La possibilité de survenue d'un état dépressif secondaire auxquels les hypocondriaques sont sujets nous invite à nous pencher sur l'aspect thymique de notre musicienne.

Les initiatives et les efforts sont itératifs. La multiplication des consultations médicales, la demande d'examens complémentaires et de thérapeutiques sont en contradiction avec la

baisse de l'élan vital et l'inhibition psychomotrice caractéristique des états dépressifs typiques. Par ailleurs, la forte participation affective, l'irritabilité et la logorrhée retrouvées en entretien pourraient éventuellement faire aborder la question d'une vulnérabilité affective sur le plan d'une mixité.

L'irritabilité, le contact réticent, voire parfois hostile peuvent amener aussi à explorer la dimension du caractère. L'échange nous apprend que madame cherche à nous convaincre, à obtenir notre adhésion. Quand elle ne l'obtient pas, elle fait preuve d'intolérance, de psychorigidité, confronte le soignant ou s'engage dans une escalade argumentaire. Les traits d'orgueil voir de timidité perçus, l'obstination dans la démarche, le sens des valeurs et de la dignité, la vulnérabilité et la susceptibilité nous questionne sur une constitution paranoïaque, dimension souvent observée dans la littérature.

Ces personnalités sont vulnérables dans la relation à l'autre et sensibles aux attitudes d'autrui. Elles ont tendance à intérioriser les conflits et ressasser douloureusement les difficultés relationnelles. L'absence de contenus sociaux identifiés comme bienveillant dans la vignette de Madame nous fait anticiper un questionnement sur ses aptitudes sociales et son positionnement dans la relation interpersonnelle.

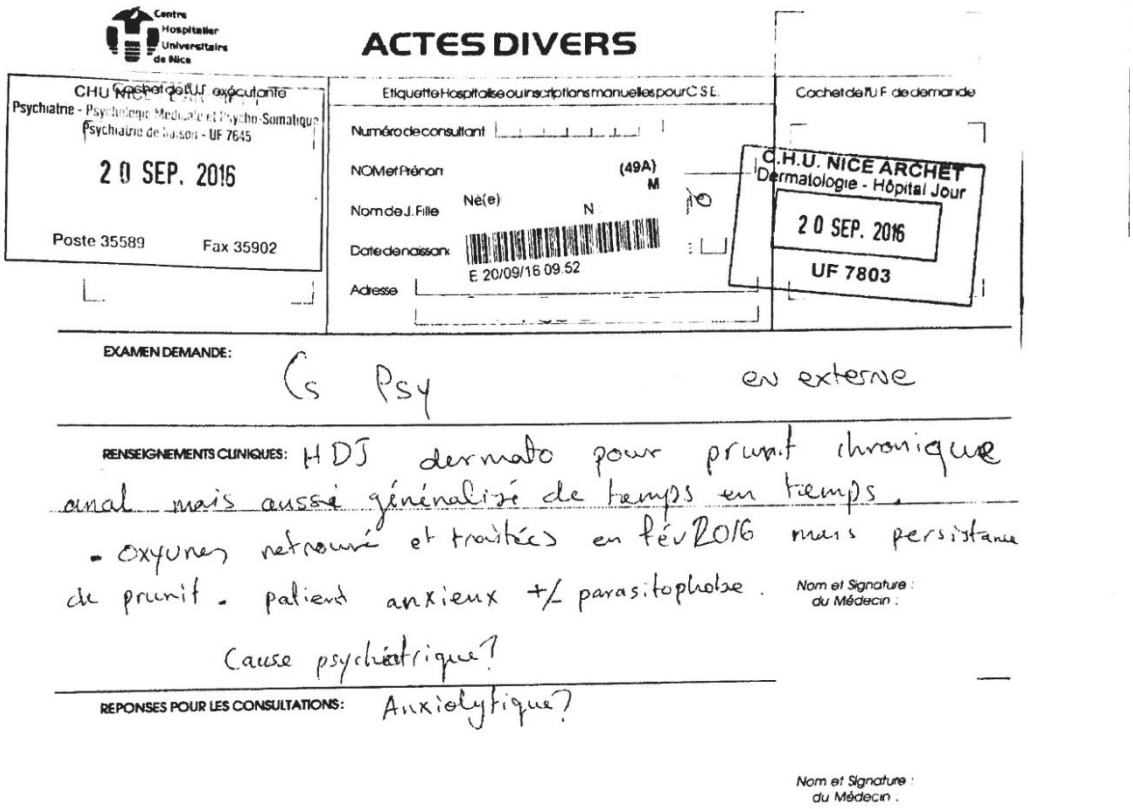
Dans notre observation, l'autre brille par son absence, par son caractère persécuteur (guide) ou enfin intrusif (le soignant). Le caractère agressif perçu au cours de l'échange l'est tout autant dans le rapport aux soins en général. On se rappellera le traumatisme de la coloscopie dont le contenu affectif qu'il en reste à ce jour est celui d'un sentiment de violation de soi.

Par ailleurs, il est un point important qui captera notre attention, élément obtenu grâce au coup de téléphone passé quelques mois plus tard. La conviction parasitaire inébranlable semble avoir été déplacée vers un délire de revendication. Par son inconstance et son incohérence, cela nous fait soulever la question de la dimension suggestible ou inauthentique à laquelle nous ne pouvons ici répondre.

En résumé, le tableau clinique se manifeste par la présence d'un délire chronique systématisé sur une thématique d'infestation parasitaire selon des mécanismes d'intuition et d'interprétation cénesthésiques et visuelles. Les illusions sont présentes et les hallucinations se discutent. Les similitudes avec l'hypocondrie sont nombreuses et s'associent à une constitution paranoïaque probablement sensitive. Le contexte récent rapporte l'annonce d'un cancer gynécologique dont les examens paracliniques et le traitement sont à l'origine de mouvements émotionnels intenses. La thématique parasitaire semble répondre au paradoxe d'être imperméable sur le moment, mais tout de même suggestible et modifiée à distance.

3. CAS N° 2 – « LE SCIENTIFIQUE »

Ce patient a été adressé par les dermatologues à la consultation externe de notre chef, psychiatre de liaison, à la suite d'une hospitalisation en dermatologie. Voici le bon de liaison rédigé.



Centre Hospitalier Universitaire de Nice

ACTES DIVERS

CHU Nice Cachet de l'U.F. exécutante
Psychiatrie - Psychologie Médicale et Psycho-Somatique
Psychiatrie de liaison - UF 7645
20 SEP. 2016
Poste 35589 Fax 35902

Etiquette Hospitalisée ou inscriptions manuelles pour C.S.E.
Numéro de consultant
NOM et Prénom (49A) M
Nom de J. Fille Né(e) N
Date de naissance
E 20/09/16 09:52
Adresse

Cachet de l'U.F. de demande
C.H.U. NICE ARCHET
Dermatologie - Hôpital Jour
20 SEP. 2016
UF 7803

EXAMEN DEMANDE: Cs Psy en externe

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES: HDJ dermato pour prurit chronique anal mais aussi généralisé de temps en temps.
- Oxyures retrouvés et traités en fév 2016 mais persistance de prurit - patient anxieux +/- parasitophobe.
Cause psychiatrique?

Nom et Signature du Médecin :

REPONSES POUR LES CONSULTATIONS: Anxiolytique?

Nom et Signature du Médecin :

Connaissant notre étude, elle a su nous introduire et orienter ce patient à notre consultation.

3.1. Observation clinique :

3.1.1. La consultation initiale :

Le patient qui entre en consultation est de petite taille et de corpulence svelte. Sa présentation plutôt ordinaire nous rappelle celle d'un travailleur, notamment car il tient une mallette et que sa tenue vestimentaire, qui n'appelle à aucun commentaire à la première entrevue, sera identique au cours des suivantes nous donnant l'impression du port d'un uniforme. On note un détail, celui du port d'une casquette gardée sur le chef à l'intérieur de l'établissement, et retirée en entrant dans le bureau de consultation.

L'allure globale est dynamique, la démarche est décidée. Le patient est respectueux des règles de politesse et attend que le médecin lui donne l'autorisation de s'assoir pour s'installer sur la chaise placée à son égard. Il ne semble pas étonné de la demande d'une évaluation psychiatrique formulée par nos confrères dermatologues et prend place sans nous questionner davantage.

Le début de l'entretien permet d'apprécier la congruence entre une allure énergique et une pensée qui pourrait être qualifiée de ce même adjectif. La voix est tonique, le débit de parole rapide et le timbre sec. Le fond du discours, orienté par l'entretien médical, nous permet d'en apprendre davantage :

« Au début des accès de fatigue. »

Le patient retrace l'historique de son affectation en mettant en avant les différents professionnels de santé rencontrés et les lignes de traitement prescrites. La pensée est légèrement désorganisée et il est parfois difficile d'en comprendre la logique interne et la chronologie. Il ne nous sera possible d'en saisir le sens global qu'après plusieurs séances.

Ainsi nous comprenons qu'il a consulté son gastro-entérologue, « *ce cher Docteur* », après avoir ressenti une puissante douleur à l'estomac d'apparition brutale en janvier 2016. Le bilan étiologique était en faveur d'une gastrite à éosinophile. En février 2016, un examen parasitologique des selles, indiqué devant l'apparition d'un prurit anal, a permis de mettre en évidence la présence de « quelques œufs embryonnés d'oxyure, et de quelques oxyures adultes » comme précisé sur le compte rendu.

« Des démangeaisons aussi fortes au point de me déranger en février 2016. Le pic d'éosinophile c'est le 16 janvier à 5365, puis le 23 janvier redescendu à 3800. »

Il poursuit en nous expliquant avoir été traité par flubendazole, puis avoir gardé des démangeaisons essentiellement anales pour lesquelles il a consulté un interniste sur Monaco. Ce dernier a effectué une prescription d'antiparasitaire à plus large spectre par albendazole.

« Prise de Fluvermal, un traitement basique, mon amie aussi, la literie, tout le protocole, […] *mais par contre les démangeaisons ont continué, sans qu'il y ait de manifestations extérieures.*
Depuis le Zentel c'est pire. »

Il poursuit en mentionnant la réalisation d'injections de fondaparinux sodique dont il a bénéficié au début de l'été 2016, sans en expliquer le contexte, et au cours desquelles il a également constaté la présence de ces démangeaisons.

« Il y a un produit c'est l'Arixtra. Dans l'Arixtra, comment s'appelle déjà cet acide, de l'acide chlorhydrique en l'occurrence ? C'est ce que j'ai repéré. À un moment donné, après que l'infirmier était passé, je me suis dit : tiens c'est bizarre ça recommence à démanger au niveau de l'entre jambe, comme quand j'avais pris le Zentel. »

Nous comprendrons par la suite que le patient nous parlait d'un traitement dont il a bénéficié en juin 2016 pour une thrombose veineuse du membre supérieur gauche survenue à la suite d'un accident de la voie publique.

Nous récupérons la chronologie dans le courant du mois de mars 2016 avec la suite de l'entretien. Cela nous permet d'en apprendre sur le retentissement. L'apparition progressive d'une fatigabilité et de troubles de la concentration ont demandé au sujet d'adapter son quotidien. Il était devenu nécessaire pour lui de faire des pauses lors de ses déplacements, notamment professionnels, alors que son travail dans la vente de matériel électronique lui imposait une certaine mobilité.

« […] m'arrêter pour dormir dans mes trajets. »

Par la suite, alors que nous tentons de poursuivre l'interrogatoire médical et d'en extraire les symptômes cliniques, nous constatons que l'échange nous semble de moins en moins contributif lorsqu'on s'écarte de la trame principale. Au caractère détaillé, voire argumenté de l'exposé initial, tout se passe comme si les réponses devenaient de plus en plus floues au fur et à mesure que les questions devenaient spécifiques (mais hypothétiquement aspécifiques pour le sujet).

« Le sommeil [...] plus ou moins bien. Aujourd'hui là ça va, je gère. »

Il poursuit son discours en exprimant un mécontentement concernant sa situation actuelle.

« Je me dis c'est pénible. J'ai une grosse douleur abdominale qui a commencé en parallèle des hyperéosinophilies, on m'a dit c'est une gastroentérite à éosinophile.
J'ai vu une dizaine de médecins. Le dernier médecin que j'ai vu, quand je lui ai parlé d'éosinophile à 5000 il m'a dit "vous êtes allé dans les pays chaud ?" Non ça ne va pas recommencer ! Ça fait dix fois qu'on me pose la question. Là je me suis dit, il y a quelque chose qui ne colle pas. »

Par cette phrase, on entend une remise en question du diagnostic médical, et l'émergence d'une suspicion, aujourd'hui éclaircie par le patient qui nous livre ses conclusions :

« J'ai l'impression qu'il y a quelque chose qui s'est réveillé, je me suis dit que j'avais un parasite dormant. »

Ainsi l'échange se termine sur une nouvelle ellipse temporelle, laquelle nous ramène en juillet 2015 au cœur du récit personnel de la maladie.

« En bordure de rivière, je retournais dans ma voiture. J'ai senti une piqure d'insecte qui a engendré une réaction importante, ce n'était pas un moustique. Il y a tellement de petits animaux, même certains qui sont invisibles. Il y a des parasites qui sont comme au stade de molécule, comme au stade infinitésimal. »

En cette fin d'entretien, nous comprenons que le sujet pense avoir été piqué par un insecte non identifié, qui n'était pas un moustique au vu de l'impressionnante et atypique réaction locale causée par ce dernier, insecte lui-même vecteur d'un agent pathogène inconnu, inoculé pendant ladite piqûre et dont le patient serait devenu l'hôte. En suivant le raisonnement dans son ensemble, il est entendu que ce n'est qu'à la prise des traitements prescrits en 2016 que celui-ci s'est mis en activité, étant jusqu'alors asymptomatique.

« A la première prise du Zentel, les démangeaisons se sont décuplées […]. J'ai l'impression qu'il y a quelque chose qui a été dérangé, quelque chose qui était là depuis longtemps. »

3.1.2. Les éléments biographiques :

Le sujet est né le dans le milieu du mois d'août 1967 en Lorraine. Il a 49 ans au moment du premier entretien. Il est de nationalité Française. Il n'a jamais été marié et n'a pas d'enfants.

Il tire ses origines d'Italie, plus précisément d'un village situé à l'est de Rome où il se souvient être allé en vacances étant jeune et où il y retrouvait ses tantes. Il est le cadet d'une fratrie de deux enfants et a une sœur de 2 ans et demi son ainée. Les parents, mariés, étaient venus en France s'installer en Lorraine. Le père Maçon de profession avait construit la maison familiale dans laquelle le patient a passé les premières années de sa vie, entouré de sa mère qui s'occupait du foyer.

La petite enfance du patient a été bouleversée en 1972. Alors âgé 5 ans, il a vécu l'expérience des hôpitaux au travers de la maladie de sa mère, souffrante d'un cancer du sein. Il en garde le souvenir d'une mobilisation familiale active, soudée, dans la sollicitation constante d'avis médicaux dans le but de bénéficier des thérapeutiques les plus avancées dans le domaine de la cancérologie.

« C'était chimio et hôpitaux de 5 à 7 ans. […] des avis en France, au Venezuela, aux USA, là où étaient les tantes. On voulait bien faire mais ça devait l'épuiser, […] plus délétère qu'autre chose. On aurait dû se poser et comprendre au lieu d'être toujours dans l'action. »

Au décès de sa mère, il se souvient avoir dû s'adapter et avoir acquis une plus grande autonomie. Il allait à l'école seul à sept ans, le midi mangeait chez des amis, et restait le soir à l'étude avant de rentrer à la maison. Il donne l'impression de ne pas avoir été réellement impacté par la situation, et mentionne qu'on ne peut en dire autant de sa sœur.

« Ma sœur l'a beaucoup plus mal vécu, surement par rapport aux responsabilités des ainés. »

Il a fait l'acquisition de son premier deux roues à l'âge de quatorze ans et a été fier de préciser qu'il l'avait lui-même financé. Il nous expliquera après qu'on le lui ait demandé, qu'il se déplaçait auparavant avec un vélo dont lui avait fait cadeau son père.

Il a commencé à travailler à l'âge de seize ans et s'est payé son permis de conduire. Il a poursuivi des études par un Certificat d'Aptitude Professionnelle, un Brevet d'Etudes Professionnelles et a obtenu un baccalauréat électronique. Il s'est questionné sur son orientation en envisageant de poursuivre soit un Brevet de Technicien Supérieur, soit d'intégrer les bancs de la Faculté. Il a opté pour cette seconde option, pensant qu'il y trouverait sa place, mais a éprouvé des difficultés dans certaines matières.

« On est plus autonome […] Les gens sont plus ouverts d'esprit.
En optique, j'avais des lacunes. »

À l'âge de 20 ans, il a été appelé au service militaire. Il a rempli ses obligations durant un an avant de s'engager dans le monde du travail.

Il a débuté son parcours professionnel en Lorraine dans l'entreprise Bouchara, spécialisée dans le secteur d'activité du commerce de détail de textiles en magasin spécialisé. Rentré pour un remplacement d'un mois, il a été embauché pour une durée plus pérenne et a travaillé dans cette entreprise durant plusieurs années.

En 1996, alors âgé de 29 ans, il a déménagé en Italie pour exercer la profession d'agent polyvalent dans la vente de matériel électronique. Il mentionne avoir toujours eu de bons retours de la part de ses clients. Il est important de noter qu'il a précisé avoir constaté une tendance personnelle au surinvestissement. Celle-ci est argumentée par le fait qu'à la suite d'une promotion dont les fonctions auraient dû le maintenir à l'écart de la clientèle, il aurait continué à s'occuper des clients tout en remplissant ses nouveaux objectifs.

« Ça ne protège pas et ça plombe. »

Un premier épisode de souffrance au travail, exprimé par le sentiment d'un manque de reconnaissance, de ne pas être estimé à sa juste valeur, est mentionné.

En 2001, le patient a obtenu une mutation dans la région pour assurer le poste de gérant d'un point de vente spécialisé dans le matériel électronique et le conseil technico-commercial à Vallauris. Après quelques années, un remaniement des secteurs l'a conduit sur un poste similaire à Grasse, mais dont les conditions de travail l'ont forcé à s'adapter.

> *« En fonction de l'emplacement, la clientèle n'est pas la même et n'a pas le même comportement. […] personne ne voulait aller à Grasse. »*

Celles-ci avaient été modifiées d'une part par le comportement de la clientèle, décrite comme très demandeuse, et d'autre part, par la démission de l'employé avec lequel il travaillait en binôme.

> *« Il fallait faire tourner la boutique […] il fallait être trois, on n'était que deux. Ça traine les pieds au niveau de la hiérarchie, en attendant c'est l'équipe qui trinque. »*

Non remplacé au départ, le sujet a souffert d'avoir dû former successivement plusieurs employés intérimaires embauchés sans qualification.

> *« Il fallait les former, ça fait perdre du temps. »*

Dans cette évolution constante de l'entreprise, il se souvient s'être une nouvelle fois surinvesti et avoir eu du mal à s'adapter. Le patient évoque avoir tenté de s'en sortir en s'en référent au rôle qui lui était imparti.

> *« Il y a la hiérarchie, mais la hiérarchie elle est là pour hiérarchiser. Moi ce qui m'importe c'est les clients. […] Donc je fais pour le client, je fais le maximum pour toujours satisfaire la clientèle, mais en fait c'est le client qui me fatigue plus que la hiérarchie. Et la hiérarchie ne fait rien pour m'épauler, pour épauler les équipes, pour faire en sorte que ça tourne, que la machine soit bien huilée. »*

Dans cette configuration, il se souvient du positionnement de la hiérarchie à son égard, et du rôle qu'elle a joué au travers d'une reconnaissance de sa valeur professionnelle.

« Ce sont les managers qui gèrent et ils se gargarisent […] *Tout va bien, les chiffres sont bons. »*

En lui pointant la position oppressante dans laquelle il était placé, on note que la réponse globale du sujet n'est pas à la revendication.

« Je ne vais pas aller me syndicaliser ! C'est bon je fais tourner la boutique, *il faut faire tourner la boutique. »*

Les relations professionnelles sont inconstantes, superficielles et préjudiciables.

« Les collègues de travail partaient, en *10 ans il y a 8 personnes qui sont passées*. *Les gens, à partir du moment où il y a trop de travail ils esquivent, ils s'en vont*. *C'est reformer de nouveau les arrivants.*
Donc quand le client est satisfait à la fin de la journée, il faut satisfaire la hiérarchie, donc on reste tard le soir. Tard le soir ça fait des heures, donc on ne sort pas, on ne fait rien [...] fatigue. Je n'ai pas d'ami, j'ai personne, je ne compte sur personne, […] pas le temps. »

Le sujet aurait été partisan du maintien de cette situation s'il avait été capable de l'assumer.

« Si j'avais pu continuer sans me fatiguer ça aurait été sans problème. On ne me demandait pas de compte […] je n'ai pas de langue de bois. Au départ on recherchait de la polyvalence, aujourd'hui ce sont des entreprises mono-taches. C'est triste moi je suis polyvalent. »

A ce jour, il se trouve toujours en arrêt de travail pour la prise en charge d'une capsulite rétractile et effectue un bilan de compétence en vue d'une reconversion.

3.1.3. Les antécédents :

Dans son anamnèse, le patient ne rapportait aucun antécédent psychiatrique. Ses antécédents médicaux ont débuté par une la réalisation d'une endoscopie à l'adolescence qui

n’a révélé aucune anomalie. Il continue d’être suivi sur le plan Gastroentérologique et a souffert d’une gastrite à éosinophile apparue en janvier 2016. En février 2016, il a été traité pour une parasitose à oxyure. En juin 2016, il a été victime d’un accident de la voie publique deux roues. Cet accident a été compliqué d’une luxation et d'une entorse acromio-claviculaire de l'épaule gauche. Dans les suites, on note l’apparition d’une thrombose veineuse du membre supérieur gauche. A ce jour, il souffre d’une capsulite rétractile du membre supérieur gauche pour laquelle il suit des séances de rééducation. Il ne consomme aucun toxique et n’a pas d’antécédents judiciaires.

3.1.4. L’histoire de la maladie :

L'année de Janvier 2016 a été marquée par la succession de problèmes de santé et d’une souffrance professionnelle. Ainsi, on rappelle la survenue d'une douleur abdominale aigue pour laquelle il a consulté son gastro-entérologue sur Grasse. Après un bilan sanguin ayant mis en évidence une hyperéosinophilie, le diagnostic retenu a été celui de Gastrite à éosinophile.

Devant l'apparition de démangeaisons dans le courant du mois de février 2016, un bilan étiologique comprenant un examen parasitologique des selles a permis de diagnostiquer une oxyurose pour laquelle le patient a bénéficié d'un traitement par flubendazole. Un traitement de deuxième intention à plus large spectre par albendazole a été prescrit par un interniste de l'hôpital de Monaco devant la persistance de démangeaisons malgré la thérapeutique antérieure.

A partir du mois de mars 2016, le sujet a constaté une dégradation de son état de santé marquée par des troubles de la concentration et de la mémoire, une irritabilité, une perte des envies, des troubles du sommeil et une fatigabilité.

Le 8 juin 2016, alors qu'il se rendait au travail, il a été victime d'un accident de la voie publique en deux roues. À la sortie de l'autoroute il se souvient avoir chuté au volant de son scooter alors qu'il se trouvait à 500 mètres de son agence.

> *« À un moment, […] un camion dans le champ de vision, il était loin. J'ai eu un mauvais réflexe, j'ai freiné trop fort. Le scooter s'est couché, le haut a tapé sur le trottoir. Sur le coup j'ai réussi à relever le scooter, j’ai mis le scooter en*

sécurité. Les secours ont été appelés par une vieille dame, moi je n'aurais pas appelé. »

Conduit à l'hôpital, il a souffert d'une luxation et d'une entorse acromio-claviculaire de l'épaule gauche, indiquant une immobilisation totale du bras et pour laquelle il a été mis en arrêt de travail. Dans les jours suivants, une thrombose veineuse du bras gauche a indiqué la prescription d'injection de fondaparinux sodique.

Le début de la parasitose délirante apparaît au moment des injections. Le patient nous explique à ce moment-là être passé d'une position de passivité vis-à-vis des soins à une démarche active de « recoupements » :

« Le début des recoupements, ça s'est fait par rapport à certains ressentis. Avant je n'étais pas dans cette démarche. Quand j'avais la thrombose, tous les jours j'avais une petite piqure. A un moment donné, ils ne savaient plus où piquer. Comme je ne suis pas épais, pas très volumineux, il n'y avait plus beaucoup de place. Donc ils me piquaient sur le côté au niveau du ventre. Je me suis dit : tiens c'est bizarre, ça recommence à démanger au niveau de l'entre jambe. »

Il a été bilanté en hôpital de jour de dermatologie le 20 septembre 2016 pour un prurit généralisé chronique avec épisode d'hyperéosinophilie. Un examen clinique, un bilan biologique complet avec bilan entomologique, scotch test anal et des examens paracliniques comprenant un scanner cérébral et thoraco-abdomino-pelvien n'ont retrouvé aucune anomalie. Le patient a bénéficié de soins locaux et d'une prescription de crème de dermocorticoïde à appliquer pour l'irritation fissuraire périanale. Deux rendez-vous en consultation externe sont donnés au patient : l'un dermatologique et l'autre psychiatrique.

3.1.5. L'évolution :

Après notre première entrevue, le patient a accepté de débuter un suivi ambulatoire. Il viendra à chaque consultation et préviendra toujours à l'avance de ses éventuels retards. La régularité du suivi a été permise par la façon dont le patient s'est approprié les entretiens. Il est venu y déposer le fruit de ses constatations quotidiennes. Ainsi, les premiers mois de prise en

charge ont été marqués par la présence d'une production délirante riche et envahissante que détaillée dans une première partie.

3.1.5.1. Phase active :

Le comportement du patient était marqué par la présence d'auto-examins, de collecte de « preuves », de recherches bibliographiques, de prise de notes, de réalisation d'agendas etc... Autant d'éléments qui lui ont permis d'élaborer une théorie sur le comportement de son convive. La première caractéristique sur laquelle le patient s'est interrogé concerne les traitements médicamenteux et leur impact.

> *« Depuis le Zentel c'est pire. […] Il y a ce produit c'est l'Arixtra [...] après que l'infirmier était passé, je me suis dit : tiens c'est bizarre ça recommence à démanger [...] comme quand j'avais pris le Zentel*. […] *Effectivement quand c'est une prise de médicament. Je prends le Zentel il se passe ça, à un moment donné il y a des causes à effet. »*

Il est intéressant de remarquer le positionnement particulièrement défensif du patient par rapport au médicament. Cela ne va pas sans nous rappeler le sentiment qui s'est dégagé de la fin de la première entrevue à l'égard du corps médical allant jusqu'à la remise en question du diagnostic. Au cours de nos séances, il nous a été possible d'apporter matière à notre réflexion sur la relation du sujet au médecin pour tenter de saisir les enjeux de cette première caractéristique. Ainsi, concernant une douleur méniscale, il pourra nous dire avoir *« posé le diagnostic que les médecins ne trouvaient pas ».* Au quotidien, il se raconte comme évitant le plus possible d'aviser le corps médical.

> *« Et quand je suis chez SOS médecin à 22h00 c'est que je n'en peux plus. […] Le jour où j'ai vu ça j'ai pris peur, mais je ne suis pas allé courir chez le médecin non plus. »*

Ainsi il s'automédique. Ses remèdes sont dépourvus de toute « chimie » :

> *« […] minerve depuis la semaine dernière, […] compresse de jus de citron, […] séances d'ostéopathie.*

Je m'étais soigné personnellement à base d'inhalation avec du baume du tigre. Des choses assez basiques, sans prendre de chimie, sans prendre de médicament. »

Il se montre souvent suspicieux à l'avis médical. Nous prendrons pour exemple l'interprétation par un dermatologue d'un taux d'éosinophile :

« Pour lui tout est normal, les éosinophiles avoisinent les 400. C'est un peu le baromètre 400, c'est la fourchette haute. En septembre ils étaient à 200, en juillet à 179 de mémoire. Apparemment ça a l'air normal, sauf que ça fluctue. »

L'apport biographique nous permettra d'y voir plus clair, de faire apparaître des éléments de compréhension chargés d'affects qui nous renseignent sur la tonalité globale du rapport au médical :

« Dans l'absolu, en poussant l'analyse vraiment loin, l'hôpital je ne connaissais pas. La seule fois où je suis allé à l'hôpital c'était il y a très longtemps. Ça devait être au collège pour une endoscopie. Le gros tuyau c'était impressionnant. Ils faisaient manger une grosse chose noire, du charbon, pour avoir une prise de contraste. Le tube faisait 2m20 ou 22 et effectivement l'hôpital, j'ai toujours évité, un peu comme les médecins. […] *Pour l'accident, ce sont les pompiers qui m'ont amené, sinon je ne serais pas allé.* […] *Effectivement pour moi l'hôpital, j'en ai de très mauvais souvenir, hormis l'hôpital Pasteur pour lequel j'ai travaillé. Historiquement l'hôpital c'est quand j'allais visiter ma maman quand elle était alitée. On allait la voir régulièrement, en dernier tous les jours. Pour moi ce n'est pas une image de tout beau tout rose. »*

La deuxième caractéristique abordée rapidement au fil des entretiens est la suspicion que le parasite puisse être affecté par l'alimentation du sujet. Il allègue une corrélation entre l'apparition de manifestations prurigineuses de la sphère anale et l'ingestion voire la simple manipulation de saumon et de crevettes.

« Un lendemain de saumon fumé c'est des traces de sang. […] Hier soir, ça m'interrompt, ça m'interroge. »

Il se souvient d'un soir où son amie était revenue des courses et avait acheté un sachet de crevette. À la simple manipulation de celui-ci, il évoque l'apparition de démangeaisons. Il est assez rare, pour s'y arrêter, que le patient mentionne dans son récit la présence de son amie. Cela nous permet d'aborder la relation interpersonnelle. On se souviendra comment les données biographiques nous ont permis de commencer à avoir des éléments à ce sujet, notamment grâce à la façon dont l'individu parle de ses collègues de travail. Seraient-ils soit démissionnaires, soit peu compétents ? Corrélé à l'amie qui ramène des courses des crevettes provoquant les démangeaisons, l'autre semble pour le sujet une personne potentiellement capable de lui nuire sans en avoir l'intention (tout comme le médecin prescripteur de traitements). Il est possible de trouver dans le récit d'autres exemples nous permettant de collecter des éléments de compréhension sur un mode relationnel souvent similaire. Ainsi il dira ne plus supporter la fumée de cigarette et se refuser catégoriquement à devoir l'inhaler.

> *« Je ne veux pas supporter, j'ai banni certains endroits, […] j'ai une sensibilité au niveau de l'odorat […] je ne veux plus subir ça. »*

Il est possible de recueillir d'autres données sur les attentes du sujet vis à vis des autres. Ces dernières sont apportées par sa pratique sportive. Ainsi il nous apprend avoir été très actif avant son accident et avoir pratiqué l'escalade, la course à pied, le « spinning vélo » et le tai-chi/yoga. Il est intéressant de remarquer le caractère idéaliste que revêt la relation au travers du sport à la lumière du mode relationnel précédemment décrit.

> *« J'aime la philosophie, le challenge. Dans l'escalade il y a la confiance aux autres* […] *la mentalité c'est l'entraide. »*

Il s'agit maintenant de revenir au facteur alimentaire. Les constatations s'y rapportant ont permis au patient d'élaborer une théorie allergique qui a vu le jour alors qu'il visitait un salon à Mandelieu. En passant devant un stand proposant de déguster des insectes, il se souvient avoir lu qu'il était contre-indiqué aux personnes allergiques de les ingérer de par la présence d'allergènes communs. Ainsi explique-t-il avoir saisi l'impact de l'alimentation sur son parasite via la présence de protéines allergéniques communes. Cette hypothèse l'a amené à prendre un rendez-vous avec un allergologue.

La troisième caractéristique que le sujet cherche à élucider est l'impact du parasite sur son propre organisme. Il tente d'en saisir les effets avec clarté et précision jusque dans les moindres détails. Pour ce faire, il utilise un calendrier électronique qu'il tient méticuleusement et dans lequel il répertorie toutes les données qu'il considère comme pertinentes et reliées à sa parasitose.

> *« Le calendrier électronique c'est formidable, je me suis fait un petit récap. Je mets la date et par superposition l'autre info arrive, et bizarrement ça colle, ça coïncide. »*

Ainsi il y répertorie notamment ses démangeaisons et y perçoit une temporalité *« ce n'est pas systématique c'est cyclique ».* Les symptômes sont rationalisés et modélisés en rapport avec ce sentiment temporel. Prenons un exemple qui se rapporte à l'aspect de ses selles : *« étape 1, c'est assez dur et noir, étape 2, il y a une sorte de mucus, étape 3, plus rien ».*

Telle une pancarte d'infirmière, les pics de température y sont inscrits.

> *« Des coïncidences avec des pics de 40 de fièvre sur les mêmes périodes ça fait bizarre. Je vois, comme j'expliquais à un médecin, de façon cyclique les pseudo grippes. Aujourd'hui je sais très bien que ce ne sont pas les grippes, avoir un tel niveau de monter de fièvre. J'ai mon fabuleux calendrier, je suis revenu sur une date de 2000. J'ai retrouvé trois consultations pour les problèmes que je disais, toujours dans les mêmes périodes. Même moi sur le coup je ne suis pas allé dans ce sens-là, je n'avais pas fait la relation. J'ai retrouvé dans la boite de médicament la feuille de SOS médecin. Je regarde la date et je la compare, je mets ma date dans le calendrier et je tombe sur les mêmes périodes de phase de lune. Ça fait trop de recoupements d'affilé. »*

Telle une observation médicale, y sont rapportés les accès de fatigue et autres plaintes.

> *« Je me suis dit ça recommence. »*

Après le calendrier comme méthode de recueil et d'analyse des données concernant les preuves indirectes de l'infestation, l'étude des preuves directes se fait à l'aide d'un appareil d'utilisation plus spécialisée, à savoir un microscope.

« Je me suis fait un cadeau, un microscope très perfectionné ».

Il semble qu'il soit devenu nécessaire au patient de se procurer cet outil d'analyse au moment où il s'est questionné sur la compétence des laborantins.

« Je ne sais pas s'ils étaient correctement examinés. […] il y avait comme un fil qui faisait une vingtaine de centimètres. »

Dès lors, il effectue des prélèvements très réguliers sinon systématiques à certaines périodes.

« Je fais un control visuel. »

Placés sous microscope et photographiés à l'aide d'une option prévue à cet effet, voilà tant de clichés qui ont pu alimenter la poursuite de théorisations. Les visualisations au microscope intéressent aussi bien les selles que les autres éléments qu'il juge pertinents. Ainsi, il a relevé un élément dont le recueil a été pour lui la clef de cette énigme. Il se souvient avoir sorti de sa bouche cet élément qu'il n'a pas réussi à identifier.

« Une tête, des crochets, des ventouses. »

Un parasite inerte, voilà ce que le sujet aurait conclu. Ainsi il a formulé l'hypothèse d'un parasite migrateur, parti du tube digestif pour arriver dans la cavité buccale après avoir cherché une issue. C'est bien mort que le parasite aurait été évacué.

« Quelque chose qui se déplace en fin de vie et qui cherche une issue. […] qui se déplace par rapport au tube digestif et aux aliments […].
Quand ça sort ça ne bouge plus. »

Figure 4 : Signe du spécimen. Photographie à faible grossissement.

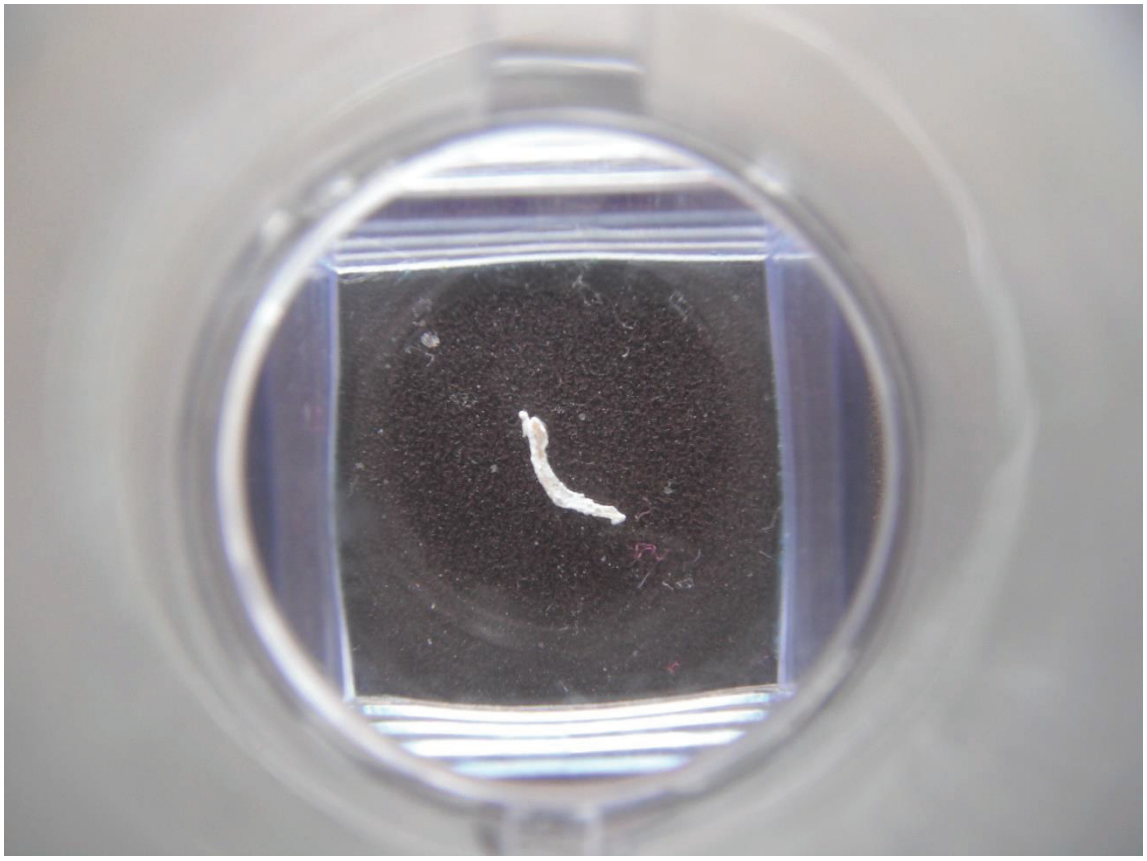


Figure 5 : Signe du spécimen.

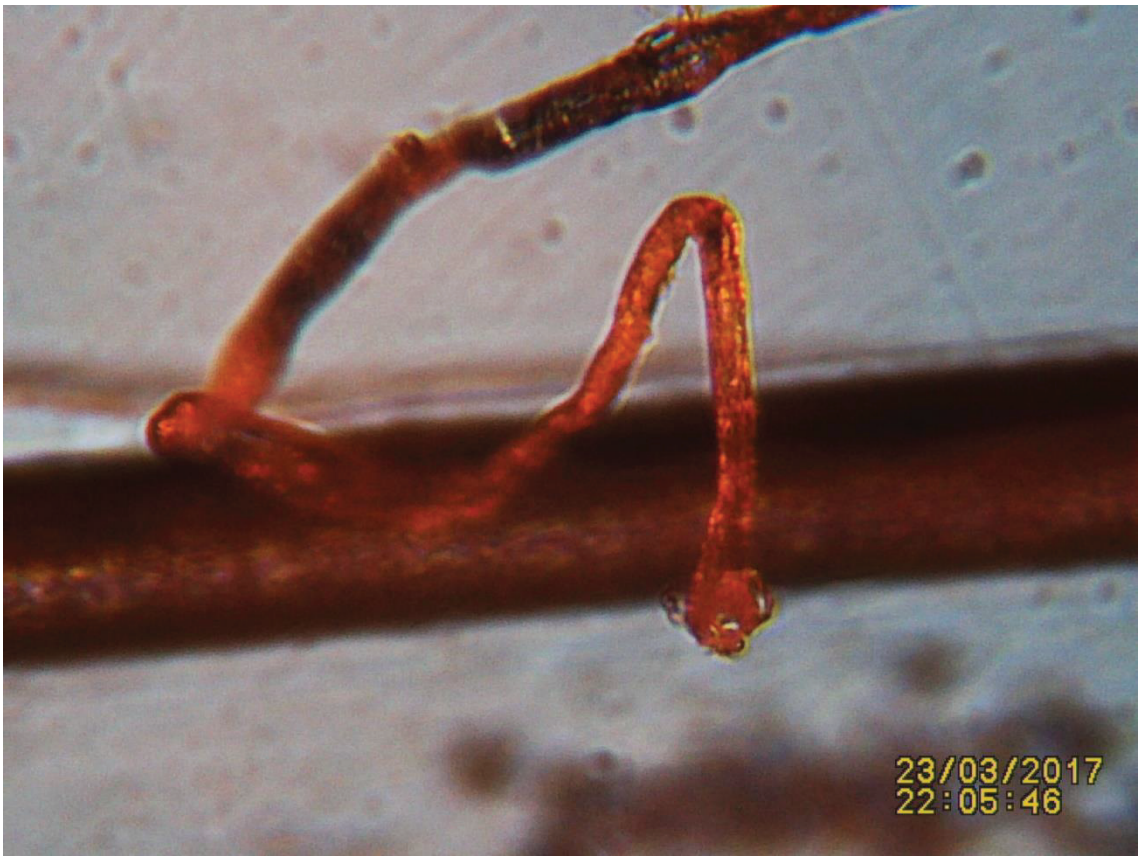


Figure 6 : Signe du spécimen. Le parasite inerte.

Figure 7 : Signe du spécimen. Le parasite inerte, autre vue.

« *Le truc comme le truc blanc* (**figures 6 et 7**), *si quelqu'un veut bien me dire ce que c'est, j'aimerais bien savoir. Car ce n'est pas un morceau de peau, ce n'est pas un morceau d'os, ce n'est pas une arête de poisson. Est-ce que c'est une pièce du corps qui est sortie ? C'est possible.* »

En plus de pathogènes inertes, il pense retrouver des preuves vivantes de son infestation, qu'il s'empresse d'adresser à nos confrères parasitologues. Il les étudie et les décrit. Il rapporte une "*partie avant*" où se place la tête pourvue de crochets et de ventouses, ainsi que le début d'une "*partie filaire*".

Ainsi il collecte des preuves directes et indirectes, les répertorie dans son calendrier ou les apporte aux différents professionnels de santé. Tout ce matériel vient alimenter la construction de son délire.

Il effectue ses observations au regard de la « *méthode scientifique* » nous expliquera-t-il. Il nous confiera que si son état général ne lui permet plus de pratiquer une activité sportive et de réaliser des performances physiques, il reste capable d'assouvir son besoin d'accomplissement par le biais de la performance intellectuelle.

« Je n'aime pas la médiocrité, se contenter. […] il ne faut pas qu'il y ait matière à discussion […] il faut qu'il n'y ait rien à redire, que cela soit parfait. J'aime bien la précision. »

Ainsi dans cette idée de performance, il s'empare de ses symptômes comme de quelque chose à déceler, comme d'une énigme à résoudre. La théorie dans sa globalité est relativement complexe. S'il se pensait au départ infesté par un oxyure, sa conviction a progressivement évolué pour finir par soutenir une ankylostomatose.

« En fait je vois dans le fonctionnement, il y en a un qui est un peu plus embêtant, pour lequel j'ai quand même la photo que j'ai récupérée dans les glaires. Il y en a un qui y ressemble pas mal c'est l'ankylostome, et qui a ce mode de fonctionnement : il repasse par les poumons pour retomber dans le tube digestif par le biais des voies aériennes. Niveau recoupement, il y en a pas mal. Des schémas il y en a pas mal. Sans faire de commerce ça tient la route. »

Figure 8 : Signe du spécimen. Partie avant.

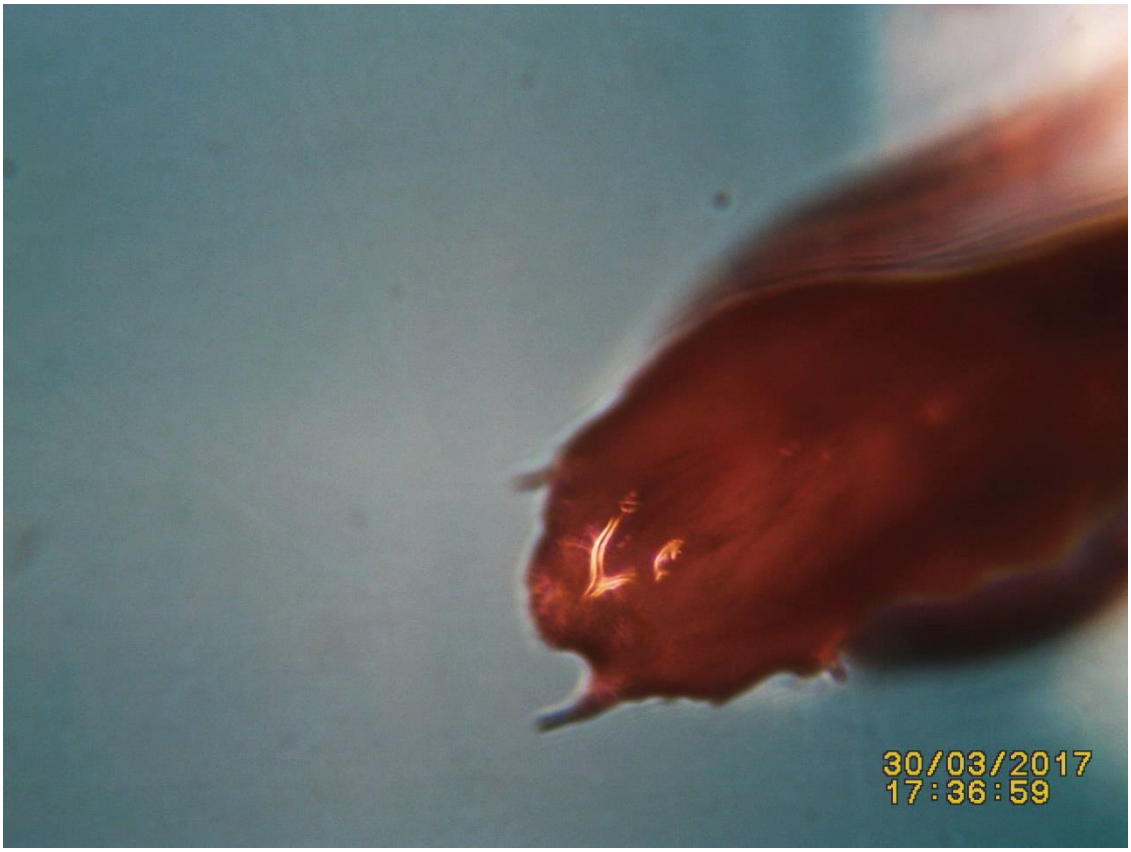


Figure 9 : Signe du spécimen. Partie filaire.

3.1.5.2. Amendement du délire :

Après huit mois de production délirante, l'évolution a été spontanément marquée par des phases d'amélioration et de stabilisation successives. À ce jour, les sensations corporelles ont régressé. Elles persistent néanmoins et réapparaissent de temps en temps. Lorsque cela est le cas, le sujet adopte le même comportement que lors de la phase véritablement active : il note ses symptômes dans son calendrier google, ou sort son microscope. Bien qu'il conserve cette attitude, aucune nouvelle théorie n'a vu le jour depuis quelques séances. Lorsque nous l'invitons à nous faire part de ses conclusions concernant certains phénomènes, il nous dira à plusieurs reprises *« je n'en sais rien ».* Nous sommes ici loin des rationalisations qu'il a pu avoir au cours des premiers échanges.

Il est également intéressant de constater que les thématiques abordées en entretien évoluent discrètement. Si le contenu délirant venait envahir tous les premiers, il est à ce jour possible de parler un peu plus de la quotidienneté. Il s'autorisera à raconter qu'il a apprécié allé au grand prix de Monte-Carlo mais qu'il n'a pas aimé le restaurant dans lequel il est allé la veille. Ces échanges primordiaux pour évaluer le retentissement et mesurer la qualité de vie lui semblent malgré tout relativement superflus. Ainsi, lorsque nous les abordons trop longuement ou tentons de le questionner sur le sens de ses ressentis, il y mettra un terme avec un vif mais aimable « mais revenons à nos moutons. »

Au cours du suivi, il nous parlera d'un épisode d'infection génitale qu'il n'avait jamais évoqué auparavant et légèrement antérieur à l'apparition du délire. Malgré le caractère factuel de la description rendue par le patient, il nous semble relever un sentiment de honte à l'abord de cet évènement. Ainsi, notre attitude a été la simple écoute.

L'introspection et l'élaboration des contenus sont limitées. À l'opposé, il s'investit avec finesse dans la démarche qui consiste à reconstruire ce qui lui est arrivé un an plus tôt. Concernant cette période, l'anamnèse nous permet de retrouver une dégradation de son état de santé à partir du début de l'année 2017. Elle a été marquée par des troubles de la concentration et de la mémoire, une irritabilité, une perte des envies, des troubles du sommeil et une fatigabilité.

« Quand on démarre sur une agence, ça ouvre à 7h30. Généralement le midi on va toujours manger sur un petit restaurant à proximité, toujours avec des clients, en fait on ne quitte pas l'environnement. Globalement même si on parle d'autre chose, on est toujours dans l'environnement, puis on est à proximité. Ensuite c'était 18h00. Sauf qu'une fois que l'agence est fermée il y avait encore des clients à l'intérieur qu'il fallait finir de servir. Et ensuite, une fois que c'était fermé il fallait fermer la caisse, faire les comptes et compagnie. Ça fait partir à 18h30-19h00. Ça fait de belles amplitudes donc ça ne laisse plus beaucoup de temps pour le reste.

Et puis à l'époque j'avais acheté l'appart donc j'étais en train de le rénover pour qu'il soit à mon gout, puis je me suis un peu enflammé car j'avais fait des travaux qu'il ne fallait pas faire.

C'est un peu comme la côte une fois qu'on est en bas, il faut la monter. »

Il nous est possible de saisir le changement radical de mode de vie expérimenté par notre sujet. Nous lui avons fait part de notre point de vue et des bénéfices que l'on pourrait attendre avec l'instauration d'un traitement de fond visant à faire régresser plus rapidement les sensations cutanées. S'il a convenu que des répercutions pouvaient avoir été engendrées par son surmenage, il n'a pas été accessible à la mise en place d'un psychotrope.

« Effectivement on rejoint un petit peu votre raisonnement par rapport au burn-out et autre, mais pour moi c'est le système immunitaire qui s'est affaibli et qui n'arrive peut-être pas à reprendre le cycle normal. C'est ce qu'on appelle communément immunodépression. »

Nous n'avons pas insisté au vu de l'amélioration globale constatée au fur et à mesure des séances. Celle-ci a été particulièrement bonne cet été. A ce jour, il poursuit une prise en charge multidisciplinaire. Il voit régulièrement son chirurgien qui lui prescrit des séances de kinésithérapie pour son épaule. Il se rend chez son gastro-entérologue si nécessaire, il consulte régulièrement son médecin généraliste et s'investit dans son suivi psychiatrique mensuel. Les sensations corporelles ont nettement régressé et nous commençons à aborder la question du projet professionnel ultérieur.

3.2. Examen psychiatrique :

La présentation du patient peut appeler à formuler un commentaire en lien avec le port d'une casquette, accessoire plutôt étonnant en hier et en intérieur. Comme pour notre première patiente, celle-ci était tout à fait similaire d'une consultation à l'autre. Le contact est resté globalement bon et stable au cours du suivi.

En entretien, l'attitude par rapport au médecin est moins agressive que dans notre première observation mais le rapport au domaine médical est globalement méfiant, rapportée à la douloureuse histoire familiale.

La forme du discours fait état de la même élation perçue dans l'étude du cas de la musicienne, à savoir qu'il existe une certaine logorrhée lorsque la thématique parasitaire est abordée.

Le fond du discours révèle la présence d'un délire chronique sur une thématique parasitaire. La construction délirante s'articule autour d'un paradoxe, celui d'être issu d'un raisonnement pseudo-scientifique (auto-examens, collecte de « preuves », recherches faites à l'aide de manuels scientifiques) et d'être pourtant vraisemblablement paranoïde. S'il existe une logique interne à chaque interprétation, l'ensemble est absolument incohérent et s'articule de façon extraordinaire.

Les mécanismes qui le sous-tendent sont intuitifs et très majoritairement interprétatifs. Les supports cénesthésiques de type démangeaisons et sensations de piqures sont extrêmement présents. De plus, il existe d'autres phénomènes corporels. En effet, monsieur « le scientifique », que nous nommerons ainsi de par son comportement, nous parlera d'impression de « déformations corporelles » comme celle-ci par exemple :

> *« J'ai la boîte crânienne qui se déforme, ça s'affaisse.*
> *Depuis peu ça s'est remis en place. »*

Ces troubles de la perception nous rappellent des dysmorphies corporelles.

L'adhésion au délire est totale et la participation affective importante.

Il sera important de noter qu'il n'existe aucun signe en faveur d'une dissociation psychique. Le déroulement de la pensée n'est pas perturbé, il ne se présente aucun barrage ni persévérations. Les associations d'idées sont fluides, parfois presque relâchées lorsque le sujet veut convaincre, mais en aucun cas rompues. Il n'existe pas de trouble du langage, pas de modification du débit de la voix, pas de bredouillements, pas d'accès de mutisme ni de discours en aparté. Celui-ci est spontané, même facile d'initiation et les entretiens n'ont jamais de moment de silence. Il n'existe aucune discordance idéo-affective. La mimique faciale est conservée et adaptée au propos. Le comportement moteur est aisé et ne prête à aucun commentaire.

Sur le plan thymique, la question d'une dépression atypique, réactionnelle, dans un contexte de surmenage et de souffrance au travail, se pose. Elle s'argumente par la rupture avec l'état antérieur constatée plusieurs semaines avant l'accident de scooter. Rappelons que celle-ci était marquée par une fatigabilité importante, des troubles de la concentration, du sommeil, une perte de motivation, des envies et des intérêts, et s'exprimait sur un versant affectif par une irritabilité et une labilité émotionnelle. L'anamnèse nous inviterai à penser que cette dépressivité serait apparue secondairement à une situation anxiogène révélée par l'apparition d'une gastrite dès février 2017.

Les traits de caractère semblent moins ombrageux que notre première parasitée. En effet, aucun mouvement particulier n'est observé à l'encontre du clinicien et celui-ci est très rarement pris à parti (on notera que son avis lui est aussi rarement demandé !). Le patient se montre toujours respectueux sur le plan social. Il se définit comme une personne méticuleuse, scrupuleuse, organisée, mais aussi enthousiaste, têtue, psychorigide, qui se positionne et prend des décisions facilement.

D'autres traits sont à relever au cours de notre analyse. On notera d'abord une tendance à se conformer au stéréotype masculin plus dans la prétention que dans l'aveu de sa faiblesse. Qu'ils soient alimentaires, familiaux, conjugaux ou professionnels, les idéaux semblent de véritables piliers assurant les assises identitaires de la quotidienneté.

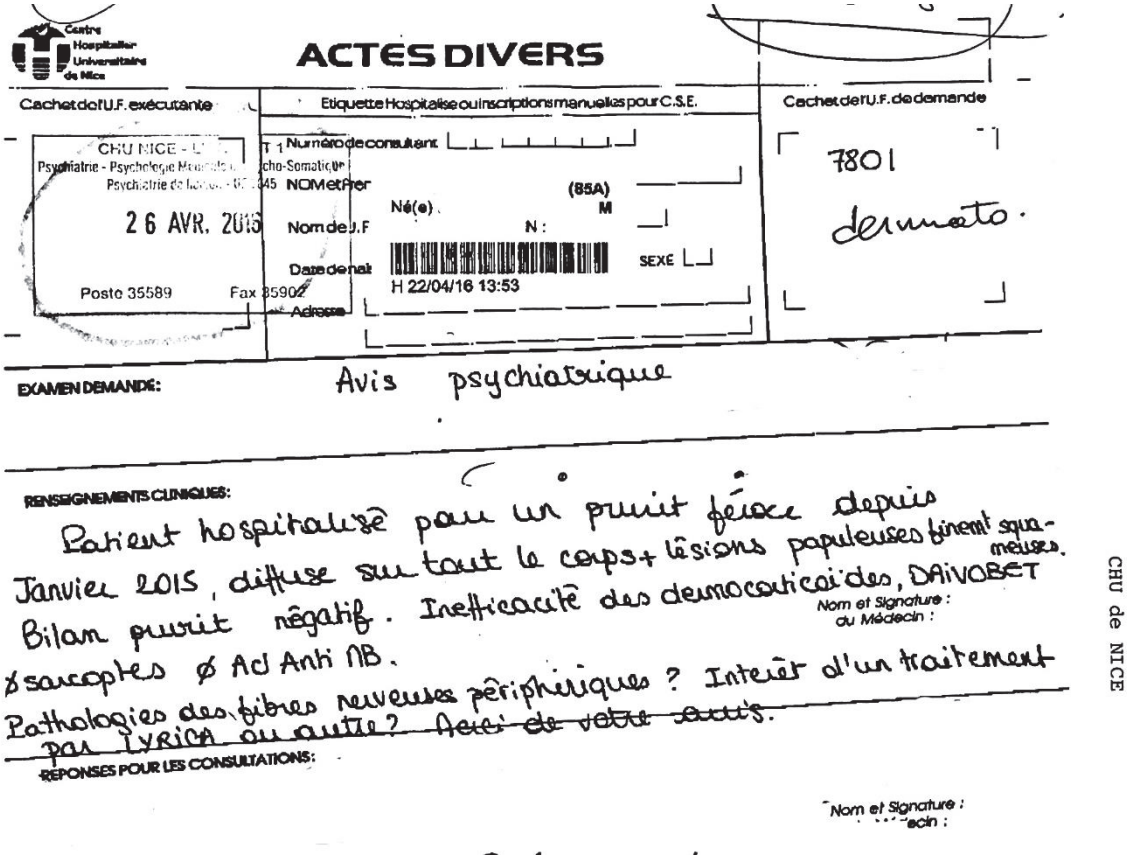
Sur le plan de la psychothérapie, le patient l'a investi en venant y rapporter un contenu factuel. L'introspection est limitée, il fait preuve de difficultés et de manque de mots pour

exprimer ses sentiments. Cette observation nous questionne sur la présence d'un fonctionnement alexithymique.

Le tableau clinique se manifeste par la présence d'un délire chronique paranoïde, peu systématisé sur une thématique d'infestation parasitaire. Les mécanismes sont l'intuition et l'interprétation, tant cénesthésique que visuelle. L'accent est à mettre sur des perceptions corporelles témoignant de dysmorphies corporelles. Les similitudes avec l'hypocondrie sont toujours présentes dans la démarche de soins. Les traits de personnalité renvoient plus à une constitution obsessionnelle. Le contexte récent rapporte un surmenage et une souffrance au travail au cours de laquelle une dépression réactionnelle doit être évoquée. Si l'accroche a été possible, la psychothérapie risquera de ne pas perdurer avec l'amendement des symptômes devant la suspicion d'une alexithymie sous-jacente.

4. CAS N°3 – « LE PATRIARCHE »

Dans le cadre de l'activité de psychiatrie de liaison, nous avons été sollicités par nos confrères dermatologues pour venir examiner un patient hospitalisé sur le service de dermatologie. Voilà le bon de liaison qui s'y rapporte :


Centre Hospitalier Universitaire de Nice

ACTES DIVERS

Cachet de l'U.F. exécutante | Etiquette Hospitalise ou inscriptions manuelles pour C.S.E. | Cachet de l'U.F. de demande

CHU NICE - L...
Psychiatrie - Psychologie Médicale ... cho-Somatique
Psychiatrie de ... 045
26 AVR. 2015
Poste 35589 Fax 35902

Numéro de consultant
NOM et Prer
Né(e) (85A) M
Nom de J.F N :
Date de naiss SEXE
H 22/04/16 13:53
Adresse

7801
dermato.

EXAMEN DEMANDE: Avis psychiatrique

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES:
Patient hospitalisé pour un prurit féroce depuis Janvier 2015, diffuse sur tout le corps + lésions papuleuses finement squameuses. Bilan prurit négatif. Inefficacité des dermocorticoïdes, DAIVOBET ∅ sarcoptes ∅ Ad Anti NB.
Pathologies des fibres nerveuses périphériques ? Intérêt d'un traitement par LYRICA ou autre ? Merci de votre avis.

Nom et Signature : du Médecin :

REPONSES POUR LES CONSULTATIONS:

Nom et Signature : ...ecin :

CHU de NICE

4.1. Observation clinique :

4.1.1. L'entretien initial en service de dermatologie :

Ainsi nous avons monté les 3 étages nécessaires à pouvoir rejoindre la liaison souterraine unifiant les deux bâtiments de l'hôpital l'Archet et avons encore grimpé 5 étages avant de frapper à la porte de la 522.

Le patient installé dans cette chambre est un homme âgé dont les soins semblent à la hauteur de ce prurit féroce qui le fait souffrir. Il est en effet enveloppé dans un habillage de dermocorticoïdes. Le contact est étonnamment facile et l'homme, aussi embaumé soit-il, est

des plus actif. Avec attention, il déplace son journal et propose à la personne en face de lui non encore présentée – mais qu'il a par ailleurs immédiatement dotée d'un surnom faisant référence à son jeune âge – de s'installer. « La petite » une fois assise, peut enfin expliquer sa fonction et l'objet de sa venue. La relation est spontanément simple, peut-être l'est-elle trop. Le patient témoigne d'un certain enthousiasme permettant le départ de l'entretien psychiatrique.

Nous sommes directement interpellés par la vive attitude motrice. Le patient bouge et fait des mouvements itératifs, tel des sursauts, au niveau des épaules. Il nous explique que cela est dû aux sensations qui parcourent son corps et notamment sa peau. Aux précisions qui lui sont demandées, il met l'accent sur un parcours de soins chaotique qui n'a pas réussi à le soulager. Voilà plusieurs mois qu'il souffre de démangeaisons qui résistent aux bons soins de tous les médecins qu'il a consultés. Parmi eux, on repèrera le médecin traitant et deux dermatologues. L'incertitude de la médecine traditionnelle et l'épuisement face aux symptômes l'a poussé à recourir aux médecines non conventionnelles telle que l'homéopathie, la méthode indienne etc….sans effets.

Accablé par ses troubles, il place l'actuelle prise en charge au rang de « solution ultime » et y voit le dernier recours à la possibilité de sa guérison. Après quoi, il aura tout tenté pour pouvoir faire régresser ses troubles. Le caractère pessimiste de son discours détonne avec l'enthousiasme relationnel constaté et l'aspect psychomoteur plutôt dynamique.

L'orientation vers un délire d'infestation est évoquée lorsque le facteur déclenchant du trouble est abordé avec le patient. Celui-ci expose clairement et sans hésitation sa théorie qui soutient que des microbes auraient pénétré l'intérieur de son corps via les pores de la peau alors qu'il nageait à la piscine municipale.

> *« C'est quand je suis allé à la piscine.*
> *Juste avant il y a l'aquagym avec les enfants handicapés.*
> *Les bactéries dans les urines des enfants handicapés qui rentrent dans la peau.*
> *La piscine est ancienne et traitée au chlore.*
> *Il y a le pH à surveiller mais le gars qui fait ça, il est tout le temps en train de rigoler, il ne fait pas attention à son pH. »*

L'idée sous-jacente verbalisée par le patient est qu'avec l'âge, l'enveloppe corporelle n'étant plus ce qu'elle était, celle-ci se distendrait, ne serai plus imperméable et ne serai plus capable d'assurer sa fonction de barrière protectrice. Ainsi, via les pores distendus sous l'effet du vieillissement, des organismes pourraient pénétrés l'intérieur du corps.

« Peau fragilisée avec l'âge.
Ça rentre par-là, par les pores très dilatés.
C'est de la taille d'une bactérie.
Quand ça sort ça me pique. »

A la question du mode de contamination, le patient figure que ceux-ci sont excrétés avec les urines des nageurs. Il évoque un groupe d'enfants handicapés venant faire de l'aquagym avant les horaires d'accès de la piscine au grand public.

Alors que nous tentons de saisir le contexte socio-familial, notre patient nous explique être retraité du bâtiment. Il vit à Antibes avec son épouse, est père de trois enfants d'un premier mariage et a une petite fille de 15 ans. Il pensait pouvoir profiter de sa retraite mais a été rattrapé par des problèmes de santé. L'épreuve la plus difficile a été un cancer de la prostate pour lequel il a été traité par chirurgie et radiothérapie.

« Comme un plat au micro-ondes.
Ça m'a beaucoup touché ».

A ce jour, il est incontinent, ce qui l'empêche de dormir avec son épouse. Il a eu une « *sale période* » au cours de laquelle il a eu des idées suicidaires et est allé se promener seul avec la carabine du grenier. A ce jour, il n'aurait plus de telles idées, et même si elles « *venaient encore* [l]'*embêter* », il ne pourrait « *plus recommencer* », sa femme s'étant « *débarrassée de l'arme* ».

4.1.2. Les éléments biographiques :

Le patient est né au mois de janvier 1931 à Montpellier. Il est de nationalité française, a été marié deux fois et est père de trois enfants.

L’enfance a été marquée par deux évènements : la captivité du père retenu prisonnier pendant la guerre et la maladie de sa mère, touchée par la tuberculose. La dynamique familiale s’est stabilisée de nouveau à l’adolescence. La mère a repris sa profession de coiffeuse et son père son activité dans les métiers du bâtiment.

Il a passé son certificat d'étude à l'âge de 14 ans et a commencé un apprentissage sur les chantiers pour apprendre la profession de maçon-boiseur. A l'âge de 17 ans, il a entendu parlé d'une opportunité professionnelle qui s'offrait à lui et s'est porté volontaire pour partir travailler en Afrique. Malgré le désaccord de sa mère, il partira à 18 ans accompagné de deux jeunes de sa région.

Le détail du voyage est raconté avec enthousiasme et nostalgie. Il mentionne un voyage en train de Montpellier jusqu'à Marseille puis le décollage pour l'Afrique. Notre patient se souvient être parti avec le chapeau colonial, un pantalon long, une chemise et des chaussures fermées. Une première étape l'amènera à se poser à Alger, puis le voyage se poursuivra par le Maroc, survol du désert, étape au Sénégal puis arrivée à Konacri en Guinée. Il y commencera sa résidence et son activité professionnelle.

Par la suite, il demandera à être muté au Sénégal pour aller rejoindre son père qui travaillait en tant que chef de chantier dans une entreprise locale. Le patient a vécu de nombreuses années en Afrique Noire où il a exercé dans le bâtiment et a rencontré sa première femme avec laquelle il a eu ses 3 enfants.

Il est âgé de 24 ans lorsque né son premier. A ce jour, son fils travaille dans une entreprise de dépollution des eaux de rivière et des eaux de mer. Il rencontrerait des difficultés professionnelles depuis quelques années.

À 28 ans, il devient père une deuxième fois. La biographie de sa première fille est marquée par la toxicomanie apparue avant sa majorité. Elle a effectué un voyage autour du monde qui a engendré beaucoup d'inquiétudes, tant médicales que sociales, pour ses parents. Elle a finalement trouvé un certain équilibre depuis quelques années dans sa vie sentimentale et professionnelle.

Sa dernière fille est née alors qu'il est âgé de 33 ans. Elle est devenue professeur de gestion et d'économie au lycée de Grasse et est mère d'une fille de 15 ans.

Durant son activité professionnelle en Afrique, les retours en France s'effectuaient tous les deux ans. Durant cette période, son père est décédé. Sa mère a perdu la vie à l'âge de 86 ans.

Avant sa retraite, il est reparti travailler au Gabon à Franceville. Il a cessé toute activité professionnelle à l'âge de 62 ans, après 42 ans d'activité dans le secteur du bâtiment et est revenu définitivement vivre en France. Il a divorcé de la mère de ses enfants et s'est remarié.

A ce jour, il vit à Antibes avec son épouse. Ses loisirs sont la marche quotidienne, la natation à la piscine comme à la mer et les promenades avec leur chien. Il voit très régulièrement sa petite fille qui est en classe de troisième. Même si leurs rapports peuvent-être qualifiés de bons, il s'inquiète de la voir grandir trop vite.

4.1.3. Les antécédents :

Il a souffert de parasitoses réelles lorsqu'il résidait en Afrique noire. Celles documentées sont une amibiase, une onchocercose, une bilharziose et une ascaridiose. Il souffre d'arthrose de la hanche droite et des genoux, ainsi que d'une hypertension artérielle. Sur le plan oncologique, il a été diagnostiqué atteint d'un cancer de la prostate il y a 6 ans. Le bilan d'extension s'est révélé négatif. En traitement, il a bénéficié de radiothérapie ainsi que d'une chirurgie type cervicotomie par voie trans urétérale. Les complications post-opératoires ont été une incontinence urinaire ainsi qu'une prostatite chronique. Si l'anamnèse ne retrouve aucun antécédent d'hospitalisation en psychiatrie, ni de suivi antérieur, elle permet de mettre en évidence un épisode dépressif caractérisé sévère avec sentiment d'inutilité compliqué d'idéations suicidaires dans les suites du cancer. Il est sevré de sa consommation de tabac et s'accorde un verre de vin par jour. Il est allergique au pollen, graminées, noisettes, kiwis, bananes, sésame et céleris.

4.1.4. L'histoire de la maladie :

Ce père et grand-père souffre d'un prurit depuis janvier 2015 à prédominance vespéral, individuel, sans notion de voyage à l'étranger ni de nouveau traitement récemment introduit.

Depuis l'apparition des symptômes, il se démange quotidiennement et allègue la présence de petits boutons.

En collaboration avec son médecin traitant et les dermatologues consultés, le patient a bénéficié de multiples traitements. Un caractère corticosensible sur une période d'un mois, suite à une injection de triamcinolone acétonide réalisée en février 2015, a permis une amélioration globale des symptômes.

En octobre 2015, la réalisation de biopsies cutanées au niveau de la cuisse a retrouvé un « aspect polymorphe associant des lésions eczématiformes avec aspect évocateur d'une dermatose excoriée ou d'une dermatose auto-immune ».

Au début de l'année 2016, il a été hospitalisé en hôpital de jour de dermatologie pour un bilan plus approfondi. L'examen clinique retrouvait des lésions papuleuses finement squameuses parfois excoriées prédominant sur le tronc et les membres supérieurs. Le bilan biologique n'a révélé aucune anomalie. Une hospitalisation en dermatologie a été programmée à la fin du mois d'avril 2016. L'examen clinique retrouvait la présence des mêmes lésions que décrites en hôpital de jour, associées à d'importantes démangeaisons. Celles-ci ont été nettement améliorées par les habillages de dermocorticoïdes. Le bilan étiologique a consisté en la réalisation d'un scanner thoraco-abdomino-pelvien injecté, d'une biopsie cutanée et d'une IRM cérébrale qui n'ont présentés aucune anomalie.

4.1.5. L'évolution :

A la suite de notre intervention en psychiatrie de liaison, nous avons indiqué un suivi psychiatrique. Le patient a accepté de venir nous revoir en consultation. La présentation est restée adaptée à la saison et le contact s'est maintenu bon. En lien avec sa pathologie arthrosique, il a été possible de constater l'altération des capacités physiques du patient qui se déplaçait difficilement. Les mouvements de sursaut des épaules que le patient imputait à ses démangeaisons s'atténuèrent avec l'amendement des sensations corporelles.

Celle-ci avaient déjà beaucoup régressées depuis l'hospitalisation en dermatologie. Le traitement à la sortie associait des applications quotidiennes de crème à base de dermocorticoïdes alternées avec des applications de crème cosmétique. La réalisation de 30

séances de photothérapie UVB était également indiquée. Il s'y est rendu les lundi, mercredi et vendredi durant plusieurs semaines.

Sur le plan psychiatrique, la prescription d'un traitement antidépresseur, inhibiteur de la recapture de la sérotonine type escitalopram, a été initiée de façon concomitante. Le médecin traitant a été investi dans la prise en charge. Ce dernier a décidé d'instaurer en parallèle ce même traitement pour l'épouse du patient, épuisée par les facteurs de stress itératifs rencontrés au cours de ces dernières années.

La multidisciplinarité de cette prise en charge associant des soins dermatologiques à des soins psychiatriques, dont l'ensemble était coordonné par le généraliste, a porté ses fruits. L'amélioration de l'état de santé s'est maintenue et il nous confiera que *« ça remue moins, mais toujours un peu le soir ».*

Comme pour le sujet n°2, la psychothérapie a été investie par le patient sur le versant symptomatique. Il venait y livrer ses sensations et parler de ses soins dermatologiques. Une réflexion autour du rôle avec un travail identitaire nous a semblé important chez ce père de famille qui a toujours eu pour habitude « d'aider les siens » plutôt que « d'être aidé par les siens ».

> *« C'est moi qui m'occupait de l'administratif, les comptes, le courrier.*
> *Je suis scrupuleux.*
> *Aujourd'hui ma femme anticipe et fait tout pour ne pas que je me fatigue.*
> *Je passe dernière, je suis perfectionniste.*
> *Je ne lui dis pas pour ne pas lui faire de peine. »*

Comme nous l'avions constaté dans la vignette n° 2 avec notre scientifique, aborder la quotidienneté et les contenus émotionnels n'a pas été une mince affaire. Au bout de quelques mois de prise en charge, la régression des symptômes n'a plus donné assez de matière pour alimenter les entretiens et le suivi psychiatrique n'a plus fait sens pour notre patriarche. Plusieurs fois il nous a demandé de mettre fin à la prise en charge et plusieurs fois nous avons repousser sa requête, puis proposer d'espacer les séances plutôt que n'y mettre un point final. L'inquiétude était sous-tendue par la fragilité de la constitution personnelle de notre sujet que

le vieillissement allait possiblement continuer de mettre à rude épreuve. Nous nous arrêterons sur le témoignage poétique qu'il nous a finalement déposé.

« Ma vie est pleine de trous. »

4.2. Examen psychiatrique :

La présentation était toujours adaptée à la situation. Encore une fois, elle s'est voulue très similaire d'une consultation à l'autre. Le contact était bon voire un peu trop familier.

Le discours organisé venait révéler la présence d'un délire chronique, plutôt systématisé, de thématique parasitaire, selon des mécanismes reposant sur l'intuition et l'interprétation de perceptions sensorielles. L'adhésion au délire était totale et la participation affective très intense.

La question des troubles cognitifs s'est rapidement soulevée au cours de l'échange. Egalement suspectés par son médecin traitant, ce dernier avait demandé la passation d'un bilan orthophonique réalisé en novembre 2015. Les tests utilisés (MMS et EFCL) n'ont retrouvé aucune difficulté cognitive, mnésique ou langagière. Seules des difficultés relatives à un manque d'attention et de concentration étaient relevables. Ces éléments n'ont pas permis d'étayer le diagnostic de détérioration cognitive. Cependant, corrélés aux éléments d'anamnèse, l'évocation de troubles d'allure cognitifs au cours d'un épisode dépressif caractérisé sévère réactionnel à la problématique cancéreuse est convainquant.

Le cas clinique est intéressant, il nous permet ici de soulever avec pertinence l'hypothèse d'un délire d'infestation parasitaire s'inscrivant au cours de l'évolution d'un tableau dépressif sévère non pris en charge. Cette éventualité déjà envisagée au cours des deux observations précédentes ne nous avait pas permis de conclure avec exactitude. Cela n'est pas non plus le cas ici, mais la composante thymique est plus franche et nous invite à nous accoler au cadre nosographique des formes dépressives délirantes. La thématique d'infestation parasitaire connotée à l'incurabilité du vieillissement nous semble tout à fait congruente à l'humeur.

Sur le plan de la psychothérapie, une fois encore nous avons retrouvé la présence d'un fonctionnement alexithymique. Seuls les faits sont racontés. Si notre scientifique investissait

encore la prise en charge grâce aux symptômes résiduels, leur régression a ici complètement mis en péril la psychothérapie.

Le délire d'infestation parasitaire se manifeste ici au cours de l'évolution non traitée d'un épisode dépressif caractérisé sévère réactionnel à une problématique cancéreuse aggravé par l'apparition d'idées délirantes congruentes à l'humeur. Des troubles de la concentration et de l'attention constatés chez un sujet de 83 ans nous avaient amené à discuter le diagnostic de détérioration cognitive. Celui-ci a été récusé à la suite du bilan orthophonique et de l'imagerie. La prise en charge multidisciplinaire a permis d'obtenir une amélioration clinique satisfaisante. Si l'état général s'est amélioré, les difficultés d'introspection n'ont pas permis à la psychothérapie de perdurer au-delà du rétablissement. Le traitement médicamenteux a par ailleurs été accepté et honoré grâce à la collaboration du médecin traitant.

5. CAS N° 4 – « LA COQUETTE » :

Comme cela a été le cas pour la vignette clinique n°1, nous avons poursuivi les consultations de parasito-psychiatrie « en tandem » avec notre confrère parasitologue. Au cours de cette pratique, nous avons fait la connaissance d'une patiente de 76 ans dont la complexité de la prise en charge nous a constamment poussé à la recherche de solutions. De l'identité « d'interne en médecine » utilisée à la première vignette, nous avions réfléchi à utiliser le terme de « collaboratrice ».

5.1. Observation clinique :

5.1.1. La situation initiale en parasitologie :

La patiente qui entre en salle d'attente est une dame de petite taille. Elle se déplace à l'aide de béquilles et invite autrui à la compassion. Ainsi nous lui prêtons assistance pour l'installer en face de nous. Alors que nous l'accompagnons à sa chaise, elle nous explique avoir été amené en voiture par son mari qui attend dans la salle d'attente. Arrivé à l'hôpital, celui-ci s'était soucié de récupérer un fauteuil roulant à l'accueil pour transporter son épouse sujette aux pertes d'équilibres et extrêmement angoissée par les déplacements.

« Je suis un peu stressée, plutôt fatiguée.
J'avais peur de retomber en passant la barrière.
Même avec les cannes j'ai eu peur de tomber.
A la maison, j'ai ce que j'appelle « la poussette », et mes cannes. »

La présentation globale est apprêtée. Deux détails attirent notre attention : elle porte une perruque courte plutôt réussie ainsi que des lunettes de soleil qu'elle conserve en consultation.

Le contact est globalement bon. Au commencement de l'échange, nous constatons que le discours est soutenu et semble parfois presque cérémonieux. Lorsque nous l'invitons à nous expliquer le motif de consultation, ses plaintes principales seront une fatigue et un amaigrissement inquiétant évoluant depuis plus de deux ans.

« Depuis 2 ans je maigris.

Non ça remonte à plus loin.
Depuis 2 ans on s'inquiète de cette perte de poids.
Je n'ai plus d'appétit. »

Comme lors des deux premières vignettes cliniques, le débit du discours est spontanément intarissable en l'absence de questions ou de demandes de précision formulées par le clinicien. Elle poursuit dans ses associations d'idées en nous expliquant ses symptômes. A la perte d'appétit se sont associés des tremblements très envahissants vis-à-vis desquels elle est devenue suspicieuse.

« Ça se produisait, je me mettais à trembler.
Je me trouvais dans l'impossibilité de tenir une fourchette.
A 17h, cela recommençait, pendant plusieurs jours, puis j'ai trouvé des trucs.
Il y a deux ans, en été 2014, j'ai commencé à trouver anormales ces choses-là. »

Alors qu'elle continue de nous parler, nous la voyons chercher quelque chose dans son sac à main qu'elle tient sur ses genoux. En saisissant son portefeuille, elle en sortira une boîte de confiture, une petite boîte en porcelaine et des morceaux de tissu. Elle nous montre le contenu de la boîte.

« Dans les selles c'était comme ça, un œuf.
Ce n'est pas un tænia, le tænia ce sont des anneaux. »

En apposant l'étiquette identificatoire de l'hôpital sur les pots prévus à récupérer les échantillons, il est possible de lire que la patiente est âgée de 76 ans (**figure 10**). Celle-ci poursuit ses précisions.

« Comme s'il se modifiait. D'un œuf, il est passé à autre chose.
Il y a les moines trappistes, les gargarismes, les prélèvements des selles.
Il y en a un par mois et un qui date de ce matin.
Du ballon de foot je suis passé au ballon de rugby, mais je préfère le golf. »

Figure 10 : Signe du spécimen.

Au maniérisme initial commencent à s'ajouter de franches incohérences dans le discours et les associations d'idées. Elle continue en nous expliquant qu'elle a été hospitalisée à la clinique Oxford à Cannes pour une fracture du col du fémur suite à une chute de sa hauteur. Le traitement a consisté en une opération puis une rééducation.

> *« Les kinés m'aidaient étonnamment pour me sortir vite de ce guêpier.*
> *Ils voulaient me garder car j'avais une chambre seyante, peu importe c'est un détail. »*

Elle poursuit en expliquant avoir fait une seconde chute au domicile compliquée d'une fracture du poignet. *« Je suis magnifiquement droitière »* nous a-t-elle dit lorsque nous lui avons demandé des précisions sur le poignet atteint.

Elle nous apprend que son mari a dû se faire hospitalisé à Monaco pour une pathologie cardiaque quelques temps avant la présente consultation. Ne pouvant rester autonome à son domicile, elle a séjourné sur le même hôpital. Elle y a consulté un dermatologue qui l'a adressée à notre confrère parasitologue.

La situation posée, nous lui demandons de nous reparler de ses symptômes. Les doléances sont d'abord axées sur le système pileux :

> *« J'ai été très peu poilue.*
> *Là, sur le pubis je n'avais plus un seul poil et d'un coup, il y a eu une poussée de poils.*
> *J'ai vu un cheveu qui est passé à travers la peau.*
> *Il y a des poils qui se baladent, ils pénètrent par tous les orifices.*
> *Il* [le parasite] *part de là, du bras et ils* [les cheveux] *arrivent à mon sexe.*
> *Il prend des poils et je suppose qu'il rentre dans le vagin. »*

La localisation génitale est similaire à celle de la musicienne. Tout se passe comme si la patiente percevait son système pileux comme se modifiant sous l'action d'une intelligence externe. Ce « il » qui « part de là », « prend » et déplace les « poils ». Elle nous fait part de ses observations et de ses théories :

> *« Ce parasite commençait à utiliser le circuit sanguin.*
> *Il est arrivé à un point où ils* [les cheveux] *se sont retrouvés bloqués dans les carrefours. On les sent* (elle touche son bras)
> *Il a pénétré les pieds jusqu'à la tête, jusque dans les cheveux.*
> *Je les voyais monter, cela faisait comme un petit chatouillement.*
> *Il forme des particules comme des L, des O ou des U. »*

Les observations sont quotidiennes et prennent beaucoup de temps. Elle nous explique inspecter sa peau, la scruter dans les moindres détails et tenter d'empêcher les mouvements de son parasite :

> *« Celui-là je n'ai pas voulu qu'il monte, là je l'ai tué en quelque sorte.*
> *Quand ils sont dans la douche je les perds.*
> *Pour les empêcher de sortir, je mets des sparadraps. »*

Nous tentons d'orienter la suite de l'entretien sur des éléments plus concrets. Elle nous explique vivre à Cannes avec son mari et avoir toujours eu des animaux de compagnie, « que des York ». La dernière est décédée l'an dernier.

« J'ai des photos avec ma petite chienne.
Un chien avec un poil astrakan,
Elle a eu un cancer généralisé pendant six mois à un an.
Avec une ablation des mamelles. »

Elle poursuit en nous parlant de son époux. Il a 82 ans et est cadre à la retraite. Il a été atteint d'un rhumatisme articulaire aigu venu compliqué une angine à streptocoque. Il conserve des séquelles cardiaques et a dû récemment être opéré de la valve aortique mitrale à Monaco.

Pour récolter des éléments d'anamnèse et assurer une continuité médicale, nous demandons à la patiente de nous donner le nom de son médecin traitant afin que nous puissions le contacter. Celle-ci nous explique être en froid avec ce dernier.

« Je ne lui ai pas dit que je venais vous voir, je n'ai pas estimé.
Il n'a pas été capable de m'orienter.
Il a dit à mon mari : "votre femme est malade, la bête est dans sa tête, elle n'est pas dans son corps". »

Ainsi prend fin la première consultation. Nous avons proposé un double suivi : continuer la prise en charge parasitologie et venir en consultation parler du vécu de la parasitose au quotidien. Il nous a semblé extrêmement important de scinder la prise en charge à ce stade pour ne pas perdre de vu la patiente suite à l'annonce des résultats des prélèvements. Malheureusement elle n'a pas accepté la multidisciplinarité proposée. Elle a argumenté son refus par la présence de difficultés à la marche. Toutes les solutions envisagées ont été mises en échec. Ainsi, nous nous sommes retrouvés tous ensemble une semaine plus tard dans le bureau de parasitologie pour l'annonce des résultats des prélèvements. La suite sera détaillée dans la partie 5.1.5. consacrée à l'évolution.

5.1.2. Les éléments biographiques :

La patiente est née à Marseille à la fin du mois d'octobre 1940. Elle est de nationalité française. Elle est mariée et mère d'une fille de 53 ans.

L'histoire familiale nous apprend que son père originaire d'Afrique du nord est venu s'installer en France avant la première guerre mondiale. Il a épousé une femme promise au Maghreb qu'il a ramenée avec lui. Ensemble, ils se sont installés à Marseille où ils ont fondé leur foyer familial. De leur union sont nés six enfants. Les deux premiers sont décédés en bas âge. Parmi les quatre suivants, deux se réaliseront professionnellement et trois auront une addiction à l'alcool.

La patiente est la cinquième née. Elle a vécu ses premières années dans les vieux quartiers de Marseille où son père était propriétaire d'un bar. Son établissement a été ravagé lors de la seconde guerre mondiale. Suite à cet évènement, la famille a déménagé dans le Cantal.

Les relations entre les parents étaient conflictuelles. Le père est décrit par le mari de la patiente comme quelqu'un de plutôt indépendant, souffrant d'une addiction à l'alcool, qui pouvait quitter le domicile plusieurs jours sans donner de nouvelles. La patiente, enfant à l'époque en a beaucoup souffert, d'autant plus qu'elle aurait été considérée comme la préférée du père. Lorsqu'il s'absentait, elle était sujette aux caprices.

A l'âge de 4 ou 5 ans, ses parents l'ont accompagné chez un pédopsychiatre pour somnambulisme.

L'adolescence a été une période marquée par une instabilité émotionnelle avec troubles du comportement. Sur le plan de sa scolarité, elle a finalement obtenu un certificat d'aptitude professionnelle dans le domaine de la comptabilité et a commencé à travailler à l'âge de 19 ans.

Reconnue pour sa beauté, elle s'est mariée à l'âge de 23 ans et a épousé un homme catholique croyant, promis à un parcours professionnel de qualité. Elle a travaillé durant trois ans dans cinq entreprises différentes. Sa difficulté à tenir un engagement est expliquée par son caractère ombrageux. Son mari dira d'elle qu'elle était telle une « suffragette », quérulente et militante, peu enclin à la paix sociale.

Après une première fausse couche, elle est retombée enceinte à l'âge de 25 ans. La période a été difficilement vécue. Elle en garde un souvenir peu paisible.

« Une très mauvaise grossesse.

J'ai dû rester alitée pendant 9 mois. »

Le contenu émotionnel qui y est rattaché est culpabilisant. Elle gardera un souvenir particulièrement pénible d'un échange avec un médecin :

« Il m'a dit " je vais prendre votre placenta car avec un tel placenta on ne devrait pas faire un enfant comme vous l'avez fait".
Ça aurait pu provoquer des malformations.
J'avais une piqûre tous les jours.
Il me tardait de la voir venir. »

A la naissance de sa fille, la patiente a arrêté son activité professionnelle pour se consacrer à sa maternité. Cela a été possible grâce à la réussite sociale du mari. Lui-même promu quelques années plus tard, la famille a déménagé sur Strasbourg.

Les années suivantes sont marquées par l'aggravation de l'instabilité émotionnelle de la patiente. Sa consommation d'alcool s'est intensifiée et des modifications pondérales importantes jusqu'à une prise ou une perte de 20 kg sont devenus la conséquence d'un comportement alimentaire inconstant. Associée à ces éléments, une trentaine de tentatives de suicides graves sont dénombrées. Le procédé était souvent similaire. Son mari nous confie qu'elle partait s'alcooliser et finissait par ingérer des barbituriques dans un hôtel avant d'appeler les secours. Une fois sur deux, l'hospitalisation en réanimation était nécessaire.

Ces passages à l'acte survenaient au cours d'un sentiment d'abandon familial. Elle pouvait reprocher à son mari de la désinvestir au profit de sa réussite professionnelle. A plusieurs reprises, une prise en charge psychiatrique a été proposée. N'y accédant pas, des hospitalisations sous-contraintes ont été discutées avec le mari. Celui-ci les a toujours refusées.

Ce positionnement a été à l'origine de conflits familiaux extrêmes, notamment avec leur fille qui, grandissante, commençait à alléguer la nécessité d'une prise en charge. Celle-ci a rapidement pris son autonomie durant ses études. Elle est devenue infirmière en rééducation et s'est mariée à un Alsacien. De son union sont nés quatre petits-enfants dont elle n'a jamais confié la garde à sa mère seule. Les relations sont extrêmement tendues et de plus en plus espacées.

Sur le plan social, après l'arrêt de son activité professionnelle, la patiente s'est investie dans des activités caritatives ou associatives. Elle a toujours aimé les mondanités et à l'inverse du jour qu'elle révélait en famille, elle se montrait perspicace et étonnante en société. Se sont succédé des périodes « œuvres sociales » avec la croix rouge, « bridge », puis « astrologie » avec le tarot de Marseille. Elle a finalement été à l'origine de la création d'une association concernant la mort dans la dignité dont elle a assuré la présidence à Strasbourg.

Elle mettra toujours un point d'honneur à s'apprêter, ce qui lui vaudra ce surnom de « la coquette » utilisé pour la définir. A la constatation de l'arrivée de ses premières rides débuteront des soins de chirurgie esthétique itératifs car jugées insuffisants. Durant les années 1990, elle réalisera des injections sur le haut du front qui seront compliqué d'effets indésirables. L'alopécie secondaire au traitement explique le port actuel de la perruque.

En 1998, après un énième conflit, la fille de la patiente décide de couper définitivement les ponts avec ses parents. Dès lors, ils ne se sont plus revus.

> *« Cela fait plus de vingt ans.*
> *Avec mon mari on n'en parle pas.*
> *Je sais qu'il en souffre, chacun de son côté.*
> *Les petits enfants sont peut-être mariés ou je ne sais pas quoi.*
> *Je dois faire le deuil de ma fille, elle m'a tellement fait souffrir.*
> *Je me suis dit qu'il fallait que je vive dans "l'ici et maintenant", sinon je partais en dépression.*
> *On n'a pas compris, elle nous a annoncé cela le jour même. »*

Après la retraite du mari, le couple est venu s'installer à Cannes en 2003, à « *la californie* » où ils résident actuellement. La patiente qui avait toujours tenu les comptes, a continué d'assurer les tâches administratives. Rapidement, cette organisation a dû être remaniée devant la dégradation de son état de santé tant sur le plan physique que psychique. A ce jour, elle vit à domicile avec son mari et sort peu. Elle n'a plus d'activité sociale hormis celles entretenues avec les aides à domiciles et infirmières qui passent quotidiennement. Elle fait de la lecture ou regarde des documentaires.

5.1.3. Les antécédents :

Sur le plan psychiatrique, l'anamnèse rapporte la présence d'au moins une trentaine de tentatives de suicide graves avec passage en réanimation ainsi qu'une addiction à l'alcool. La patiente n'a jamais été prise en charge pour ces troubles et les alcoolisations continuent à ce jour. Elle consomme deux verres de vin à chaque repas et de temps en temps une bière. Les traitements sont pris avec le vin. Elle rapporte un épisode de délirium tremens. Elle fume du tabac à raison d'un paquet par jour.

Elle souffre d'une insuffisance mitrale légère et d'une névralgie faciale depuis de nombreuses années pour laquelle elle est sous morphinique. Elle a été atteinte d'une alopécie secondaire à la suite d'un soin de chirurgie esthétique. Les antécédents de traumatisme physique sont nombreux. Ils sont successifs à des chutes dans des contextes d'alcoolisation ou liés à des troubles de l'équilibre probablement secondaire à une neuropathie alcoolique. On dénombre de nombreuses fractures sur os ostéoporotique. On notera celle de l'os malaire à Strasbourg, et plus récemment celle du col du fémur, du poignet et de l'épaule l'an dernier.

5.1.4. L'histoire de la maladie :

On note une rupture avec l'état antérieur depuis son arrivée sur Cannes il y a 9 ans. Elle a commencé par faire des dépenses inconsidérées au cours d'un voyage en Egypte durant lequel elle a acheté vingt papyrus. *« On en a eu pour des milliers »* dira son époux. Par la suite, 300 000 euros ont été dilapidés en répondant à des arnaques postales.

En parallèle, le discours est devenu parfois véritablement incohérent. On notera que celui-ci avait toujours été teinté d'éléments de persécution sans véritable construction délirante. Au cours des dernières années, des idées de jalousie basés sur des mécanismes interprétatifs étaient revenues de plus en plus fréquemment.

A plusieurs reprises, des hospitalisations en gériatrie ont été organisées par le médecin traitant pour procéder à une évaluation cognitive et psychiatrique. Celles-ci ont toujours été mises en échec par le couple et l'appréciation n'a jamais pu mener à une prise en charge adaptée.

Les premiers éléments délirants sont retrouvés insidieusement depuis deux ans. Les idées de jalousie et de persécution ont évolué progressivement vers une thématique d'infestation parasitaire au cours de laquelle des sensations corporelles sont venues en agrémenter la construction. Le bilan biologique ainsi que les examens parasitologiques des selles n'étaient pas en faveur d'une parasitose. L'IRM cérébrale réalisée en fin d'année 2015 a montré la présence d'une atrophie cortico-sous corticale diffuse.

5.1.5. L'évolution :

La seconde consultation a été étonnante. Au lieu de nous demander nos conclusions concernant ses échantillons, madame s'est appropriée l'échange en venant y redéposer ses doléances, sur un versant plus émotionnel cette fois. Ainsi elle nous a fait part de ses crises de colère sous tendues par une irritabilité, une labilité émotionnelle. Elle souffre de ne plus dormir et nous a livré ses problèmes conjugaux marqués par les non-dits évoluant depuis deux ans. Elle nous explique se sentir très seule et continuellement penser à son parasite.

« Il a pris possession de tous mes organes vitaux.
Il ne m'améliore pas, il me salit.
Je me sens violée.
Je ne peux pas aimer quelqu'un qui me détruit. »

La suite de l'entretien retrouvait un sentiment de perte de contrôle, de ruine, d'indignité et d'incurabilité que nous prenions très au sérieux au vu des antécédents suicidaires multiples et dangereux qui parsemaient l'histoire de vie. Commencer un traitement antipsychotique chez cette patiente était indiqué et relativement urgent.

A ce stade, nous nous sommes retrouvés confrontés à plusieurs problèmes : le médecin traitant n'était plus consulté car devenu persécuteur et elle ne pouvait pas non plus aller en consulter un nouveau car elle alléguait ne pouvoir se déplacer. Trouver un médecin traitant qui puisse effectuer des visites à domicile dans cette prise en charge compliquée allait prendre un certain temps. Nous avions bien pensé à contacter le Centre-Médico-Psychologique, mais la sectorisation de la psychiatrie ne nous a pas aidés. Finalement, avec l'aide de nos confrères infectiologues, nous avons pu organiser une hospitalisation programmée de quelques jours au sein de leur unité.

L'hospitalisation en infectiologie sera avortée prématurément comme nous pouvions nous y attendre. La peur d'une nouvelle infestation dans un tel service a été majeure, et la patiente a demandé sa sortie dès son arrivée. Cette prise en charge nous aura permis de réaliser un examen clinique complet, de prélever un bilan biologique et de réaliser un ECG. Le bilan pré-thérapeutique s'étant révélé normal, une prescription de risperidone débutée à la posologie de 0.5 mg le soir a été initiée.

Une semaine plus tard, la patiente est revenue nous voir en consultation de parasitologie. Nous avons été frappés par l'amélioration de sa présentation. Elle était souriante, ne portait plus de lunettes de soleil et s'était soigneusement maquillée.

Sur le plan symptomatique, les signes étaient toujours aussi bruyants. Ils semblaient même encore plus virulents. Ainsi les parasites arrivaient à traverser les sparadraps qu'elle plaçait sur sa peau pour les empêcher de sortir. Afin de les arrêter, elle pouvait se piquer avec une aiguille à coudre ou encore faire des bains de pied avec de l'eau chlorée. Elle nous dira avoir pensé à ingurgiter de l'eau de javel ! Idée qu'elle s'empressera de critiquer à notre réaction. Tout cela détonnait grandement avec l'allure générale. Le risperdal était bien toléré et sur nos conseils, monsieur lui avait pris rendez-vous avec un cardiologue. Nous avons augmenté la posologie à 1 mg le soir, nous lui avons redonné un rendez-vous après les fêtes de noël.

L'évolution sous risperdal a été rapidement favorable. La dose a été progressivement augmentée jusqu'à la posologie de 3 mg/J. Au vu des antécédents d'intoxication médicamenteuse, nous avons indiqué le passage d'une infirmière. L'époux a choisi de préparer les traitements lui-même. Si les consultations sont régulières, madame ne s'y présente pas toujours. Bien souvent, seul son mari est au rendez-vous. Ainsi, il a pu nous dire qu'il a constaté une amélioration émotionnelle globale avec diminution des troubles du comportement. Elle marche mieux, se lève le matin, ouvre ses volets et est moins nerveuse. Lorsque madame n'honore pas ses consultations, nous la contactons par téléphone. Voilà ce qu'elle a pu nous dire au sujet de ses sensations corporelles :

« Elles se sont tassées.
Je perds toujours les bactéries mais elles ne sont plus vivaces. »

5.2. Examen psychiatrique :

La présentation est marquée par son caractère apprêté, le désir de paraitre et celui d'être le point de mire. Le contact est tout à fait étrange, il semble à la fois maniéré, superficiel et inauthentique.

Le discours serait plutôt organisé dans sa forme. Le fond révèle la présence d'un délire d'infestation parasitaire chronique, franchement paranoïde. On notera une particularité dans la thématique, à savoir l'implication importante du système pileux chez notre « coquette » atteinte d'une alopécie. Les mécanismes sont intuitifs, interprétatifs, parfois imaginatifs et hallucinatoires, tant cénesthésiques que visuels. La symptomatologie est extrêmement riche, la participation affective est alléguée comme intense et l'adhésion est totale.

Sur le plan thymique, l'irritabilité, la nervosité, la labilité émotionnelle associés au sentiment de désespoir et d'impuissance sont des éléments qui pourraient nous faire envisager une dépression atypique ou s'inscrivant dans l'expression d'un trouble de la personnalité.

Sur le plan des traits de caractère, le sentiment de vide, le vécu abandonnique, l'escalade comportementale, les passages à l'acte et la comorbidité addictive nous font penser à un trouble de personnalité borderline pouvant expliquer les modalités atypiques de l'expression thymique.

Cependant, d'autres traits viennent détonner. On constate que notre patiente utilise la demande affective comme modalité récurrente d'entrée en relation. De plus, elle met en scène, convoite et suscite l'attention. Ses affects, autant l'angoisse que l'apaisement sont exprimés avec excès et maniérisme. Associé au fait que la problématique corporelle soit au centre de l'attention, ces éléments sont en faveur d'un histrionisme. Celui-ci permet d'expliquer les mouvements de personnalités entre les relations familiales et mondaines qui balayent la trame biographique. De plus, on pourrait concevoir que cette personnalité ait un impact sur l'aspect très imagé et très désorganisé du délire observé.

Sur le plan cognitif nous suspectons une détérioration d'origine alcoolique. Ces éléments sont difficilement évaluables cliniquement. La patiente ne s'est jamais prêtée à une évaluation cognitive digne de ce nom. S'il existe des arguments cliniques en faveur de cette hypothèse, à savoir la désinhibition, l'incohérence des propos et les réponses à côté, ceux-là

pourraient aussi être imputés à sa personnalité. Cependant, l'apparition de troubles majeurs du jugement mis en évidence par la présence de dépenses inconsidérées rendent le diagnostic de détérioration mentale d'origine alcoolique pertinent. Ainsi, des fabulations pourraient être évoquées.

Concernant la prise en charge, celle-ci est particulièrement complexe, d'une part à cause de la pathologie délirante, et d'autre part en lien avec les traits de caractère de la patiente et la dynamique du couple.

Le tableau clinique est marqué par un délire chronique, paranoïde sur une thématique d'infestation parasitaire selon des mécanismes intuitifs, interprétatifs, imaginatifs et hallucinatoires. Il s'inscrit au cours de l'évolution d'une détérioration cognitive d'origine alcoolique, chez une patiente présentant des traits de personnalité borderline et histrionique. On notera la présence de problèmes de santé récurrents dont elle a souffert ses dernières années et qui ont accentué les difficultés inhérentes à sa problématique personnelle.

CHAPITRE III:

DISCUSSION

1. INTRODUCTION :

Ainsi nous venons de faire la connaissance de quatre sujets atteints d'une parasitose délirante, à savoir « la musicienne », « le scientifique », « le patriarche » et « la coquette ». Nous nous sommes confrontés aux difficultés attendues et soulevées par notre analyse de la littérature. D'une part, l'hétérogénéité des cadres nosographiques (59) qui complique l'homogénéisation de la conduite thérapeutique (68), d'autre part, l'articulation de la prise en charge au sein de la filière de soins qui est problématique et tout aussi disparate.

Les repères nous semblent difficiles à prendre, et pourtant dans l'immense diversité nosographique au sein de laquelle la parasitose délirante pourrait-être incorporée, sous-entendant une toute aussi grande disparité dans ses manifestations, l'expression du tableau clinique est, bien au contraire, d'une étrange similarité. Et c'est bien celle-ci que nos confrères somaticiens ont appris à reconnaitre (1,2). Ces derniers qui l'ont décrite les premiers, ceux-là même qui ont l'habitude de la rencontrer et ceux-là encore qui posent le diagnostic bien souvent dès le premier contact, avant la fin du bilan paraclinique et d'autant plus, avant la rencontre avec le psychiatre. « C'est un syndrome d'Ekbom » concluent-ils, déduction soutenue par une atmosphère clinique dont la tonalité s'est imposée d'elle-même. C'est bien sur ce climat, cette ambiance, ce délire, que le psychiatre y verra un intérêt et qu'il sera avisé par ses confrères pour tenter de le comprendre et de le traiter.

Si la partie précédente s'est attelée à l'analyse au cas par cas, il s'agit maintenant de discuter des similitudes cliniques, biographiques et dimensionnelles qui permettent de passer de la singularité personnelle à la singularité d'une population. Nous espérons que cette étude nous permettra de saisir le noyau commun qui se dégage des patients souffrants de parasitose délirante en vue d'améliorer la pratique clinique dans sa globalité.

Notre réflexion sera développée en trois grandes parties. Dans un premier chapitre nous débuterons par une analyse sémiologique pour comprendre la maladie. La deuxième sera centrée sur l'analyse de l'histoire de vie pour comprendre l'anamnèse. Enfin, dans une dernière partie nous proposerons une analyse existentielle pour comprendre l'expérience vécue de la maladie. Nous conclurons en fin de chapitre.

2. ANALYSE SÉMIOLOGIQUE :

Nous commençons par nous intéresser à la préoccupation première du clinicien : le symptôme. Nous tenterons de réfléchir à replacer chacun d'eux dans une classification syndromique. Cette démarche nous confrontera en premier lieu à la difficulté classificatoire rapportée par la littérature et notre étude de cas. Mais celle-ci pourrait finalement nous amener à nous accoler à des modèles de compréhension susceptibles d'améliorer la connaissance de la parasitose délirante. Autrement dit, en partant d'une mosaïque de symptômes, il s'agira d'en saisir l'assemblage caractéristique pour tenter de conceptualiser le délire d'infestation parasitaire.

La spécificité de la démarche de soins nous a semblé un bout cohérent par lequel débuter notre réflexion globale. En effet, sa conformité au travers des tableaux cliniques nous apparait comme une piste de recueil de données potentiellement solide à la compréhension de la population qui vient consulter.

Les caractéristiques du parcours de soins sont la rupture, le nomadisme médical, l'errance avec multiplication des avis à l'initiative du patient. Si le chao qui semble régner antérieurement à l'amorce de la prise en charge n'est pas totalement inconnu en psychiatrie, il résonne néanmoins comme une difficulté première et supplémentaire à l'instauration d'un climat thérapeutique.

Il a été intéressant de nous placer à différents niveaux de la prise en charge. Pour rappel, nous avons assisté en tant qu'observateur ou collaboratrice aux consultations spécialisées en parasitologie, rencontré les patients en service de dermatologie dans le cadre de l'activité de psychiatrie de liaison, ou encore en consultation externe. Cet enrichissement nous a permis de constater que, quel que soit l'interlocuteur (parasitologue ou psychiatre) ou le contexte de prise en charge, le déroulement et les enjeux de la consultation se sont avérés être étonnamment similaires. C'est cette récurrence presque stéréotypée qu'il s'agit de commencer à rapporter. Nous présenterons l'atmosphère globale au travers d'outils cliniques tels que la présentation, le contact, le positionnement relationnel et l'affectivité mise en jeu, puis poursuivrons notre analyse sémiologique.

2.1. L'Abord relationnel :

2.1.1. La présentation :

La présentation n'appelle en général à aucun commentaire au premier entretien. L'aspect et la tenue vestimentaire sont ajustés à la saison et au lieu. Celle-ci nous laisse à penser que l'adaptation du comportement à des règles de convenance, ou simplement aux impératifs sociaux n'est pas altérée. On notera tout de même qu'elle est en général similaire à chaque entretien (66). L'allure n'est pas incurique, ne nous amenant pas vers un trouble de l'humeur de type dépressif ou un processus démentiel évident. Elle ne présente aucune bizarrerie ou maniérisme franchement détonnant pouvant être en faveur d'une pathologie caractérisée telle qu'une schizophrénie ou une exaltation de l'humeur. Par ailleurs, on pourra parfois noter la présence d'accessoires portés sur le chef (casquette, lunettes de soleil, perruque) dont l'utilisation, assez commune pourtant, nous restera en mémoire.

2.1.2. Le contact :

Le regard est clair et souvent direct. Le contact peut être caractérisé par sa fluctuance. Ainsi, il est bon pour les banalités et la bienséance. Il reste bon, voir étonnamment facile tant que le clinicien se place en miroir du patient, va dans son sens, le laisse développer ses plaintes et ses théories sans l'interrompre ou demander des explications. Il se modifie face à la neutralité voire la circonspection médicale. Il est rapidement distant, presque froid, voire retenu lorsque le clinicien dirige l'interrogatoire. Lorsque les premières contradictions sont pointées ou que la symptomatologie est remise en question, les réactions d'orgueil, d'oppositions, de revendication voire d'agressivité sont la règle (29,43,88).

2.1.3. Le positionnement :

La relation au médecin semble ainsi s'ancrer dans une position concurrentielle affirmée (59), formulée sans retenue et exprimée par une insatisfaction de n'avoir pu être entendu par les prédécesseurs. L'énigme du nomadisme médical est alors levée et l'enjeux de la consultation se dessine plus clairement : le patient semble venir convaincre le médecin du mal dont il souffre, dont il a déjà posé le diagnostic et pour lequel il souhaite pouvoir être soulagé.

Ce mode relationnel ne va pas sans nous rappeler celui rapporté dans les descriptions cliniques sur l'hypocondrie (89). L'inquiétude durable et excessive sur la santé est similaire. Elle conduit à multiplier les consultations médicales, à faire prescrire des examens complémentaires ou les médications les plus diverse. La relation avec le médecin se fait en général sur un mode spéculaire, le malade se vivant comme un médecin imaginaire, en position constante de rivalité avec le savoir et le pouvoir médicaux. Dans certains cas, le défi lancé à la médecine et l'insatisfaction amère de ne pas être soulagé de ses maux peut conférer au comportement du parasité, comme de l'hypocondriaque, un aspect revendicateur. La demande d'un diagnostic définitif et d'un soulagement radical se transforme alors en sentiment d'être la victime de l'incompétence médicale et en exigence d'une réparation du préjudice subi.

Le trait de quérulence peut également venir faire écho au registre du délire passionnel et de revendication, classé parmi les troubles délirants persistants. Concernant cette dernière entité, dans l'ouvrage intitulé « la psychanalyse peut-elle encore être utile à la psychiatrie ? », le Professeur Darcourt porte à notre attention l'acharnement avec lequel ces derniers justifient leurs convictions et leurs réactions, semblant tenir absolument à convaincre l'interlocuteur qu'on leur veut du mal ou qu'on les trompe (90). Leurs discours sont longs, détaillés et ne négligent aucun fait mineur. Ils cherchent à construire une argumentation sans faille, similaire à l'organisation narrative présente chez les sujets atteints de parasitose délirante.

Si la démarche de soins et la revendication est similaire, l'exigence de réparation d'un préjudice subi ne semble pas être perçue au même degré d'intensité chez les patients atteints de parasitose délirante. Ainsi la question de la quérulence, bien qu'elle semble exister est différente. Ce trait plus estompé reste le plus souvent réservé au cadre de la consultation. Les cas de dépôt de plainte ou d'accusation en justice sont inexistants dans la littérature, contrastant avec la clinique des délires paranoïaques.

Les descriptions cliniques de Kretschmer et Dupré pourraient nous aider à répondre à ce paradoxe. Le délire sensitif de relation, appelé parfois hyposthénique est moins agressif que celui présenté précédemment. Le caractère qui le sous-tend est moins rigide. Les traits sensitifs définissent des sujets timides, sensibles, souvent anxieux, psychasthéniques (sujets aux scrupules et aux hésitations). Ils sont décrits comme particulièrement sensibles aux réactions d'autrui les rendant hyperesthésiques aux contacts sociaux (34).

Au sein de notre population, le caractère fluctuant du contact selon le positionnement du clinicien (59,88) nous fait envisager qu'ils sont très sensibles à l'opinion des autres. Ils ont besoin de les rallier à leur cause. A ce stade, nous commençons à entrevoir le tempérament potentiellement difficile et susceptible de la population rencontrée. Grâce à l'apport de la sémiologie psychiatrique classique, nous pouvons rapporter ce fond de dispositions caractérielles précédemment entrevues (orgueil, méfiance, psychorigidité et fausseté du jugement) à une constitution paranoïaque dont certains traits sont atténués (34). La quérulence procédurière n'est pas présente, peut-être adoucie par un manque d'assurance ou de profondeur de conviction. Le caractère sensitif pourrait s'en rapprocher.

L'enjeu relationnel est rapidement pressenti. Bien entendu le thérapeute ne peut acquiescer au discours délirant, ce qui pourrait être aggravant. La relation duelle qui s'annonce n'est pas sans soulever des problèmes. Le patient a tendance à réagir par excès, en tout ou rien. Soit il idéalise son interlocuteur, soit celui-ci bascule dans le camp des persécuteurs, ne pouvant être que la cible d'agressivité et de revendication à la hauteur de l'ampleur de son incompétence (90). Cela nous rappelle le procédé appelé l'idéalisation, qui se retourne facilement en son contraire. La psychopathologie nous a appris que dans ce modèle, l'objet idéalisé peut vite devenir son envers. L'idéal se renverse, devient indigne et le bon objet devient persécuteur (91). L'idéalisation va de pair avec un autre mécanisme de défense, le clivage dans lequel tout un pan reste hors champ de la subjectivité.

Cette première partie traitant de l'abord relationnel nous a permis de mettre en avant que l'attitude des sujets atteints de parasitose délirante est similaire à celle des hypocondriaques. Leurs traits peuvent être assimilés à ceux décrits dans la constitution sensitive, ce tempérament vif mais le moins quérulent des personnalités paranoïaques. Parce que le caractère est ombrageux, la relation est difficile. L'alliance thérapeutique est mise à rude épreuve au vu d'un fonctionnement marqué par la profusion de mécanismes de défenses tel l'idéalisation et le clivage.

2.2. Le discours :

Ainsi on perçoit l'ampleur de la tension qui s'opère au cours de cette première consultation dont l'enjeu est l'amorce d'une alliance thérapeutique. Sur nos quatre cas, le premier sujet a été perdu de vue à l'issue de cette première consultation. Nous tenterons de prévenir ce type d'échec thérapeutique dans notre quatrième partie consacrée aux aspects pratiques. Pour l'heure, intéressons-nous au discours.

2.2.1. La Forme :

Les similitudes nous permettent de constater que le discours, à l'image d'une pensée tachypsychique, est souvent logorrhéique (66) lorsque le patient expose sa problématique. Par ailleurs, le flux de parole n'est pas incoercible et ne vient pas submerger le cadre de l'entretien comme cela peut être rapporté dans les états d'excitation maniaque. Il semble que ce comportement verbal soit sous tendu par une composante anxieuse sous-jacente induite par la relation à l'autre. Cette participation affective peut venir momentanément désorganiser le discours, qui reprend son organisation dans le cadre de la conversation usuelle. La forme n'est donc pas en faveur d'une décompensation thymique franche de type excitation maniaque mais témoigne d'une certaine plasticité. Elle présente une discrète élation caractéristique à l'évocation de la thématique délirante, tout à fait canalisable au sein d'un échange ouvert à la parole de chacun.

2.2.2. Le Fond : le syndrome délirant

Le fond du discours nous permet de rentrer dans la spécificité même du délire d'infestation. Il recense les deux symptômes principaux et minimaux à l'affirmation diagnostique, à savoir la conviction d'une infestation parasitaire outrepassant l'absence de preuve médicale l'attestant, et la présence de sensations cutanées s'y rapportant (43) .

Cette idée se caractérise par son expression inébranlable (43), imperméable alors qu'aucune preuve médicale, biologique, ou entomologique ne peut l'affirmer. En d'autres termes, elle est extraordinaire, elle s'exprime telle une certitude incomparable et subjective alors que son contenu est impossible.

Cette conviction est associée à une symptomatologie tactile (28) qui vient la renforcer et la théoriser. Elle est décrite comme des piqûres, des démangeaisons et des sensations de grouillement, superficielles comme profondes. La piqûre a souvent une place particulière. Elle est le dénominateur commun aux sensations tactiles observées et est souvent alléguée comme le premier symptôme. Certains l'interprètent comme une réelle morsure et en font le point de départ de leur contamination.

En plus de ces symptômes tactiles, cette conviction s'appuie sur une symptomatologie visuelle. On notera les déformations cutanées, les sorties (fibre, cheveux, larves ou parasites) via les orifices (pores, bouche ou orifices génitaux), les explosions et le recueil des spécimens.

Ainsi, il nous semble assister à l'émergence d'une « néo-réalité », marquée par l'abolition du lien consensuel à la réalité, qui s'articule autour d'une thématique : la présence d'une infestation.

Mais celle-ci nous surprendra par sa suggestibilité. La littérature ainsi que les cas cliniques rencontré nous ont montré qu'aussi inébranlable soit-elle lorsqu'elle est défendue, elle peut se modifier (37,66,71). Les changements de thèmes sont courants dans nos vignettes cliniques : une oxyurose peut devenir une ankylostomose, un parasite peut devenir une bactérie, et plus étonnant encore, un schistosome peut devenir une compresse. Les influences que la thématique peut subir sont caractéristiques du délire d'infestation et nous questionne sur l'intégration du délire par le patient qui le défend.

Ce premier constat ne va pas sans faire écho à la définition d'un délire paranoïde monothématique parasitaire s'appuyant sur des mécanismes intuitifs, interprétatifs et hallucinatoires tant cénesthésiques que visuels. On notera la suggestibilité de la thématique délirante, capable d'évoluer au cours du temps.

2.3. La construction délirante :

La construction délirante, guidée par le thème, est telle un projet qui sert la conviction d'un parasitisme (92). Au quotidien, tout se passe comme si l'environnement du sujet était

« moyen de » pour « une utilité donnée ». Ces analyses passent par des inspections, vérifications, rituels et auto-examens constants, (peau ou selles).

Même s'il existe des rituels, des vérifications et obsessions, cela n'a rien à voir avec un trouble obsessionnel compulsif. Par ailleurs, la présence de préoccupations par les détails, les règles, les inventaires, l'organisation ou les plans, le perfectionnisme, la dévotion excessive pour le travail et la productivité à l'exclusion des loisirs et des amitiés, les traits consciencieux, scrupuleux et rigides sur des questions de morale, d'éthique ou de valeurs peuvent nous faire envisager la question de traits de fonctionnement obsessionnels.

Ainsi les patients cherchent à collecter des preuves qu'ils apportent à leur médecin tel des trophées. Outre aspirer à fournir des arguments, il semble surtout exister une erreur portant sur le sens de ce qui est perçu ou vu. Par un mécanisme interprétatif, les malades opèrent une véritable transformation délirante des phénomènes corporels ressentis. Ceux-ci n'en sont pas toujours plus clairs, ils demeurent à leurs yeux comme une énigme qu'ils ne parviennent pas à reconstituer. Cet aspect est particulièrement présent au début de l'évolution. Il s'observe de façon systématique une phase initiale au cours de laquelle le malade est submergé par les expériences délirantes et a l'impression d'être l'hôte d'un mystère qu'il doit élucider.

Tout semble se passer comme si le délire obéissait au besoin de tout expliquer, de tout déchiffrer, conformément à un système fondamental de signification. Ce mode de construction s'apparente à celui de la « folie raisonnante », aujourd'hui connue sous l'entité nosologique de délire d'interprétation de Sérieux et Capgras (34). La différence est le support : interprétation paresthésique dans la parasitose délirante et interprétation visuelle dans le Sérieux et Capgras.

L'activité mentale obéit à un besoin presque irrésistible d'expliquer une donnée nouvelle en fonction de l'idée qui sert de thème central au délire, à savoir l'infestation parasitaire. Il n'y a plus de place au hasard ou à la contingence et le moindre phénomène corporel est rattaché au système délirant. La construction du délire semble s'opérer selon le mode de la folie raisonnante.

2.4. L'organisation délirante :

S'atteler à définir la systématisation au cours des délires d'infestation parasitaire est relativement délicat. Si nous avons conscience qu'un délire paranoïde n'est par définition pas systématisé, le délire de nos patients semble au départ s'organiser autour d'une problématique principalement corporelle spécifique et localisée. Ils se développent comme à partir d'un point de départ précis, une sorte « d'épine irritative ». Ce postulat d'une forme initiale et axiale dont l'organisation est cohérente et serrée, tel qu'on le retrouve dans les délires passionnels et de revendication, existe et est extrêmement fugace. Elle est rapidement rattrapée par un élargissement au cours duquel tous les états physiques sont perçus comme sous l'emprise de l'agent pathogène.

Le travail de construction délirante s'élabore dans le cadre d'une systématisation mouvante selon l'ampleur prise par ce dernier. Dans la période où sa systématisation est achevée, le délirant tire de son raisonnement la conviction qu'il a découvert la vérité construite sur un système démontré jusqu'à l'évidence. Dans son évolution, le délire devient de plus en plus hermétique et prend l'allure d'un délire schizophrénique paranoïde tel que nous le connaissons. A mesure qu'il avance dans l'inextricable chemin de son monde imaginaire, l'interprétant lui ajoute sans cesse de nouvelles directions, poursuivant sans trêve ses théorisations. Le délire se complexifie et s'épaissit en carapace où s'emprisonne le réseau des premières interprétations (34). De nouveau, cela nous fait penser au mode d'organisation des délires interprétatifs de Sérieux et Capgras.

C'est en général au cours de cette phase que les patients sont amenés à consulter avec la démarche que nous avons précédemment décrite au cours de la consultation initiale, apportant la solution qui les fait souffrir et venant en demander le remède. La conviction est assez argumentée pour pouvoir être défendue. Cela pourrait expliquer le délai de la première consultation, survenant parfois des années après la première interprétation délirante.

L'organisation du délire part d'une systématisation axiale et évolue au cours du temps et des théorisations vers la désorganisation où il revêt l'allure d'un délire paranoïde.

2.5. L'humeur

On note que l'investissement de cette activité intensive qu'est la construction délirante crée un pôle d'excitation constante, dévoreuse de temps et d'énergie. En reliant ce dernier symptôme aux signes cliniques décrits antérieurement tel que la tachypsychie, la logorrhée et l'aspect dynamique des patients, nous tenterons de nous questionner sur le plan syndromique de cette exaltation.

La symptomatologie nous permet de nous engager sur la piste d'une pathologie du registre des troubles de l'humeur. La perspective d'intégrer les signes dans une phase maniaque ou dépressive typique nous semble d'avance une analyse peu pertinente.

A l'aide de la littérature et de nos observations, l'humeur est souvent similaire. Elle n'est ni dépressive ni euphorique. Les patients témoignent d'une forte irritabilité (29,43), leur donnant le sentiment d'être comme « à fleur de peau ». Associée à ce symptôme, une labilité émotionnelle (29,43) récurrente semblent être la caractéristique de l'humeur au sein de notre population. Si la perte du plaisir est présente pour la plupart des activités, l'intérêt est unique et centré sur l'infestation et la collecte de preuves. Le ralentissement psychomoteur n'est pas observé. Au contraire l'excitation psychomotrice centrée sur l'investissement de la préoccupation délirante et sa théorisation intensive est de règle. Il existe par ailleurs une franche asthénie contre laquelle les patients semblent devoir lutter activement.

Sur le plan des conduites instinctuelles, on observe une perte de poids significative en l'absence de régime avec diminution de l'appétit, ainsi que des troubles du sommeil à type d'insomnie avec réveils nocturnes. La sensation d'une diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer est une plainte récurrente.

Il existe parfois un sentiment d'incurabilité et de péjoration de l'avenir avec idées de mort ou idées suicidaires (11) plus ou moins présentes.

Le tableau clinique pourrait nous faire discuter plusieurs entités au sein du spectre des troubles de l'humeur, à savoir la dépression, l'état mixte ou encore l'hypomanie. Ce dernier étant moins évident, il pourrait être argumenté par la présence d'une surabondance des idées et de l'activité, par une certaine exubérance de la pensée et du langage, une abondance de la parole.

Ces sujets passent pour vifs, spirituels, intelligents, brillants mais rapidement agressifs, irritables, autoritaires et sarcastiques (34). Le point qui vient fondamentalement réfuter cette hypothèse est la présence d'une tristesse, de l'asthénie et des troubles de la concentration qui sont absents dans le syndrome hypomaniaque.

Si l'état mixte est une entité au sein des troubles de l'humeur qui semble pertinente, elle n'est cependant pas la seule, et la question délicate des rapports entre anxiété et dépression doit toujours être gardée en mémoire. Cette réflexion souvent difficile est fondamentale en raison des implications thérapeutiques. Le problème se pose lorsque l'agitation anxieuse peut masquer la reconnaissance, par l'examinateur, de la symptomatologie dépressive proprement dite, ou devant certaines formes atypiques tel les formes de début d'un état dépressif ou certaines formes paucisymptomatiques au cours desquels un syndrome anxieux peut constituer un véritable équivalent dépressif (89).

L'état d'exaltation marqué par l'irritabilité, la labilité et l'hyperesthésie émotionnelle qui caractérise la parasitose délirante a été décrit par De Clérambault pour caractériser le développement de l'existence délirante selon un axe idéo-affectif dans les délires passionnels et de revendication (34). La littérature a su nous sensibiliser sur l'importance de l'anamnèse et le développement insidieux du délire à partir d'un échec ou d'un conflit.

Au cours de nos observations cliniques, nous avons émis l'hypothèse que le délire d'infestation pouvait apparaître au décours de l'évolution non traité d'un épisode dépressif réactionnel. Cela nous a invité à nous accoler au cadre nosographique des formes dépressives délirantes. Celles-ci sont connues de longue date depuis les travaux de Cotard, Seglas et Kraepelin. Les thèmes les plus fréquemment décrits sont ceux de culpabilité, de ruine, de négation d'organes ou de transformation corporelle. Si la parasitose délirante n'y figure pas en son nom, elle peut y être assimilée par les sentiments d'indignité ou d'incurabilité (34).

Au recoupement de ces deux modèles, notre réflexion nous a sensibilisé sur la part dépressive. Elle semble devoir être envisagée à chaque fois et guider l'interrogatoire du clinicien à la recherche de facteurs de vulnérabilité.

La part affective est caractérisée par une irritabilité, une labilité émotionnelle et une hyperthymie affective. Le délire semble apparaître au cours de l'évolution d'un épisode dépressif non traité. L'anxiété induite par la thématique délirante peut masquer son diagnostic.

2.6. Les perceptions, illusions et hallucinations :

Cette question est extrêmement complexe dans le domaine du tactile. Elle est pourtant centrale car les sensations et perceptions sont le support de la conviction délirante. Pour y répondre, nous tenterons de nous rapporter aux concepts que nous connaissons. Pour rappel, Henri Ey défini l'hallucination comme la perception sans objet à percevoir, alors que l'interprétation est un jugement faux sur une perception exacte (34). De nombreux auteurs dans la littérature penchent pour une hypothèse plutôt interprétative, appuyée par le courant cognitiviste (31).

Les avancées technologiques peuvent nous aider réfléchir à cette question. Une étude menée à Lille par le Docteur Geoffroy et son équipe a consisté à faire réaliser une IRM fonctionnelle à un patient présentant un délire d'infestation parasitaire (93). La conviction délirante d'une infestation était associée à des sensations de fourmillements et de grouillements localisées au niveau de la mâchoire et du scalp. Le bilan paraclinique approfondi était par ailleurs parfaitement normal et ne venait pas les expliquer. Les résultats de l'imagerie ont montré une activation du cortex somato-sensoriel durant les périodes symptomatiques par rapport aux périodes asymptomatiques.

La littérature sur l'étude des hallucinations auditives en IRM fonctionnelle chez les patients atteints de schizophrénie a révélé une corrélation entre le cortex auditif pendant les périodes d'hallucinations auditives comparées aux périodes sans hallucinations (94). Ces ressemblances nous posent question. Dans les deux cas, la négativité des examens somatiques ne fourni aucun « objet à percevoir » tangible à corréler, pourtant une perception est bien révélée par l'IRM fonctionnelle.

Emettre l'hypothèse selon laquelle le délire d'infestation serait sous-tendu par des mécanismes hallucinatoires nous permet de nous accoler à des pathologies dont l'expression

est similaire, à savoir la schizophrénie et la psychose hallucinatoire chronique. Mais les patients ne répondent pas aux critères diagnostiques du DSM-V de la schizophrénie. En effet, seules les idées délirantes et les hallucinations (si elles sont acceptées) peuvent être véritablement cotées. Une approche par le biais de la psychose hallucinatoire chronique est intéressante sur plusieurs points. Le début des troubles est similairement tardif et la personnalité pré morbide présente dans les deux cas des traits de caractères sensitifs. Cependant, la sémiologie psychiatrique nous rappelle que le processus hallucinatoire de celle-ci est riche et caractérisé par la présence d'un automatisme mental (89) symptôme central dont l'absence au cours du délire d'infestation parasitaire ne nous permet pas d'utiliser ce mode de compréhension.

Mais avant d'essayer tant bien que mal d'assimiler ces perceptions à une pathologie caractérisée, essayons de les décrire indépendamment pour les comprendre. Si nous les reprenons en détails, nous pouvons constater qu'il existe des perceptions tactiles et des perceptions visuelles.

Les perceptions tactiles sont toutes les sensations de démangeaisons, de piqûres, de grouillements mais encore de mouvements dont les patients nous font part.

Les perceptions visuelles sont plus complexes. Elles comprennent des perturbations de l'image du corps avec des préoccupations excessives. Celles-ci concernent à la fois les modifications physiologiques ou les caractéristiques de la peau (rides, cicatrices, acné, pâleur ou rougeur etc…), ainsi que le système pileux et des cheveux (modification et migration anormale des poils, cheveux et ongles) Il existe également des distorsions corporelles (modification de la forme et des dimensions du corps) comme nous l'expliquait le patient n°2 lorsqu'il disait ressentir sa « boîte crânienne se déformer ». Enfin, il existe des illusions de spécimen parasitaires ou de produit pathogène.

Si parler des perturbations tactiles s'avère difficile à caractériser car la question de l'illusion et de l'hallucination ne peut être véritablement résolue ici, nous serons particulièrement attentifs aux perceptions visuelles vis-à-vis desquelles le clinicien peut avoir un regard subjectif. Le patient nous fait part de préoccupations concernant son corps qui s'est modifié et qui continue de changer au fil du temps. Nous nous souviendrons par exemple du cas n°2 et du cas n°4 qui pouvaient constater la formation de reliefs anormaux de la peau, ces « marques » ou « lignes » dessinant parfois des lettres, que le clinicien ne pouvait observer. Les

téguments sont minutieusement scrutés et attentivement examinés, parfois plusieurs heures par jours (43). Ils procèdent à des soins pour les faire évoluer vers la guérison et tentent de faire diminuer l'anxiété lié à leur présence, ou de l'améliorer temporairement. Ce processus donne naissance à des lésions auto-infligées qu'ils entretiennent par les remèdes qu'ils conçoivent.

Les perturbations visuelles font également référence à la place de certaines parties du corps. Ainsi les cheveux migrent sous l'enveloppe cutanée et sortent par les pores. On se rappellera par exemple le cas de la patiente n°4 qui collait des morceaux de sparadraps sur sa peau pour empêcher le parasite de sortir. Enfin le corps peut être décrit comme changeant, doté d'un caractère évolutif et de la possibilité de se déformer. C'est le cas du crâne du patient n°2 dont le sommet « enfle » et « gonfle », caractéristique qu'il perçoit lorsqu'il passe la main sur son cuir chevelu.

La place du corps au sein des préoccupations du patient est centrale. Une partie est dépréciée et jugée de façon exagérée. La préoccupation pour ce « défaut » est démesurée, au point de provoquer un dégoût par exemple. La souffrance importante qui en résulte altère la vie en société (vie amoureuse, amicale, familiale, professionnelle). Ses caractéristiques, sa perception pathologique non critiquée et son retentissement dans la vie quotidienne font écho aux dysmorphies corporelles que l'on retrouve au cours de l'évolution d'une anorexie mentale (95).

De plus, l'investissement intensif de la thématisation délirante, ce pôle d'excitation constant et dévoreux de temps ne va pas sans nous rappeler l'hyper investissement intellectuel ou sportif présent dans cette même pathologie (90).

Cette conception nous ouvre une nouvelle piste de compréhension. Elle nous inviterait à réfléchir selon une conception plus dynamique que statique.

Les perceptions semblent s'apparenter aux dysmorphies corporelles rencontrées au cours de l'anorexie mentale.

2.7. La pathomimie :

Comme la littérature a décrit le syndrome de Münchhausen, le syndrome de Ganser ou le syndrome de Lasthénie de Ferjol, se pourrait-il que le syndrome d'Ekbom présente des similarités avec ces entités complexes ? Autrement dit, y aurait-il un but difficilement accessible poursuivi par le sujet qui se ferait volontairement malade (96) ?

Les symptômes psychiatriques les plus mimés au cours de la pathomimie sont des troubles de mémoire, des allégations d'idées de suicide, des hallucinations auditives ou visuelles et des réponses à côté. L'étude que nous avons citée précédemment utilisant l'IRM fonctionnelle nous permet d'éliminer une facticité des mécanismes cénesthésiques.

L'expression clinique marquée par des lésions auto-infligées est un élément central de la pathomimie. Dans le cas du délire d'infestation, celles-ci sont également très présentes. Même si le parasité ne nous cachera pas être à l'origine de certaines d'entre elles, il pourra tendre à vouloir nous convaincre que d'autres sont induites par le parasite, resserrant la frontière avec un trouble factice.

De plus, au cours de nos observations, nous avions constaté une notion qui dénotait au sein du tableau clinique. Il s'agit de la part de suggestibilité constatée qui venait semer le doute sur la profondeur de l'authenticité de la conviction délirante. Celle-ci se caractérise par la modification de la thématique, parfois très finement, parfois plus grossièrement, sous l'influence des discours, des médias ou encore d'internet (43). Alors qu'on pourrait croire que cela viendrait semer le doute et remettre en question le diagnostic aux yeux du patient, la conviction délirante se maintient paradoxalement défendue avec tout autant d'acharnement.

Dans la pathomimie, les individus présentent une histoire avec un grand sens dramatique, plutôt floue et imprécise, qui se modifie au fur et à mesure de l'approfondissement du bilan médical. Lorsqu'ils sont démasqués, ils peuvent nier et rapidement sortir de l'hôpital contre avis médical. La démarche de soin globale est alors marquée par le nomadisme médical (89). Ces derniers rapprochements sont autant de similitudes bien étonnantes. Au cours de nos recherches, il est d'autant plus intéressant d'avoir retrouvé un cas de pathomimie dont le tableau clinique s'intriquait avec l'allégation de sensations cutanées (97).

La littérature sur la pathomimie nous avisera sur la présence de troubles de la personnalité sévères au sein de cette population qui présente une histoire de vie marquée par les carences affectives. Comme au cours de l'anorexie mentale, ce dernier rapprochement semble nous inviter comprendre les choses sous un jour dynamique et développemental.

Les liens entre parasitose délirante et pathomimie sont bien plus étroits qu'on ne pourrait le penser de prime abord. Ils présentent des similarités cliniques comme la présence de lésions auto-infligées ainsi que la singularité relationnelle. Celle-ci est caractérisée par une franche suggestibilité. La littérature nous avise sur le fait qu'en général, de sévères troubles de la personnalité sont retrouvés au cœur des troubles du spectre de la pathomimie.

2.8. Conclusion de l'analyse sémiologique :

Au cours de notre analyse, nous avons tenté de saisir l'expression clinique de la population qui caractérise les patients souffrant de délire d'infestation parasitaire. Celle-ci nous a permis de penser qu'il s'agit d'une entité à la frontière entre le trouble délirant, l'anorexie mentale et la pathomimie. Les deux dimensions principales seraient la part dépressive et la part corporelle. Ces similitudes nous ouvrent vers une perspective de compréhension plus unitaire que seule l'analyse dynamique pourra éclairer. Un examen de l'histoire de vie s'impose.

3. ANALYSE DE L'HISTOIRE DE VIE :

Les classifications des maladies mentales ne s'intéressent par définition qu'à la pathologie elle-même (34). En terminant notre première partie, nous avions constaté que la parasitose délirante est de ces troubles dont l'étude purement linéaire atteindra rapidement ses limites. Une nouvelle piste de compréhension s'est ouverte à nous en rapportant les dysmorphies corporelles et leur retentissement à celles connues dans l'anorexie mentale et en rapprochant le comportement à celui du pathomime.

Cette nouvelle perspective nous invite à saisir la maladie dans un processus dynamique au cours duquel les éléments biographiques et les facteurs environnementaux jouent un rôle non négligeable sur l'expression clinique. En effet, si la pratique pédopsychiatrique s'inscrit au cœur de la formation de ces processus, le champ de la psychopathologie de l'adulte nous place au contact des conséquences de cette conjoncture et des modalités de traitements que le sujet a mises en jeu.

Il est important de noter que s'atteler à soumettre des données biographiques au clinicien semble répondre à une demande tout à fait surprenante pour les patients venus consulter pour une infestation parasitaire. Ils s'occuperont de répondre avec rigueur à toutes les questions concernant les caractéristiques du délire d'infestation à proprement parler, mais il est parfois délicat de récolter des éléments biographiques. Parler de leur histoire personnelle résonne aux oreilles de nos patients comme un égarement de l'échange. Ils semblent peu enclins face à cet exercice vis-à-vis duquel ils demeurent souvent circonspects. C'est ainsi que nous déplorons l'absence de données concernant l'histoire de vie de notre première patiente, perdue de vue à la suite du deuxième échange. Ce fait nous rappelle les difficultés psycho-thérapeutiques connues au cours de l'anorexie mentale (95).

Malgré tout il a été possible de suivre certains de nos patients au long court, suivi durant lequel nous leur avons confié la difficile tâche de « se raconter ». « Raconte-t-il des histoires », « se raconte-t-il des histoires » ou « nous raconte-t-il des histoires » ? Si la question pourrait-être soulevée en d'autres lieux, l'analyse autobiographique se souciera précisément de connaître la réalité du patient, et non la réalité concrète. Plus qu'une succession d'évènements et de faits à caractère historique, c'est bien le vécu biographique, la mise en récit qu'il est question d'étudier ici.

Quand nous nous écartons de la remise en doute des contenus livrés, c'est au fond mais aussi à la forme que nous allons nous intéresser. À la façon dont l'histoire nous est racontée, sa trame narrative, la succession évènementielle, leurs interactions, leurs liens, la valeur des contenus émotionnels ressentis et l'intégration au sein d'une histoire de vie. Parce que le résultat de l'analyse de ce travail a impliqué une double subjectivité (un travail d'introspection réalisé par le patient puis un travail d'analyse réalisé par le clinicien), nous garderons en tête que nos conclusions sont tel un faisceau lumineux réfracté par deux lentilles. S'il s'est modifié et resserré, il en est aussi devenu plus spécifique.

3.1. La mise en récit de l'enfance :

Nous plonger dans l'analyse des similitudes biographiques nous a amenés à repérer la présence d'une configuration évènementielle particulière durant l'enfance et l'adolescence des sujets. On notera le cas du patient n°2 ayant été confronté au décès de sa mère à l'âge de 7 ans et le cas n°3 dont celle-ci a été atteinte d'une tuberculose au cours de sa petite enfance. Dans ces deux cas, le modèle paternel est similaire, à savoir peu présent car astreint à ses obligations professionnelles. Le cas n°4 nous livrera la présence d'une instabilité relationnelle au domicile familial, ainsi que son sentiment de l'avoir quitté trop tôt pour répondre à ses obligations maritales. Ces éléments nous permettent de mettre en évidence la présence d'un travail de séparation précoce et imposé par l'histoire de vie. Celui-ci est engendré par la maladie, le décès d'un des deux parents au cours de la petite enfance ou la séparation par éloignement du sujet de son cercle relationnel familial.

Dans son ouvrage « Manuel de psychologie et de psychopathologie clinique générale », le professeur Roussillon nous éclaire sur ce qu'il appelle « la scène de séparation » (91). Il nous rappelle que se séparer est avant tout se différencier. Il est nécessaire de se distinguer suffisamment de l'autre, ne pas être confondu avec celui-ci, pour qu'un processus de séparation puisse s'amorcer. Cela signifie pouvoir s'individualiser et s'appuyer au sein de la dynamique identitaire. Ainsi l'individualisation précoce de notre « scientifique » dont le quotidien, modifié suite au décès de la mère, a abouti à une hypermaturation.

Au cours de notre travail, il nous a été possible de suivre d'autres patients atteints de délire d'infestation parasitaire. Nous les mentionnons ici pour enrichir notre compréhension. En général, le récit mentionnait la présence d'un processus de séparation. Un autre élément

assez récurrent pour être signalé ici est la présence d'antécédents de traumatismes sexuels rapportés dans l'enfance (98).

L'analyse de la mise en récit de l'enfance met en évidence la présence de traumatismes infantiles. La thématique de la perte et de la séparation implique un travail d'individuation précoce au cours du développement, source de questionnements identitaires.

3.2. Le travail, l'activité physique, l'alimentation, les toxiques, et les autres facteurs extérieurs :

L'analyse de nos vignettes nous a permis de mettre en évidence la présence « d'idéaux », de « stéréotypes » auxquels nos patients ont tendance à se conformer. Ainsi cette tendance est similaire au trois derniers cas et dicte un certain principe de vie au quotidien. On notera notre « coquette » qui s'est régulièrement investie pour des causes associatives. La dépendance au travail et au rôle social est particulièrement présente. Si nous connaissons peu notre musicienne, il est manifeste pour les trois autres.

Dans la quotidienneté, la relation à l'oralité semble particulière. On retrouve des troubles des conduites alimentaires majoritairement chez les sujets féminins dont l'histoire de vie nous alertera sur les écarts pondéraux. De même, les conduites addictives (14,59) peuvent être présentes. Enfin, l'image corporelle est importante pour chacun. Pour les hommes elle s'exprime par le biais de l'importance accordée aux activités physiques et chez les femmes elle est perçue dans la présentation ou dans le discours.

Nous ferons ici un léger aparté pour enrichir notre compréhension grâce aux autres patients étudiés. Ils nous ont alertés sur le fait qu'un sujet emprunt aux conduites addictives à un moment de son histoire de vie pouvait considérablement modifier ses comportements vis-à-vis des toxiques en lien avec une progression de ses convictions personnelles concernant un idéal de vie à atteindre. Cette dimension d'inconstance nous rappelle le caractère suggestible retrouvé lors de l'analyse sémiologique de la parasitose délirante.

La notion de dépendance semble ressortir de nos vignettes cliniques et s'observer dans la tendance à l'appartenance à un rôle social, aux addictions alimentaires ou toxiques, ou l'attachement à l'image de soi. La question de l'appui et de l'étayage semble se poser. Sur cette dernière hypothèse, la psychopathologie nous apprend que la dynamique de l'individuation est fragilisée par les processus de séparation rencontrés au cours de l'histoire de vie, engendrant un jeu constant entre altérité et similitude dans le processus de maturation dont l'objectif est l'individualisation et la quête identitaire (91). Dans un tel pôle d'organisation, à savoir celui où l'assise identitaire est fragile et fait défaut, la question de l'appui et de l'étayage est centrale et nécessaire. L'incertitude qui pèse sur la fiabilité des représentations identitaires du sujet implique le recours à une forme d'externalisation. Le sujet s'inscrit dans la mise en place de solutions par l'appui dont les assises peuvent prendre plusieurs formes.

Les patients ont tendance à rechercher des étayages. Il existe ainsi une dépendance vis-à-vis du travail, de l'alimentation, des toxiques, d'un idéal, et d'autres facteurs extérieurs.

3.3. La dimension comportementale :

La littérature concernant la parasitose délirante nous rappelle que les patients ont recours à des gestes impulsifs, intensifs et souvent dangereux pour se débarrasser des agents pathogènes (43,49,53). L'analyse de nos cas cliniques nous permet de mettre en évidence qu'ils tentent de désinfecter leurs vêtements et leur linge, mais aussi et surtout leur corps. Les lésions auto-infligées sont fréquemment retrouvées et sont parfois véritablement dangereuses. Ces conduites sont appelées auto-thérapies et tentent de réduire l'anxiété liée au parasite.

En réalité, les patients augmentent souvent ainsi leur préoccupation, et le stress qui y est associé. Le recours au corps et la recherche d'un soulagement à une composante anxieuse dans un sentiment d'impasse sont des modalités similairement décrites au cours des auto-mutilations (99). Leurs apparentés nous font soulever l'hypothèse d'assimiler ces autothérapies à un équivalent de passage à l'acte auto-agressif.

Le risque réel de passage à l'acte est connu dans la littérature chez les sujets atteints de délire d'infestation au cours de l'évolution de leur pathologie. Certains patients développent des idées suicidaires. A l'inverse, certaines réactions de colère peuvent se produire et des passages à l'acte hétéro-agressifs peuvent être décrits soit pour tenter de venir à bout du parasite par des méthodes drastiques (idées d'ingestion d'eau de javel chez la même patiente), soit en rapport avec l'incompétence présumée du thérapeute, ou le plus souvent à l'évocation d'un problème psychiatrique.

Des équivalents de passages à l'acte auto-agressif, des auto-mutilations, voire de véritables épisodes de passages à l'acte auto comme hétéroagressif sont retrouvés.

3.4. La sexualité :

Nous avons très peu d'éléments pour aborder ici la question de la sexualité. Nous ne pourrons envisager de faire que de simples constatations. Seul « le patriarche » et « la coquette » nous ont verbalisé directement ne plus avoir d'activité sexuelle. Le premier suite à l'opération de son cancer de prostate dû à l'incontinence séquellaire qui lui fait faire « chambre à part » depuis quelques années. Il en est de même pour « la coquette » et son mari. Concernant les sujets les plus jeunes, à savoir « le scientifique » et « la musicienne », nous n'avons pas d'éléments concrets. Il est néanmoins possible de se souvenir que le premier a eu une infection des parties génitales et la seconde, un cancer de l'uterus. Outre ces constatations, nous ne pourrons rien conclure de plus.

Avec beaucoup de précautions, nous pourrions émettre l'hypothèse d'une diminution de l'activité sexuelle récente.

3.5. Le décor avant l'infestation :

Notre première patiente, « la musicienne » a été atteinte et traitée d'un cancer du col de l'utérus deux ans avant le début des troubles. « Le scientifique » a souffert d'une entorse et luxation de l'épaule gauche à la suite d'un accident de scooter survenu quelques mois avant le début des troubles. La conséquence principale a été l'immobilisation et l'arrêt de son activité professionnelle. « Le patriarche » a été atteint d'un cancer de la prostate traité par chirurgie et radiothérapie cinq ans avant l'éclosion délirante. Les suites ont été compliquées d'une prostatite et d'une incontinence urinaire. Les répercussions sur son autonomie et sa qualité de vie ont été conséquentes. Enfin, « la coquette » souffre d'une ostéoporose compliquée de fractures multiples secondaires à des chutes de sa hauteur survenues au cours de l'année d'apparition du délire.

La sémiologie psychiatrique classique nous rappelle que la génèse des processus délirants, notamment ceux de thématique hypocondriaque ou de systématisation paranoïaque se développe à la suite d'évènements de vie mettant en jeu une dynamique relationnelle ou adaptative (34). Dans toute ces situations, il nous a semblé important de relever la présence d'un antécédant de maladie somatique contiguë dans le temps avec l'apparition du délire d'infestation.

Ces maladies sont graves dans leur pronostic, bruyantes dans leurs symptômes ou importantes dans leur retentissement. Elles viennent chambouler le quotidien du sujet et il nous est possible d'imaginer qu'elles sont venues ébranler les assises sur lesquelles il s'était constitué. Ils souffrent de « ne pas se reconnaitre » et souhaitent pouvoir « redevenir comme avant ».

L'impuissance du médecin est grande face à cette demande. Celle-ci peut sembler en décalage avec le retentissement de la maladie somatique constatée et même si l'amélioration de la qualité de vie est un objectif visé, la reprise à l'identique de l'état antérieur ne nous semble raisonnablement jamais une éventualité.

Cette demande est d'autant plus étonnante que les pathologies rencontrées impliquent des traumatismes physiques ou des affections dont la prise en charge thérapeutique a nécessité

un geste chirurgical. Au sein de nos observations, le corps est irréversiblement transformé par un traumatisme ou un geste opératoire.

L'annonce d'une pathologie somatique grave, et notamment cancéreuse est une situation que la psychopathologie nous a appris à comprendre comme un évènement traumatique (91). Le travail psychique nécessaire répond à deux caractéristiques : il est contraint et doit être fait en urgence.

Au cours de notre travail, il semble que nos sujets ont dû comme « affronter » les soins. Dans les vignettes 1 et 3, à savoir « la musicienne » et « le patriarche », les patients ont dû faire face à des cancers localisés dans des zones corporelles intimes dont le dévoilement implique un état de malaise plus ou moins ressenti. L'exposition obligée et la perte de la maîtrise sont la source d'un sentiment de honte, voire d'une véritable violation de soi pour la patiente n°1.

L'expérience de la maladie est parfois nouvelle « je n'ai jamais fréquenté les hôpitaux auparavant » nous disent-ils. Elle engendre régulièrement un sentiment d'indignité et d'inutilité chez nos patients qui, rappelons-le, avaient acquis une autonomie précoce et dont le relationnel était plutôt centré sur une position « d'assistant » plus que « d'assisté ».

Si au cours de ces situations, ils apparaissent souvent comme de « bons » patients qui collaborent activement, la littérature et la structure psychopathologique de nos sujets nous alertent sur le fait que c'est bien lors du retour à domicile ou à l'occasion d'un incident anodin que certains montreront des signes d'épuisement (91). Il s'agit de rester vigilant tout au long de la prise en charge et notamment lors du retour à domicile.

On retrouve au sein de la trame narrative la présence d'une maladie somatique grave antérieure à l'apparition du délire qui a engendré un sentiment de honte, d'indignité voir de violation de soi.

3.6. Le fonctionnement pendant la maladie :

Au cours de nos recherches bibliographiques, une entité clinique appelée « pathonévrose » a attiré notre attention. Ce trouble initialement décrit par Ferenczi est défini comme l'apparition de préoccupations hypocondriaques consécutives à une affection organique (100). On le retrouve parfois sous la dénomination de « pathohypocondrie ». Cette maladie est observée à la suite d'affections graves, de traumatismes physiques et en cancérologie. Dans ce dernier cas, il est rapporté qu'un sujet qui a été touché dans un passé relativement proche par une néoplasie maligne peut se plaindre de sensations corporelles bizarres (101). Ces troubles sont interprétés comme les signes d'une nouvelle affection organique, d'une récidive ou d'une réapparition de la maladie. Le patient se soumet à outrance à des examens médicaux souvent inutiles et dont la négativité ne suffit pas pour apaiser l'angoisse. Au cours de ce processus, leur pensée semble se fixer dans le factuel et l'évènementiel. Ce processus appelé fonctionnement opératoire et connu au cours de l'évolution de maladie grave ou cancéreuse.

Ces « pathonévroses » ou « pathohypocondries » présentent des similitudes avec la pathologie que nous étudions. Elles surviennent toutes deux au décours d'une affection somatique grave avec atteinte de l'intégrité corporelle et l'expression clinique comprend des sensations cénesthésiques.

Concernant l'attitude de nos patients, nous rappellerons que nos observations cliniques nous avaient fait pointer des difficultés d'introspection au cours de la psychothérapie. Nous avions assimilé cette difficulté à verbaliser les émotions par la présence d'une alexithymie. Cependant, en corrélant l'attitude des patients au cour des délires d'infestations parasitaires à celle décrite dans les suites de l'annonce d'un cancer, c'est-à-dire collant à la matérialité des faits et des objets, ce dernier mécanisme adaptatif pourrait être assimilé l'apparition d'un fonctionnement opératoire.

L'attitude des patients atteints de parasitose délirante évoque la présence d'un fonctionnement opératoire.

3.7. La rencontre avec le parasite :

Les similitudes qui existent entre l'hypocondrie délirante et la parasitose délirante nous font soulever la question de la thématique. En effet, il existe une différence fondamentale entre les deux entités. L'hypocondriaque pense que les sensations sont liées à un dysfonctionnement de son propre corps, le parasité pense que celles-ci sont liées à la présence d'un agent pathogène.

Si la littérature accepte que chacune d'entre elle intègre une tonalité persécutive, l'élément persécuteur est par ailleurs très différent. Dans l'hypocondrie, c'est le corps lui-même qui persécute, faisant discuter l'implication d'une dimension thymique mélancolique au sein d'une corporéité particulière. Dans le délire d'infestation, le parasite est le persécuteur. La thématique délirante utilise ainsi le mécanisme de la projection. Ce schéma positionne plus le sujet en victime, tel l'investit le paranoïaque, qu'en fautif, comme l'endosse le mélancolique. Si la corporéité est elle aussi centrale et singulière, la dimension thymique est différente, empruntant une tonalité plus revendiquante qu'auto-culpabilisante. Mais comment pouvons-nous comprendre que la thématique se fixe sur une étiologie parasitaire ? L'exposé qui suit se veut d'ordre observationnel et ne suffirait probablement pas à expliquer les enjeux d'une telle thématique.

Il existe, au sein des similarités biographiques, un élément qui mérite d'être soulevé à ce stade. Il s'agit de la présence même du parasite au sein l'histoire de vie et des liens symboliques que le patient entretient avec celui-ci. Ainsi nous relèverons la présence d'une infestation parasitaire réelle diagnostiquée pour les cas n°2 et 3. De plus nous remarquerons une dimension culturelle au sein de la trame narrative de la patiente n°1 qui relie sa contamination à un voyage en pays tropical. Enfin, le récit de la dernière, nous pointe un antécédant de délirium tremens avec zoopsies, épisode qui a semblé contribuer à intégrer dans la conscience de la patiente la possibilité d'une infestation.

Nous complèterons ici nos propos en mentionnant qu'au cours des suivi collatéraux que nous avons menés à bien durant notre travail, la présence du parasite est constamment documentée. On notera de véritables infestations parasitaires chez le sujet lui-même (2) ou un membre de sa famille avec lequel il a été en contact.

Le patient a vécu une expérience avec le parasite, soit parce qu'il a réellement été infesté, soit parce qu'il entretient avec lui une relation symbolique particulière liée aux représentations culturelles.

3.8. Symptômes et culture

Il a été particulièrement intéressant de rencontrer une patiente d'origine nigérienne, aux antécédents de poly-traumatismes, marquée par la migration et la précarité, et présentant une symptomatologie caractérisée par la présence d'un trouble anxieux et dépressif mixte sévère. Les signes physiques de l'anxiété, à savoir la tachycardie, l'oppression thoracique et les signes fonctionnels intestinaux étaient expliqués par la supposition de la présence d'un parasite. La singularité du tableau clinique était marquée par sa non-conformité aux délires d'infestations parasitaires de type occidentaux. En effet, il ne s'agissait pas d'une conviction délirante inébranlable à proprement parler mais plutôt d'une croyance pouvant être critiquée par la patiente. Dans une véritable demande de soin, l'adhésion au suivi et au traitement s'est voulue facile, ayant permis de créer une alliance thérapeutique pérenne. A la différence des parasitoses délirantes, les éléments traumatiques n'ont été abordé que très superficiellement, la patiente pouvant exprimer une certaine gêne même après plus d'un an de suivi ambulatoire. Ce dernier élément nous permet de formuler quelques remarques sur les liens entre symptôme et culture, entre conviction et croyance.

Le professeur A Tatossian nous invite à réfléchir sur la notion de relativisme culturel, à savoir à s'arrêter sur la distinction même du normal et du pathologique au sein des cultures (102). Autrement dit, le même comportement ou la même situation, en l'occurrence ici, une infestation parasitaire, peut-être commune ou anormale selon la société où l'on est placé. Tatossian pourra nous aider à poursuivre notre ouverture en nous avisant que plutôt que d'appréhender le symptôme dans le sens global d'un tableau clinique, (ce que nous avions tenté de faire dans notre première partie), c'est en étudiant le phénomène, beaucoup moins variable d'une culture à l'autre, que nous pourrons saisir le sens que nous tentons de décrypter.

L'anthropologie insiste sur le fait que toute maladie soit « liée à la culture » et doit être comprise au sein du contexte social et politique dans lequel elle se développe.

3.9. Conclusion de l'analyse de l'histoire de vie :

L'analyse de l'histoire de vie a proposé de mettre en évidence la présence de traumatismes infantiles ayant engendré une problématique identitaire. La recherche d'un étayage à l'âge adulte tend à favoriser les comportements addictifs vis-à-vis du travail, de l'alimentation, des toxiques, d'un idéal, ou d'autres facteurs extérieurs. Des équivalents d'auto-mutilations, voire de véritables épisodes de passages à l'acte auto comme hétéroagressif sont retrouvés dans l'expression de la parasitose délirante et font suspecter la présence de troubles de la personnalité sévères au sein de notre population. L'analyse du contexte récent à l'infestation nous permet de proposer que celui-ci se développe dans la période de rémission ou de stabilisation d'une maladie somatique grave, responsable d'une tonalité affective particulière dont le vécu se caractérise par la honte, l'indignité voire la violation de soi. Un fonctionnement opératoire semble en découler pour tenter de neutraliser les affects. La thématique du parasitisme serait présente dans la conscience de nos sujets qui pourraient avoir vécu une réelle infestation ou y être sensibilisés via leurs représentations culturelles.

4. ANALYSE EXISTENTIELLE :

Après avoir tenté de comprendre la maladie et ses mécanismes psychodynamiques, c'est à la lumière de la pensée phénoménologique que nous allons nous arrêter pour tenter de comprendre le sujet, sa singularité, et la façon dont il vit sa maladie. Par soucis de compréhension, il s'agira d'esquisser un bref rappel des fondamentaux avant de s'essayer à l'analyse existentielle.

4.1. Rappels fondamentaux :

La pensée phénoménologique a germé dans la crise philosophique de la fin du XIXe siècle au cours de laquelle la métaphysique classique ou conception empirique comme archétype est arrivée à son épuisement. Le mathématicien et philosophe Husserl a réfléchi, s'est accoté et l'a congédiée en abolissant les présupposés qui la sous-tendent. Il a pressenti de devoir reprendre tout savoir en remontant à un non-savoir radical, soucieux d'une continuité avec le grand idéal antique. Ainsi, il définit l'expérience comme régie par des légalités nécessaires et à priori, lesquelles ne proviennent pas de la projection de schèmes conceptuels et linguistiques sur de simples sensations amorphes (103). L'ordre pré-linguistique de notre expérience présente des structures nécessaires et des linéaments d'intelligibilité qui sont autonomes par rapport aux formes de notre pensée conceptuelle et des schèmes linguistiques qui sous-tendent cette dernière. Il parle de « *logos du monde sensible* », de « *Weltlogik »*, d'une logique du monde en tant que « monde phénoménal ». Les nécessitées dans lesquelles s'enracinent cette logique sont antérieures à toutes les conventions que nous pouvons apporter à leur sujet. C'est bien sur cet état des choses nécessaires et à priori, cet ordre du pré-linguistique que se base la thèse phénoménologique.

La percée de la phénoménologie se doit à sa notion d'intentionalité. « Il s'agit pour Husserl de penser le vécu de conscience comme une intention, une visée d'un objet qui demeure transcendant à la conscience, nous éclaire F Dastur (104). Selon Husserl, la structure centrale de l'expérience est son intentionnalité, de son fait d'être dirigé vers quelque chose. « T*oute conscience est conscience de quelque chose* ». Comprendre l'expérience en son sens « originaire » est comprendre ce qu'on appelle classiquement l'expérience « perceptive ». En terme d'intentionalité, la perception selon Husserl implique de soutenir qu'elle ouvre sur la

chose même (et non sur d'hypothétiques intermédiaires mentaux) et que le contenu de la perception peut se diviser en ce qui appartient à la conscience et ce qui appartient au monde extérieur. C'est à partir de cette structure fondamentale de la conscience en tant que conscience intentionnelle que s'ouvre la voie de la phénoménologie.

C'est à partir de cette structure fondamentale de la conscience en tant que conscience intentionnelle que s'ouvre la voie de la phénoménologie. Nous proposons la définition de Merleau-Ponty, en ce qu'elle est « *l'étude des essences* » (105). Ainsi la phénoménologie s'applique à repenser tous les champs d'expérience : le temps, l'espace, la conscience de soi, le corps, le rapport à autrui, le langage, la culture... S'il y a des accentuations différentes de Heidegger à Fink, de Merleau-Ponty à Ricœur, l'ensemble des phénoménologues discuteront ou prolongeront ces vues (106). Car il s'agit bien de ce "style" phénoménologique commun que nous cherchons à cerner, après avoir rendu à Husserl ce qui lui revient : avoir commencé.

La phénoménologie psychiatrique trouve son véritable commencement dans l'œuvre de Martin Heidegger, lui-même assistant d'Husserl. En 1927 il publie « Être et temps » dont l'entreprise intéresse directement la psychiatrie et se tient au fondement de ce qu'on appelle parfois l'analyse existentielle ou Daseinsanalyse médicale (107). Y est introduit la notion de Dasein en tant qu'« être-là », en tant qu' « être-au-monde », en tant qu' « être-auprès-du-monde » et donc inséparable de son monde. Ainsi nous comprenons que, pour Heidegger, le Dasein est un être qui se distingue des autres êtres non par telle ou telle détermination, mais par un mode d'être qui est radicalement différent, qui lui est sien.

Un psychiatre suisse a très vite saisi tout l'intérêt pour la psychiatrie de ces travaux issus de la phénoménologie. D'une insatiable curiosité intellectuelle, Binswanger découvre à partir de 1913 l'œuvre de Husserl. Ainsi il lui revient historiquement la place de fondateur de la psychiatrie phénoménologique. Cependant, la publication en 1927 d'« Être et temps » par Heidegger constitue pour Binswanger un véritable événement et il comprend très rapidement que cette œuvre introduit une nouvelle définition de l'homme en tant que Dasein. Aussi, à partir de 1943, Binswanger place ses recherches sous le titre de Daseinsanalyse. S'il ne fondera pas d'école pour enseigner la méthode qu'il avait élaborée, c'est Medard Boss, un autre psychiatre suisse, qui développera dans les années 1960 à Zürich une formation en Daseinsanalyse.

Binswanger, Boss, Minkowski, Jaspers, Kuhn, Szondi, Drexermann, Kimura, Kraus, Tellenbach etc… autant de médecins qui ont contribué à nous prouver l'intérêt de la pensée phénoménologique en psychiatrie. Penser que ce courant appartient à un passé révolu serait oublié, pour nous en tenir au cas de la France, la personnalité et l'œuvre d'Arthur Tatossian qui consacra sa thèse de médecine, en 1957, à l'*étude phénoménologique d'un cas de schizophrénie paranoïde*. Grâce à l'enseignement de sa discipline auprès de ses élèves, cette culture est demeurée vivante, patrimoine qu'il est maintenant l'occasion de tenter de côtoyer au travers de notre essai.

4.2. Analyse existentielle :

En référence à la philosophie de Heidegger, réaliser l'analyse existentielle serait comprendre les rapports que l'individu entretien avec le temps, l'espace, l'autre, le monde, et le corps. Par soucis de clarté, nous regrouperons sous le terme de « sujet » la population étudiée.

Le premier rapport avec lequel nous débuterons notre analyse est le temps. Aborder la temporalité c'est saisir le temps vécu, « *la manière selon laquelle il est donné au temps occasion de se révéler*" nous avise Heidegger. Nos enseignements nous ont appris qu'il s'agit de percevoir les relations tout à fait immédiates, préréflexives que le sujet entretien avec la temporalité. C'est « *concevoir le temps comme trame préréflexive de toutes nos expériences, comme la direction de sens de notre être* ». Heidegger lui donne trait au mouvement. « *Le temps se rencontre d'abord dans l'étant qui s'altère* ». Ces mots résonnent en nous et nous renvoient au récit de notre sujet, à la question de l'altération maintes et maintes fois exprimée. Il voit sa peau se modifier, son corps changer, les résultats biologiques varier, ses cheveux migrer etc… Il semble que l'expérience de la temporalité soit vécue par notre sujet au cours de la modification des perceptions qui se rapportent à lui-même plus que par un rythme horloger traditionnel. C'est le corps et les phénomènes qui s'y rapportent qui donnent occasion au temps de se révéler.

L'altération au sens de la modification est source d'une grande inquiétude et nécessite d'être surveillée. La fluctuation même physiologique pose question et les changements d'état sont perçus comme des mouvements anormaux dont il faut se préoccuper. Pour autant, aucun anatomiste ni physiologiste ne pourraient déceler une anomalie dans ce corps que l'on qualifierait d'intègre. Cette observation soulève ici la question de « l'être-dans-le-temps », en ce qu'un caractère instable et variable renvoie à la question du pathologique, de la normalité et

de l'anormalité. Ce substrat temporel corrélé à la notion de fluctuation, ou en d'autres termes, ce qui fluctue dans le temps, ce qui ne s'y maintient pas, fait écho à la théorie sur les fondements de l'identité de Ricœur, et plus précisément à l'identité mémorielle ou identité ipse. S'en référer ici nous donne une piste de compréhension sur ces liens étroits qui semblent se tisser entre temps et identité dans l'expérience de notre sujet et que nous pourrons éventuellement corréler à notre analyse psychopathologique.

Nous avons appris qu'il existe deux sens de l'identité selon Ricœur. Une identité substantielle ou idem tel un élément immuable qui persiste au cours du temps et qui lui permet de le traverser grâce à cette persistance, et une identité mémorielle ou identité ipse qui n'est pas quelque chose qui persiste et pour laquelle il ne peut y avoir notion de permanence. Cette dernière va de pair avec l'idée d'un mouvement, d'une projection, souvent modélisée dans l'exemple de la promesse, celle dans laquelle on s'est engagé. L'identité répond à la question « *qui sommes-nous* », et se composerait ainsi de la dialectique des deux extrêmes, « *illustrés par le caractère qui marque la permanence de l'idem et par la promesse qui illustre le maintien de l'ipse* » (108).

A la lumière de cette théorie, le sujet semble remettre en question la possibilité d'une identité ipse comme constituante de son soi. Ce qui y correspond (ce qui n'est pas immuable, même le physiologique) serait du registre de l'anomalie, perçue comme modifiée par un facteur extérieur, un facteur étranger. Il semble que ne soient perçues comme inhérentes à soi les seules choses dont la permanence est assurée dans le temps. Ainsi le sujet a conscience de lui-même en ce qu'il se perçoit comme l'ensemble des choses permanentes dans le temps. Il semble qu'être, pour notre sujet, et notamment être en bonne santé, c'est « être-toujours-le-même ». N'est soi que ce qui est permanent dans le temps. Cette perception de soi ne semble comprendre qu'une partie des fondements de l'identité, à savoir l'identité substantielle. Ainsi selon sa définition, persister au cours du temps c'est aussi être dépourvu de toute possibilité de mouvement. Se comprendre soi comme un sujet immuable est s'ôter la possibilité d'évoluer et de « tenir toute promesse ». Ce dernier élément, en plus d'impliquer un étant en tant qu'il est être-dans-le-temps implique aussi cet étant en tant qu'il est « être-avec-l'autre », rapport auquel nous reviendrons au cours de notre analyse.

Pour revenir à notre sujet et continuer de saisir les liens qui existent entre temps et identité, nous poursuivrons de parcourir la pensée de Ricœur qui suppose que cette dernière ne

puisse véritablement s'accomplir que lorsqu'elle devient narrative. Selon Ricœur, « *[...] le temps devient temps humain dans la mesure où il est articulé de manière narrative ; en retour le récit est significatif dans la mesure où il dessine les traits de l'expérience temporelle* ». C'est cette expérience narrative que Ricœur nomme « *mise en intrigue* » d'un parcours biographique, faculté qu'a le sujet de se raconter, de s'autoréférencer dans un discours qui s'inscrit lui-même dans un ensemble culturel et collectif. Cette identité narrative est une « *connexion entre événements que constitue la mise en intrigue, qui permet d'intégrer à la permanence dans le temps ce qui paraît en être le contraire sous le régime de l'identité-mêmeté, à savoir la diversité, la variabilité, la discontinuité, l'instabilité* ».

Dans le cas de nos hôtes, que nous apprend la narration ? Comment s'articulent les différentes actions et évènements entre eux et qu'en comprenons-nous ? Un élément particulièrement étonnant est retrouvé dans le récit. Il s'agit de la reconstruction narrative personnelle de la maladie et de l'identification d'un évènement comme la date de la contamination présumée. Par la présence de liens matérialisés par des reconstructions et des interprétations constamment tissés dans le récit du patient pour argumenter la thématique parasitaire, le récit se pare d'une allure atemporelle globale. Le passé et le futur étant comme absorbés dans un présent immobile. Le sujet sait maintenant que l'infestation parasitaire remonte à fort loin dans son histoire. Les réédifications narratives tendent à instaurer un temps infiniment homogène, monothématique, où il ne se passe rien d'autre qu'un évènement thématisé.

Ainsi l'arrivée de l'imprévu est reconfigurée après coup sur un mode narratif. Pour Binswanger, l'être-au-monde est régi dès le départ par le primat de certaines conditions de possibilité de ce qu'il peut rencontrer et être. Ainsi l'événement s'offre comme condition de possibilité et d'impossibilité du récit, construit pour argumenter ladite parasitose. Dans l'article « la thématisation du délire », Pringuey nous invite à percevoir la thématique délirante comme projet qu'il faut thématiser et il nous apporte l'implication de celle-ci dans la trame narrative. *« Le déroulement temporel de la biographie n'est alors qu'expression itérative de ce projet monolithique dont chaque forme ne diffère que par son contenu, précisément accessoire.* » Il poursuit en mentionnant que « *les évènements biographiques sont réduits à de simples occasions de manifestation du projet et ont donc un rôle purement pathoplastique* » (92).

Cependant, si pour le médecin la trame narrative revêt un aspect presque photographique, elle semble possiblement autre pour le sujet qui la raconte et qui la vit. Pour pressentir l'expérience du temps vécue, il nous sera possible de nous rappeler la façon dont les sensations corporelles – manifestation de la temporalité – sont rationalisées par le sujet. *« Je ne m'inquiète pas c'est cyclique »* nous affirmera le patient n°2, rationalisation abolissant la possibilité que des choses soient imputées au hasard, dans une perspective où la certitude a besoin de preuves pour s'attester.

Que nous apprend la phénoménologie sur le cycle ? Heidegger a pointé son caractère répétitif et perpétuel tel un éternel retour. « *Sous quelle forme le temps se rencontre-t-il pour le physicien ? La saisie qui détermine le temps possède le caractère de la mesure. La mesure indique le laps de temps et le moment, le de-quand-à-quand. Une horloge donne le temps. Une horloge est un système de physique où la même suite d'intervalles de temps se répète constamment étant admis que ce système de physique n'est pas soumis à un changement dû à une influence extérieure. La répétition est cyclique. Chaque révolution a la même durée. L'horloge donne le même intervalle qui constamment se répète et auquel on peut toujours revenir. »*

Ainsi l'individu qui a conscience de son temps comme d'un cycle s'enquiert de la possibilité d'y voir les évènements s'y répéter à intervalles identiques. Cette rationalisation ou « folie raisonnante » que l'analyse de la construction délirante nous a permis de mettre en évidence serait-elle identifiée comme une possibilité de prévoir et d'anticiper les phénomènes anxiogènes ? Contrôler les expériences en saisissant leurs lois internes, c'est entrevoir ce qu'il est possible d'advenir, c'est concevoir le futur et la possibilité de le connaître. Mais si cet aspect résonne telle la possibilité d'une maitrise, il semble être tout aussi gouverné par le sentiment d'un éternel recommencement : que cet être-là est éternellement là et infiniment enfermé à l'intérieur d'une boucle temporelle. Ainsi, dans l'emprise d'un cycle parasitaire, le sujet qui vit la temporalité du délire d'infestation est tel le prisonnier privé de liberté, privé de sa possibilité d'advenir, priver de la possibilité d'entrer dans le mouvement et de tenir sa promesse.

Dans cette narration à la temporalité cyclique, il est intéressant de constater que ce qui est raconté, ce de quoi on parle concerne des éléments inhérents à la corporéité. En effet, le sujet se raconte par son corps, c'est ce qu'il énonce et ce sur quoi il disserte. Cela nous permet d'apprécier le vécu corporel, pour tenter de le comprendre. Nous commencerons par nous

remémorer la façon dont le sujet semble comprendre l'articulation de son propre corps. Le cas n°2 retiendra ici notre attention. Il parle d'un assemblage de pièces qui s'encastrent. Ces « pièces » sont autant de vertèbres ou d'os qui constituent son squelette. A notre interrogation concernant le choix de son vocabulaire, il nous expliquera qu'il conçoit le fonctionnement d'un corps humain comme assimilable à celui d'un système régi par les lois de la mécanique. Ce corps semble rationalisé, fragmenté, partagé, tel un ensemble dissocié et dépourvu d'une unité. La conceptualisation en tant qu'entité propre et solidaire aurait perdu son sens ordinaire.

Pour saisir l'expérience de la corporéité vécue par le sujet, nous nous appuierons sur la pensée de Husserl. D'origine allemande, il va décrire la corporéité en parlant de deux corps. Le *Körper* qui signifie le corps anatomo-physiologique et le *Leib*, qui signifie le corps vivant. Ce dernier, appelé corps propre en français, est le lieu des sensations et des émotions et désigne le corps sensible. C'est aussi le corps que je suis, le corps sujet, celui que j'incarne avec ma chair, qui me permet d'être-au-monde et de faire-mon-monde. À sa différence, le corps objet est par définition le corps que j'ai au sens de l'appartenance, mon corps biologique ou « soma ». À la lumière de cette théorie, il semble que le sujet vive l'expérience de son corps tel un corps constitué de pièces qui s'assemblent entre elles et répondent aux lois de la mécanique. À l'image d'un androïde, le sujet a conscience de l'expérience de sa corporéité par la perception de son corps tel un *Koper*, un corps objet.

Ainsi, le corps conceptualisé comme un système mécanique est fait de pièces, tant d'objets inertes dont la modification ou l'altération ne peuvent être engendrés que par l'action d'un facteur extérieur. La pièce portée à la conscience du sujet est la pièce abîmée, celle dont il parle à son interlocuteur, en l'occurrence au médecin. Se plaindre de son corps à autrui ne va pas sans nous rappeler les travaux de Tatossian sur l'hypocondrie (102). Il nous a appris que pour l'hypocondriaque, la plainte est l'affaire du corps interne et nous documente sur le rapport à l'autre. Le médecin est là comme un témoin, une personne observatrice alors que l'hypocondriaque se trouve en échange avec son propre corps. Dans la mesure où ce corps devient un partenaire, c'est qu'il est devenu autre et objet. Ainsi il est possible de le posséder. Mais cela rend aussi possible la dépossession de son propre corps. Ce qui est intéressant à constater chez notre sujet est que, comme chez l'hypocondriaque, le corps devient partenaire et donc objet. Ainsi il devient objet de possession.

Les travaux de Tatossian sont complétés par la réflexion sur les paradoxes de la possession de Gabriel Marcel (109). Ce dernier nous a appris que la possession se caractérise par trois traits du possesseur au sens qu'il est, premièrement celui qui a acquis par justification un droit excluant autrui, deuxièmement celui qui prend soin de, qui se préoccupe de, et troisièmement celui qui a le pouvoir et la maîtrise sur sa possession. Selon cette théorie, il est intéressant de constater qu'à la différence de l'hypocondrie dans laquelle le corps est une possession, le sujet qui vit l'expérience de la parasitose délirante s'en soit rapidement dépossédé.

Après avoir pris conscience de la présence de son corps par les sensations (douleur, démangeaison etc..) et de s'en être fait un partenaire, tel un objet de possession, il est curieux de constater qu'il semble s'en être dépossédé lui-même. Le corps objet qui s'est révélé à lui par le biais de manifestations sensorielles tactiles est un corps abimé, altéré par l'action d'un autre, d'un étranger. Cet autre, en l'occurrence le parasite, en aurait pris la possession. Ce corps sur lequel il a la maîtrise, le contrôle et son advenir, et avec lequel il entretient un lien particulier. Celui-ci semble dédoubler le corps qu'il infeste, détourner les fonctionnements traditionnels, digestifs ou métaboliques, cutanés ou pileux et usurper un fragment d'espace dévolu au corps.

Délimiter l'espace physique appartenant au parasite n'est pas une mince affaire. Comme nous l'avons soulevé, un parasitisme implique une présence qui n'est pas soi à l'intérieur même des limites de son corps. Mais il semble que la façon que le sujet a de prendre connaissance de son intégrité est directement reliée aux démangeaisons, aux sensations de grouillement, aux sensations de piqûre etc… Tant de perceptions tactiles, tant de façons que le corps a d'apparaitre à la conscience de son sujet. Ces sensations corporelles qui se succèdent viennent rythmer l'écoulement la temporalité. Il nous semble pouvoir y saisir une notion de mouvement : « *ça vient* ». Dette direction vers le sujet, sorte de visée de la sensation, « s'impose » à lui et le renvoie sans cesse à l'expérience de la temporalité et de la corporéité : ce corps qui se fait sentir et se modifie au fil du temps. Ce mouvement nous renvoie également à la notion d'espace que nous avons commencé à introduire plus haut. La sensation corporelle, en plus de souligner l'écoulement du temps et la présence du corps, semble également en signifier les limites.

Ainsi il nous semble se définir un espace circonscrit au corps délimité par la perception sensorielle. Cet espace est celui de l'hôte qui renferme à la fois ce corps objet et le parasite. C'est dans ce territoire figé, délimité par la peau en proie aux démangeaisons que sont centrées les préoccupations. C'est dans cette sphère que réside la clef de la compréhension du mode de

vie du parasite que son hôte tente avec acharnement de saisir. Ainsi il semble à la fois adopter une position de contemplateur, d'observateur vis-à-vis des phénomènes qui lui apparaissent. A ce niveau de notre analyse, il semble que le sujet qui vit la parasitose délirante vit l'expérience d'un corps en continuel mouvement, qui subit une succession de phénomènes nouveaux, dont le déclenchement est indépendant du sujet même. Il serait en proie à une véritable transformation corporelle autonome et répondant à des lois d'une logique qui lui échappe (102). Pour les comprendre, il se positionne activement, fait des expérimentations, tente de modifier des paramètres pour en tirer des conclusions empiriques.

Il est alors possible de percevoir plusieurs espaces dans lesquels le sujet est au monde et vit son monde selon plusieurs modalités :

L'individu qui vit l'expérience de la parasitose délirante est d'abord celui qui a conscience d'un espace en tant qu'espace réduit, confiné aux frontières de ses perceptions sensorielles tactiles, aux frontières de sa peau. Il se vit tel un corps objet, scindé, dont une partie se modifie de façon autonome, et dont la transformation serait régie par des lois internes (œuvre d'un parasite) qu'ils tentent de théoriser.

Ainsi l'individu qui vit l'expérience de la parasitose délirante se vit aussi au-delà des frontières de son « corps objet » par le fait qu'il est lui-même un être-au-monde. La conscience de ce premier espace s'élargi grâce aux possibilités d'un corps sujet, ce corps qui prend, qui saisit des instruments, qui regarde au microscope, qui met des données dans un calendrier, qui s'active et est l'acteur de sa corporéité. Le monde semble saisi dans ses utilités, les choses y prennent sens en ce qu'elles sont « moyen de » pour une finalité donnée. Ce deuxième espace semble perçu en ce qu'il renferme des objets aux fonctions instrumentales que le sujet saisit à sa guise et manipule pour parfaire sa théorie au fil de ses raisonnements.

Ainsi nous apparait un troisième espace, cet espace dont il prend conscience par ses recherches, par la consultation de livres, par internet. L'espace plus global de la connaissance du monde, ou plutôt de la prise de conscience de la connaissance scientifique. Il s'agit d'un espace large, dont la conception difficilement modélisable revêt un caractère atmosphérique.

Il nous semble possible de constater ici que si la temporalité semble réduite et figée à l'intérieure d'une boucle infinie, la conception de l'espace est cloisonnée.

Nous nous arrêterons un instant sur ce dernier espace pour nous permettre une remarque d'ordre observationnel. Le sujet se documente sur internet, cherche des données sur des forums et y poste des commentaires, des conseils, parfois donne des diagnostiques voire de véritables conduites thérapeutiques à d'autres sujets qui souffrent de la même problématique. Cet espace est massivement investi et avec l'émergence des réseaux sociaux, où de véritables communautés se constituent. Les sujets y revendiquent leur conviction, dialoguent avec un public convaincu et y retrouvent une reconnaissance sociale. Il s'agit de collecter un grand nombre d'informations puis de toucher le plus de personnes possibles. Ce schéma d'occupation de la spatialité se retrouve dans la démarche de soin et le nomadisme médical. Ainsi beaucoup de médecin sont rencontrés dans des domaines de compétences et des villes variées. Si les prises en charges sont réduites dans le temps, l'espace est pris en compte dans une dimension beaucoup plus diffuse. La limite spatiale ne semble pas un frein à notre population de patients parfois prête à consulter des spécialistes installés à des kilomètres de chez eux. Si l'espace est cloisonné, il semble falloir l'occuper.

Ainsi le sujet qui vit l'expérience de la parasitose délirante semble avoir conscience du monde en tant qu'il le conçoit tel un laboratoire qui se donne à lui par la possibilité d'avoir accès à des instruments de mesure et d'expérimentation. Laboratoire dans lequel il se vit à la fois comme le tube à essai (corps objet, hôte renfermant le parasite) et le scientifique (sujet qui observe, expérimente, fait des raisonnements). Le fruit de ses expérimentations a pour vocation de faire progresser la connaissance scientifique et faire avancer l'humanité.

A la lumière de cette théorie, il est intéressant de constater que le sujet atteint d'une parasitose délirante est en co-présence constante, en tout temps et en tout lieu avec son hébergé dont il est l'hôte. L'autre fait pour ainsi dire « parti de lui » tant au sens figuré qu'au sens propre. Au fil de notre analyse existentielle, on perçoit la mise à distance et la nécessité de se séparer de cet « autre en soi », peut-être comme d'une quête d'individualisation ? Mais l'autre en soi c'est aussi celui qui l'altère, celui qui l'empêche d'avancer et l'enferme dans l'emprise d'un cycle infini, qui l'empêche d'être dans le mouvement et d'advenir. Ainsi nous terminerons notre analyse existentielle avec l'appréhension qu'il semble exister un véritable combat, une lutte pour l'occupation d'une « place ». Cette lutte dans le but d'occuper l'espace aboutit à l'élimination de l'autre qui s'y tient et qui fait régner une atmosphère de danger vital. Ainsi dans la lutte contre le parasite, les auto-thérapies et passages à l'actes sont autant de « batailles » pour leur permettre de « gagner la guerre ». Ces attaques sont mises en place avec les

théorisations qu'ils ont formulées, sous tendues par la compréhension du parasite. Cette perspective nous laisse sous-entendre que plus ils ont l'impression de comprendre leur parasite, plus ils auront le sentiment de savoir s'en défendre et plus ils tenteront des passages à l'actes radicaux dans le but de gagner la bataille décisive. Dans cette perspective, la stratégie est construite par la performance intellectuelle, celle-ci est leur meilleure arme.

4.3. Conclusion de l'analyse existentielle :

Le corps grouille, démange, pique, fourmille, pullule, enfle, se déforme, se bossèle, se dédouble, se fragmente, se désunit, migre, se délocalise, se compartimente, en finalité se modifie, s'automatise, se robotise et fait souffrir. Le sujet qui vit l'expérience de la parasitose délirante est un individu soumis à ces modifications corporelles, à cette métamorphose sur laquelle il n'a aucune maîtrise, ce processus automatique mis en marche et qu'il ne pourrait arrêter s'en tenter d'en comprendre la logique. Au cours de cette transformation corporelle, le sujet subit dans son corps une suite de phénomènes, indépendants en leur déclenchement et s'autonomisant au cours d'un processus. Cela nous rappelle l'expérience vécue d'une grossesse. Mais si l'expérience de la corporéité peut éventuellement y être rapportée, la note affective n'en a ni la tonalité ni le rythme. Le facteur déclenchant, les remaniements en jeux ainsi que l'issue supposée demeure absolument inconnue. Cet évènement semble avoir débuté par lui-même et s'inscrire en dehors de toute conception physiologique traditionnelle. La composante anxieuse d'un tel processus est en somme tout à fait différente à l'arrivée d'un heureux évènement. Au contraire, la présence de l'autre en soi est traumatique par sa définition, irruption brutale d'un afflux perceptif sur lequel ni le sujet, ni la médecine n'arrivent à mettre du sens. Seul face à la sensation d'intrusion qu'il perçoit à l'intérieur de lui-même telle une agression de son corps, le sujet cherche à se défendre voire à attaquer son assaillant qui le menace au péril de sa vie. Dans son combat, l'arme la plus efficace est une stratégie qui consiste à observer avant d'agir. Connaître au mieux son adversaire en le guettant scrupuleusement et quotidiennement dans le but de comprendre son fonctionnement et de préparer son attaque. Les passages à l'acte sont parfois dangereux tant ils sont extrêmes et incisifs, à la hauteur de l'angoisse engendrée par les perceptions tactiles synonymes d'activité parasitaire.

5. CONCLUSION DE LA DISCUSSION :

L'analyse de la sémiologique nous a permis de penser que la parasitose délirante est une entité à la frontière entre le trouble délirant, l'anorexie mentale et la pathomimie.

L'étude de l'histoire de vie nous amène à croire que la population rencontrée présente des fragilités identitaires secondaires à des traumatismes infantiles. Elle nécessiterait le recours à un besoin constant d'étayage par l'externalisation. Le corps est également un facteur d'étayage, support des auto-thérapies que nous nous proposons de rapporter à des automutilations. Les équivalent de véritables passages à l'acte nous laissent penser qu'il existe de graves troubles de la personnalité au sein ces patients.

L'analyse de la situation récente nous a permis d'émettre l'hypothèse que le délire d'infestation parasitaire se développait dans les suites d'une maladie somatique grave compliquée d'un épisode dépressif réactionnel non pris en charge, engendré par un sentiment de honte ou d'indignité vécu au cours des soins. Le fonctionnement opératoire tenterait de venir neutraliser ces affects douloureux.

Enfin, l'analyse existentielle nous a aidé à saisir la singularité de l'expérience vécue d'un sujet atteint de parasitose délirante. Nous émettons l'hypothèse que celle-ci se caractérise par une perception de transformation corporelle.

A la lumière de la pensée phénoménologique, nous soumettons que le noyau commun aux parasitoses délirantes est cette impression de perte de la familiarité du corps et plus précisément la perception d'un dédoublement corporel. Cette expérience sensorielle nouvelle semble engendrer la sensation d'un cloisonnement au sein de l'unité du corps du sujet. Le parasitisme pourrait être cette image qui tente de mettre un sens aux sensations de corps fragmenté, déconstruit, démembré et dédoublé. Ce corps qui tend à s'autonomiser telle une transformation qui échappe au contrôle du son sujet. Nous proposons de saisir la compréhension du trouble par la présence d'un cloisonnement de la corporéité. Cela permettrait de mettre du sens sur la thématique délirante et sur la participation affective extrême qui en ressort. À défaut de savoir nommer ce trouble de la perception sensorielle, nous proposerons le terme de « trouble de l'unité corporelle » ou « trouble de l'intégrité corporelle ».

Pour une compréhension encore plus complète, nous soumettons de rapprocher ce terme des troubles du cours de la pensée, connus et décrits dans la psychiatrie classique grâce aux travaux de De Clérambault (34). Ainsi, au même titre que le dévoilement de la pensée et le syndrome d'influence sont la résultante d'une thématisation délirante tentant de mettre sens sur la présence d'un dysfonctionnement de la pensée, nous proposons de concevoir la croyance d'un parasitisme comme une tentative de mettre un sens sur un « trouble de l'intégrité corporelle ».

C H A P I T R E I V :

P A R T I E P R A T I Q U E E T O U T I L S

1. INTRODUCTION

Au moins 30% des patients ambulatoires en dermatologie ont des troubles psychiatriques (110). Les liens étroits qui existent entre peau et psychisme ont participé à la création du concept de « psycho-dermatologie » dont l'essor a été observé à partir des années 1970.

En France, les expériences de dialogues interdisciplinaires ont été marquées en 1993 par la création du Cercle d'Etude et de Rapprochement de Dermatologie et Psychanalyse, ou CERDP, par la dermatologue et psychiatre-psychanalyse Danièle Pomey-Rey (111). Son président d'honneur, le professeur Didier Anzieu à qui nous devons la théorie du Moi-peau, a confirmé l'intérêt d'une telle collaboration et en a encouragé les pratiques.

Pour essayer de comprendre la pathologie de ses patients, le Dr Pomey-Rey privilégiait le dialogue, les interrogeait sur le vécu et les ressentis. Ces derniers étaient principalement des sujets atteints de psoriasis, d'acné, d'alopécie, de dermatite autopique ou encore de troubles psycho-somatiques (111).

Concernant le délire d'infestation, si les pratiques thérapeutiques n'ont pas véritablement fait l'objet de recommandation, il existe un adage selon lequel les patients doivent bénéficier d'une prise en charge multidisciplinaire, coordonnée et synergique, entre dermatologue et psychiatre (43,112–114). Ce dernier chapitre tentera de proposer des stratégies afin de réaliser un tel défi.

Nous commencerons par aborder la spécificité de la multidisciplinarité de la prise en charge et suggérerons une filière de soins. Dans un deuxième temps, nous proposerons des stratégies spécifiques aux somaticiens, puis aux psychiatres dans une troisième. Nous conclurons enfin sur la façon dont notre travail pourrait nous aider à améliorer la prise en charge globale des patients atteints de délire d'infestation parasitaire.

2. REFLEXION AUTOUR DE LA MULTIDISCIPLINARITE :

Le principe de prise en charge de la parasitose délirante est sa multidisciplinarité (112). D'un point de vue sarcastique, on pourrait soulever que le nomadisme médical engendre la consultation de différents spécialistes ce qui tend à répondre à ce critère ! Comme nous l'aurons bien compris, il ne s'agit pas de convoquer le plus de disciplines possible, projet plutôt aisé mais totalement inefficace. Il s'agit de mettre en place une approche au cours de laquelle un petit groupe de cliniciens de spécialités différentes interviendra dans la durée et le dialogue, proposant des approches spécifiques, pérennes et complémentaires.

Au vu de notre analyse, il ne semble rien de plus difficile que d'arriver à mettre en place un tel projet. En effet, la tendance psychorigide, élitiste, à l'idéalisation et au clivage de notre population tendra à mettre en échec ce concept. Les patients ont une affinité pour scinder les prises en charge, glorifier ou rabaisser les différents protagonistes. Il est pourtant nécessaire de proposer une telle approche. Au cours de notre expérience, des échecs comme des réussites ont été constatés. Il s'agit ici d'en décrire les spécificités pour en dégager des conseils stratégiques.

2.1. Avec la dermatologie :

Le contexte de prise en charge avec nos confrères dermatologues a été celui rencontré dans le cadre de la psychiatrie de liaison. Au CHU de NICE, cette spécificité institutionnelle est ancienne. Elle s'ancre dans une tradition psychosomatique. D'ordre général, nous avons eu le sentiment d'emprunter un chemin déjà tracé par une collaboration solide et pérenne, intégrée par les soignants. Ainsi, quelque soit le motif de consultation psychiatrique, nos confrères dermatologues n'hésitaient pas à appuyer nos indications de suivi ou d'instauration d'un traitement de fond, lorsqu'ils ne l'avaient pas déjà recommandé.

Dans le cadre des délires d'infestation, la spécificité de la prise en charge dermatologique hospitalière réside dans la possibilité de réaliser le bilan diagnostique, de délivrer des soins dermatologiques et de convier le psychiatre. La difficulté s'opère au moment de l'annonce des résultats négatifs et lorsqu'il faut proposer la consultation psychiatrique.

Au cours de notre travail, deux patients ont été recrutés pendant ou à la suite d'un séjour en dermatologie. Ces deux sujets, à savoir « le scientifique » et « le patriarche » ont accédé à

une prise en charge. Le premier est toujours suivi en consultation. Il n'a pas accepté le traitement médicamenteux que nous lui avions suggéré et nous n'avons pas insisté de peur de voir basculer la prise en charge. L'amélioration clinique globale s'obtient lentement grâce à la multidisciplinaire dont il bénéficie.

Le second a reçu une prise en charge optimale. Il a été hospitalisé en dermatologie où il a bénéficié de soins locaux adaptés. A sa sortie, il a effectué un double suivi dermato-psychiatrique coordonné par le médecin traitant. Des applications quotidiennes de crèmes associées à 30 séances d'UVB ainsi qu'à la prescription d'un traitement antidépresseur ont permis l'amélioration et la régression des symptômes. Nous avons déploré sa demande de mettre fin à la psychothérapie. Notre analyse nous aurait appris qu'un tel risque était prévisible à la régression des symptômes de par la présence d'un fonctionnement opératoire sous-jacent.

2.2. Avec la parasitologie :

Le contexte de prise en charge en parasitologie est celui de la consultation. Le clinicien est seul avec le patient qu'il a en face de lui. Son rôle est d'ailleurs bien délicat. On attend de lui qu'il trouve la preuve d'une infestation imaginaire grâce à des échantillons multiples et itérativement apportés.

Se pose à lui la première question de l'attitude à adopter face à tous ces échantillons. La multiplication des examens ou « overdiagnosing », pour garder le contact et gagner la confiance du patient n'est pas souhaitable. Il n'est pas non plus approprié de poser le diagnostic trop tôt ou « underdiagnosing », sans effectuer un minimum de tests. Le clinicien doit assoir son positionnement dans la difficulté de trouver un juste milieu, celui qui tentera de ne pas inciter comme de ne pas réprimer.

Le second problème réside dans la nécessité d'expliquer au patient la négativité des prélèvements. Expliquer ensuite un diagnostic à partir de résultats négatifs n'est pas un procédé idéal. Le patient ne va pas être rassuré pour autant. Il va plutôt s'interroger sur la qualité des mesures prises et réinterpréter les conclusions contre toute évidence, en maintenant ses croyances. La situation est encore plus compliquée si les résultats des prélèvements mentionnent toutes les bactéries présentes, qu'elles fassent partie de la flore physiologique ou

de réelles surinfections (liées aux manipulations ou aux auto traitements agressifs). Le patient y verra une preuve d'infestation confortant sa croyance.

La troisième étape qui consiste alors à proposer une consultation et un traitement psychiatrique constitue un obstacle souvent insurmontable après avoir perdu l'alliance et être passé du côté des « incompétents ». Dans ces conditions, engager une prise en charge psychiatrique et un traitement psychopharmacologie constitue un véritable défi. Le désarroi de nos confrères parasitologues face à cette population de patients nous a invités à réfléchir à la manière dont nous pourrions remédier à l'impasse actuelle.

Nous avons tenté de mettre en pratique des consultations en tandem que la littérature suggérait. La vignette clinique n°1, à savoir « la musicienne » est la première patiente que nous avons rencontrée ensemble. Ainsi nous avons tout de suite été confrontés aux difficultés relatives à l'annonce des prélèvements et au risque majeur de rupture de la prise en charge qu'elle soulève. Les comprendre grâce au procédé d'idéalisation dans le fonctionnement relationnel de notre population nous a permis de saisir qu'il s'agit d'un moment extrêmement délicat auquel est confronté nos confrères. La réaction quérulente, méprisante et la perte de vue sont des éléments frustrant pour tout soignant engagé dans un processus thérapeutique.

De ce fait, lorsque nous avions rencontré « la coquette », nous avions tenté de scinder le soin à l'issu de la première consultation, avant l'annonce des résultats des prélèvements. Malheureusement, nous avons été confrontés à d'autres difficultés. C'est finalement au cours d'une hospitalisation en infectiologie que nous avons pu réaliser le bilan pré thérapeutique et mettre en place le traitement.

2.3. Discussion sur la prise en charge :

Les prises en charge décrites ci-dessus ont deux « portes d'entrées » : dermatologique et parasitologique. A notre avis, elles ne sont pas à opposer par leur spécialité mais par la situation contextuelle au cours de laquelle s'effectue la rencontre avec le patient : en consultation ou en hospitalisation. Notre sentiment penche pour le fait qu'il existe une difficulté toute particulière inhérente au cadre de la consultation. Celle-ci est un moment délicat qui tend à mettre en avant tous les mécanismes de défense du patient : idéalisation comme clivage. Le

clinicien est seul et sur lui se projettent tous les affects et mouvements relationnels. La relation est massivement duelle.

Les expériences associées au cadre de l'hospitalisation sont différentes et semblent plus apaisées. L'institution hospitalière revêt un cadre plus contenant et plus solide. L'héritage apporté par la tradition psychosomatique commence à porter ses fruits et les soins psychiatriques sont intégrés dans de nombreuses spécialités, notamment en dermatologie. Le sentiment d'unicité et de cohésion est une force face à cette population qui aura tendance au clivage. De plus, une pensée communément partagée par plusieurs soignants aura beaucoup plus d'impact sur le caractère suggestible qu'un médecin exerçant seul. Dans le même sens, la littérature insiste sur le fait que la conduite thérapeutique proposée, en particulier celle relevant du soin psychiatrique, doit absolument être comprise et intégrée par le ou les médecins qui la proposent. En d'autre therme, le clinicien qui indique l'avis psychiatrique ou le traitement doit lui-même être certain de son utilité.

La deuxième différence qui nous semble fondamentale est la possibilité de prodiguer des soins en hospitalisation. Au vu de notre discussion, cet élément pourrait avoir une légitimité toute particulière. En effet, c'est bien le corps qui souffre, qui démange, qui bouge, se modifie et perd de son intégrité. Ces soins cutanés (désinfection, application de crème, habillage de cortioide etc…) sont autant de moments de « corps à corps » qui ont pour vocation d'apaiser un corps douloureux, de réparer un corps abîmé. Ils semblent pouvoir traiter la source, toucher ce noyau commun que nous avons hypothétiquement défini comme « trouble de l'unité corporelle ». Leur utilité semble même s'enraciner dans un socle plus solide que celui en faveur de la prescription de traitement antipsychotique. Ce dernier étant peu efficace au cours des troubles délirant se développant sur une constitution paranoïaque.

2.4. Conclusion sur la prise en charge multidisciplinaire :

L'hospitalisation nous semble un moment privilégié où la contenance de l'institution peut permettre de démarrer la prise en charge multidisciplinaire indiquée. En plus de diffuser le transfert et de limiter les procédés d'idéalisation et de clivage, elle pourra avoir comme objectif principal de prodiguer les soins cutanés et apaiser le corps souffrant. Ces soins auront pour objectif de traiter « troubles de l'intégrité corporelle », symptômes que notre analyse nous

a amené à placer comme hypothétiquement central. Ainsi deux adages pourraient venir définir la stratégie de prise en charge : « l'union fait la force » et « panser nos plaies ».

Concernant la filière de soins, nous pourrions conseiller que celle-ci tende à viser à l'hospitalisation. En fonction de la gravité des sensations tactiles, celle-ci pourra se discuter en hôpital de jour ou en hospitalisation complète. Ainsi, lors de la première consultation en parasitologie ou en dermatologie, nous pourrions imaginer que le médecin puisse programmer une admission. Les objectifs donnés au patient pourraient être de compléter l'examen médical et de réaliser un « bilan complet ». Si l'hospitalisation pourrait servir à réaliser le bilan étiologique, les véritables ambitions seraient de pouvoir prodiguer les premiers soins et accompagner le patient dans la démarche de « se réconcilier avec son corps ». A l'issu de cette prise en charge, nous pourrions imaginer que le patient possèderait deux rendez-vous : l'un pour un contrôle dermatologique et l'autre pour un avis psychiatrique. Il serait judicieux que l'ordonnance de sortie comporte toujours des soins du corps voire une prescription d'infirmière à domicile pour continuer d'étayer le patient dans sa quotidienneté.

3. CONSEILS AU SOMATICIEN :

Pour des raisons d'application pratique, nous reprendrons schématiquement les conseils et stratégies retrouvées au sein de la littérature pour aider tout somaticien dans sa prise en charge avec un patient souffrant d'une parasitose délirante.

3.1. Approche diagnostique (43):

Symptômes faisant évoquer un délire d'infestation

↓

Parasitose vraie ?

Interrogatoire précis avec anamnèse

Examen clinique / paracliniques

Non ↓

Suspicion de parasitose délirante

Recherche de diagnostiques différentiels :

- Les paresthésies
- La dermatite artefacta
- L'excoriation psychogène
- Le prurit sénile
- La maladie de Grover
- Les prurits médicamenteux

→ l'hydroxyéthylamidon (jusqu'à 40%)
→ les médicaments cytostatiques (la bléomycine, la vincristine et le tacrolimus)
→ la clonidine
→ les corticostéroïdes
→ les oestrogènes
→ les inhibiteurs de l'ECA et les antagonistes ARAA, les inhibiteurs calciques, les antagonistes alpha1, les bêtabloquants
→ les diurétiques
→ les antibiotiques (les macrolides, les quinones, le cotrimoxazole, la pénicilline et les céphalosporines)
→ les antidiurétiques oraux
→ les statines
→ les digitaliques,

Oui ↓

Traitement recommandé adapté à l'espèce

→ l'oméprazole
→ Les anti inflammatoires non stéroïdiens
→ les opioïdes (sufentanyl)
→ Les IRS, les antidépresseurs tricycliques, la lamotrigine et les antipsychotiques conventionnels.
→ toutes les préparations à base de codéine

Absence

Délire d'infestation confirmé

Particularité de l'examen clinique du patiente atteint de délire d'infestation : Recherche d'auto-mutilations+++

Recherche d'une origine secondaire :

- Toxique (cocaine, amphétamine, cannabis, L-DOPA, Methylphénidate, Alcool)
- Atteintes cérébrales

  → troubles neurodégénératifs (Démence, Atrophie corticale ou thalamique, Maladie de parkinson, Chorée de Huntington
  → Troubles neurovasculaires (Athérosclérose,AVC, hémorragie intracérébrale ou sous aracnoidienne)
  → Tumeurs cérébrales (pituitaire, craniopharyngiome)
  → Infections (méningites, encéphalites, neurosyphilis, encéphalopathie VIH)
  → Traumatique (localisation thalamique)
  → Epilepsie post traumatique
  → Hydrocéphalie à pression constante
  → Etat confusionnel

- Conditions médicales générales

  → Infections (tuberculose)
  → Pathologies endocrinienne (diabète, hypothyroidie, panhypopituitarisme, hypoparathyroidie)
  → Pathologies hématologiques ou cancéreuses (tumeurs solides, lymphomes, leucémies, anémie)
  → Carrence vitaminiques (B1, B3, B9, B12)
  → Maladies systémiques (Lupus, maladie de Behcet)
  → Insuffisance rénale
  → Cholestase avec hyperbilirubinémie
  → Déficit sensoriels (Vue, audition)
  → Pathologies cardiovasculaires (arythmie cardiaque, HTA, cardiopathie)
  → Hypernatrémie

Bilan paraclinique de 1ere intention :

- NFS complète,
- VS/CRP
- ionogramme complet
- bilan rénal
- bilan hépatique
- bilan thyroïdien
- glycémie à jeun
- bilan urinaire : obligatoire pour la recherche de toxiques
- test de grossesse
- carence vit B12, folates, fer
- sérologie hépatite, VIH et syphilis +/- dépistage pour la Borrelia, le Treponème,
- ECG +/- troponine et ETT
- EEG
- IRM cérébrale

3.2. Stratégies de prise en charge :

En tout état de cause, la prise en charge du patient atteint de délire d'infestation est confrontée à un certain nombre de difficultés majeures liées à la spécificité de ce syndrome. Engager une prise en charge psychiatrique et un traitement psychopharmacologie constitue un véritable défi. En 1976, deux dermatologues Gould et Gragg, ont été les premiers à essayer de garder les patients en dermatologie et à suggérer des lignes directrices (115). Freudenmann et Lepping, psychiatres, y ont apporté des compléments (43). Ces « guidelines » de faible niveau de preuve peuvent guider tout clinicien au cours de sa pratique.

Synthèse des stratégies proposées par Gould et Gragg puis Freudenmann et Lepping (43,115) :

Attitude générale au cours de l'interrogatoire :

- Il faut prendre le temps de faire une bonne anamnèse.
- L'alliance thérapeutique peut commencer au cours de celle-ci en paraphrasant les symptômes : « ça vous démange », « les sensations », « le crawling », « les mouvements ».
- Il ne faut pas essayer de convaincre le patient ou de remettre en question ses croyances, une relation duelle pourrait s'exprimer.
- Il est conseillé de reconnaître la souffrance et de faire preuve d'empathie.

Conseils pour la démarche diagnostique :

- Même si un délire d'infestation est confirmé, il est conseillé de faire un examen clinique minutieux. Utiliser le dermoscope est recommandé dans la littérature.
- Il faudra effectuer les examens diagnostiques nécessaires même devant la certitude d'une conviction délirante.

Conseils pour la gestion des échantillons et l'annonce de la négativité des examens :

- Tous les "spécimens"/échantillons doivent être examinés avec attention.
- Il est recommandé d'établir des lettres types pour la délivrance des résultats. Elles doivent être courtes, factuelles et ne contenir aucune critique ou recommandations thérapeutiques.
- Les courriers à destination des autres médecins ne doivent pas laisser de place à une mauvaise interprétation (2).

- En ce qui concerne l'instauration d'un traitement antiparasitaire ou anti infectieux en l'absence d'une réelle infection, les réponses divergent selon les auteurs. Freudenman, et Lepping pensent qu'il faut s'en abstenir, expliquant que cela contribue à renforcer le délire.

Conseils pour l'annonce diagnostique :

- Il est recommandé de ne pas utiliser des mots comme « délire », « psychotique », « psychologique », « psychiatrique », etc...
- Il est proposé d'utiliser le nom de « dermopathie inexpliquée » ou de « syndrome d'Ekbom » si les patients demandent le nom du diagnostic.
- Il est conseillé d'indiquer que l'on est familier avec le problème et que l'on a été capable d'aider les autres patients, pas instantanément, mais après un certain temps.
- Il est possible de répondre que l'on n'a pas trouvé d'agents pathogènes jusqu'ici, mais que l'on comprend que le patient souffre réellement de ses perceptions.

Conseils pour les explications physiologiques :

- Il est admis d'indiquer que ces sensations peuvent être favorisées par une hyperactivité du système nerveux en rapport avec des processus neuro-adaptatifs.
- Si nécessaire, il est possible d'utiliser des analogies avec d'autres troubles (douloureux) chez des personnes en bonne santé, chez qui ces phénomènes peuvent être présents de façon transitoire.
- Pour la maladie des Morgellons, il a été recommandé d'utiliser le modèle de terminaisons nerveuses de la peau. L'explication peut s'atteler à verbaliser leur formation en un « réseau de fibres nerveuses », devenu « hypersensible », envoyant des signaux anormaux dans le cerveau (allusion habile aux prétendues « fibres ») (38). Ainsi, les antipsychotiques sont introduits car nécessaire pour traiter ces altérations sensorielles (comme un « filtre »).

Conseils pour la prise en charge thérapeutique :

- Le traitement local dermatologique est fondamental. Il lutte contre le dessèchement cutané avec des crèmes hydratantes. Il comprend le traitement des auto-thérapies (assimilées à des automutilations). Ces plaies cutanées peuvent se surinfecter. On utilisera par exemple un antiseptique et une pommade antibactérienne. L'utilisation

de pansements légers transitoires dans certains cas pour limiter les manipulations des patients ou l'utilisation d'antihistaminiques non sédatifs contre le prurit.

- Il est conseillé de ne pas utiliser des phrases telles que « se calmer, être heureux, ce n'est pas contagieux, c'est seulement psychogène », etc….
- De même, la prescription d'antibiotiques ou tout autre anti-infectieux sans une infection réelle n'est pas préconisée (cela renforce le délire).

Conseils pour argumenter la consultation psychiatrie :

- Il n'est pas conseillé d'essayer d'orienter immédiatement en psychiatrie ou de mettre en place un traitement psychopharmacologique trop tôt.
- Lorsque cela semble possible, la consultation peut être envisagée en insistant sur le retentissement et les objectifs d'une telle prise en charge : diminuer l'anxiété, prendre en charge des idées suicidaires si elles existent et améliorer la qualité de vie.

Conseils pour argumenter le traitement :

- Lorsqu'une relation de confiance a été établie avec le patient, il est possible d'introduire l'idée que l'utilisation de « neuroleptiques » semble prometteuse et raisonnable, et qu'elle est généralement utile après quelques semaines comme cela est suggéré par la recherche actuelle (le terme plus ancien de neuroleptique peut-être ici mieux ressenti que « antipsychotiques »).
- Il est recommandé de présenter les antipsychotiques comme efficaces contre la détresse, l'anxiété du patient devant ses démangeaisons (grâce aux composants antihistaminiques de nombreux antipsychotiques).
- Il est nécessaire d'informer que le traitement médicamenteux choisi n'est pas indiqué pour une schizophrénie, mais que les antipsychotiques sont aussi utilisés pour de nombreuses indications (faire la comparaison avec les douleurs neuropathiques dans lesquelles on peut être amené à prescrire des psychotropes, de type antidépresseur tricycliques).

Conseils pour le suivi :

- Des visites de suivi toutes les 2 semaines pendant 2 mois ont été proposées (116).
- Une consultation psychiatrique est introduite seulement après cette période (pour analyse précise, recherche, des comorbidités, de la toxicomanie et adaptation thérapeutique) (117).

4. CONSEILS AU PSYCHIATRE :

4.1. Approche diagnostique (43) :

Eliminer les diagnostiques différentiels

- Phobies
- Troubles obsessionnels compulsifs
- Troubles somatoformes dont hypocondrie
- Pathomimies
- Trichotillomanie

→ Prise en charge spécifique

NON ↓

Intégration du syndrome d'Ekbom au sein d'un trouble psychiatrique caractérisé

NON ↓

Forme primaire ou forme induite

OUI ↓

- Schizophrénie
- Trouble de l'humeur (dépression mélancolie)
- Psychose hallucinatoire chronique
- …

4.2. Stratégies de prise en charge :

Le diagnostic de délire d'infestation est souvent déjà posé par les confrères qui nous ont adressé le patient, ou se pose très rapidement en début d'entretien au vu des caractéristiques de l'anamnèse, des incohérences du discours et de la relation duelle. Bien vite, le psychiatre peut se sentir submerger par un échange qui lui échappe et dont le patient semble vouloir l'amener vers une issue spécifique.

Si suivre la conduite thérapeutique dictée par le patient n'est pas de choix, il est difficile de s'appuyer sur une conduite thérapeutique définie dans la mesure où il n'en existe encore aucune. L'inconstance du registre nosographique des délires d'infestation ne nous permet pas d'orienter notre premier entretien vers une thérapeutique indiquée. Le temps sera nécessaire. La première consultation comporte un enjeux relationnel indéniable et s'y lancer sans repères nous laisse le souvenir amer d'une frustration commune.

4.2.1. La première consultation :

Qu'avons-nous compris de la disposition de la personne qui vient nous consulter ? Il souffre de démangeaisons, de sensations de grouillement et de piqûres. Nous avons émis l'hypothèse qu'il s'agit d'un sujet dont le corps a perdu de sa familiarité. Mais pas seulement. Il serait l'objet d'une transformation corporelle, une sorte de métamorphose, une sensation de dédoublement du corps dont une partie se serait automatisée. Après avoir tenté jour et nuit de comprendre le sens de ce trouble aussi inconnu qu'énigmatique, il lui semble enfin avoir saisi la logique et avoir décrypté l'énigme : il serait atteint de parasitisme.

Dans le cas du délire d'infestation, la règle est au nomadisme médical. La résistance à la « psychiatrisation » de leurs symptômes les entrainent dans une spirale de surconsommation de soins somatiques et de successions de premières consultations. L'incompréhension et la frustration occasionnées sont à l'origine d'une profonde détresse.

À la lumière des éléments dépressifs, il nous est possible de comprendre que le sujet qui vit l'expérience du délire d'infestation existe tel un « martyr » des temps modernes. Il est le seul témoin, il porte son fardeau, il donne à voir son délire, sa construction impénétrable qui referme ses relations sociales. Il souffre seul pour lui, lui témoigne de sa foi inébranlable et ne reçoit aucune aide. À la lumière des traits paranoïaques, le sujet qui vit l'expérience du délire d'infestation semble le « prisonnier », ou plutôt l'otage, privé de liberté, victime, retenu et surveillé. À la lumière de la composante obsessionnelle, le sujet qui vit l'expérience du délire d'infestation prend aussi l'apparence d'un « savant fou », celui qui s'acharne à apporter la preuve de sa théorie pour faire progresser la connaissance par le biais de ses observations, ses expériences, ses raisonnements et ses calculs. Enfin, à la lumière de la pathomimie, il est aussi l'« avocat du diable », celui qui défend une position en laquelle il ne croit pas, joue un rôle, dramatise et se met en scène.

Martyr, prisonnier, savant fou ou avocat du diable, tant de personnages voués à porter leur fardeau, à purger leur peine, à mener à bien leurs expériences, ou à faire leur plaidoirie dans la plus grande solitude.

Y faire émerger une véritable relation thérapeutique, accompagner le patient dans une prise en charge et le sortir de l'isolement dans lequel il se trouve, voilà un premier enjeu. Il s'agira dans un premier temps de modifier la temporalité dans laquelle il s'est inscrit. La où le patient souhaite une réponse immédiate, nous devrons l'inscrire dans un suivi plus pérenne. Si l'abord est complexe, la situation fréquente et successive est autant de possibilités d'ancrage qu'il nous faut apprendre à saisir. Quand le clinicien aura senti cette dramaturgie, cette difficulté à jongler avec les rôles sociaux, cela semble pouvoir nous guider vers une attitude que nous connaissons bien. Avoir saisi la teneur délirante nous aide sur le positionnement à adopter et la conduite de l'entretien. Tatossian nous apprend que le patient s'attèle à thématiser son délire *« comme est donné à l'écolier un devoir, au peintre son sujet, au penseur un problème »*. Ce repère peut nous aider à concevoir notre rencontre comme le lieu de restitution de la thématique délirante par le patient qu'il ne s'agit en aucun cas de remettre en question, mais plutôt d'en comprendre la construction et son organisation, et d'en assurer la supervision.

La plus grande difficulté de cette consultation sera de pouvoir créer un climat de confiance nécessaire pour poser les bases d'une relation thérapeutique. Adopter une attitude neutre et bienveillante est encore plus important avec cette population de patient qui sera très sensible à l'attitude du clinicien à leur égard. Mais il s'agira de garder en tête le processus d'idéalisation qui tendra à caractériser la relation médecin-malade. Ainsi, le dosage de la bonne distance relationnelle qui ne devra être ni trop proche, ni trop froide est absolument nécessaire. Celle-ci tentera d'être contrôlée en gardant en tête que l'alliance est fragile et n'est jamais acquise.

Pour favoriser une stabilité relationnelle, il est utile de savoir se désengager de toute attente que le patient pourrait formuler à l'égard du psychiatre et susceptible de rompre la prise en charge. Se retirer du paradoxe de la demande d'investigation médicale et de réponse par un diagnostic serait un bon début. Du fait que l'investigation clinique se heurte à la focalisation sur l'infestation et de l'effet de « halo » qui en résulte, il importe ainsi de trouver un autre registre de communication. Par exemple, il peut être important que le psychiatre se reconnaisse incompétent en matière de médecine somatique pour être situé comme tiers entre le malade et

le médecin, faisant que sa position et le cadre proposé de la prise en charge soient clairement définis. Il pourra même formuler la situation complexe dans laquelle le patient se trouve, à savoir la présence d'une infestation que la médecine ne sait comprendre et qui l'enferme dans une série de rencontres infructueuses. Nous proposons ce positionnement car il a porté ses fruits dans la prise en charge psychothérapeutique de l'hypochondrie (118), pathologie au cours de laquelle les enjeux relationnels sont assez similaires.

Après avoir trouvé la bonne distance, il sera important de s'intéresser à la construction délirante et de tenter de la comprendre. A ce sujet, la proposition d'Esquirol de se positionner en tant que « secrétaire du délire » est une vision tout à fait adaptée. L'image est bonne et nous fait comprendre qu'il ne s'agit ni d'acquiescer ni de contrer, mais de trier, d'organiser et de saisir la logique interne. Cette étape est primordiale, et la compréhension du délire devra perdurer tant que le patient souhaitera verbaliser sur le sujet. Ainsi le fond du premier entretien ne cherchera souvent qu'à comprendre le délire en lui-même. Questionner le patient sur ses sensations semble légitime et l'inciter à les décrire en détails pourra poser le socle de l'alliance thérapeutique.

À l'issu de la première consultation, l'observation clinique pourrait renseigner les données suivantes :

Présentation : en générale sans particularité, présence d'un accessoire ?

Contact : Bon pour les actes usuels. Rapidement retenu et méfiant avec susceptibilité à la contradiction.

Histoire de la maladie :

- Trame narrative :

  Plaintes corporelles : sensation de piqure, de démangeaison, de grouillement, de déplacement etc….

  Construction délirante : thématisation faite de recoupements rendant la temporalité homogène. Mise en évidence d'un évènement désigné comme la contamination présumée.

- Comportement anamnestique : Nomadisme médical, multiplication des avis et des examens complémentaires malgré la négativité des examens réalisés.

Discours :

- Forme : élation à l'évocation du délire
- Fond : délire d'infestation
    - Durée chronique
    - début difficile à caractériser. Probablement brutal
    - Theme : monothématique à type d'infestation par un agent pathogène
    - Mecanisme : intuitif, interprétatif, illusion et hallucinatoire cénesthésiques (démangeaisons, piqûres, fourmillements) et visuelles.
    - Systematisation : logique interne de type folie raisonnante. Extension probablement secteur puis réseau puis perte de la systématisation.
    - Evolution possible : risque d'enkystement
    - Adhesion : totale
    - Participation affective : intense et congruente

Perceptions corporelles :

- Trouble de l'intégrité corporelle :
    - Perte de la familiarité du corps, sensation d'étrangeté corporelle
    - Perte de l'unité corporelle, sensation de dédoublement, de métamorphose, de transformation automatique du corps.
- Dysmorphies corporelles : trouble de l'image corporelle avec modification de l'aspect du corps.
- Déplacement anarchique du système pileux.

Impact comportementale de la thématique délirante :

- En entretien :
    - Tentative de convaincre son interlocuteur
    - Apport de preuves : spécimen (signe de la boite d'allumette) photographies, films.
- Retentissement au quotidien :
    - Observation du comportement du parasite
    - Expérimentations
    - Auto-thérapies (automutilations +++)
    - Appauvrissement de l'environnement socio-familial

Elargir la fin de l'entretien sur l'impact comportemental et le retentissement au quotidien peut amener le patient à commencer à élaborer sur son vécu personnel et l'inciter à identifier le thérapeute comme personne ressource soucieuse de son bien-être et de sa quotidienneté. Il sera ainsi important pour le thérapeute de se fixer des objectifs réalisables comme la réduction de la détresse, de l'anxiété et des sensations tactiles. S'inquiéter des lésions cutanées, et conseiller au patient de continuer à consulter le médecin qui l'a adressé peuvent aussi se révéler efficace pour éviter le clivage, maintenir le lien et la multidisciplinarité. Amélioré la qualité de vie globale, faire économiser au patient du temps et de l'argent peuvent-être des propositions concrètes pouvant l'inciter à s'investir dans une prise en charge psychothérapeutique.

4.2.2. Le suivi au long cours :

4.2.2.1. La psychothérapie :

Au cours du suivi, la collecte des éléments biographiques sera prudente et maitrisée. Les traumatismes infantiles existent et notamment les traumatismes sexuels. La contenance de la relation, tout en sachant garder une distance relationnelle, se doit d'être trouvée pour que ces échanges restent adaptés et bienveillants. Ainsi le clinicien pourra s'atteler à reconstituer l'histoire personnelle, questionner sur des traits de caractères, sur la dynamique familiale et les relations interpersonnelles.

La collecte des éléments biographiques peut-être perçue comme peu pertinente pour certains patients dont l'interrogatoire pourra leur sembler intrusif ou inutile. La règle se doit d'être à la précaution. Dans d'autres cas, l'utilité du recueil de l'histoire de vie n'est pas toujours évidente et nous prendrons pour exemple le cas du patient n°2. Au cours de sa prise en charge, le premier entretien n'a pu être centré que sur la parasitose délirante. La deuxième consultation a pu aborder l'histoire de vie en contextualisant nos questions sur des éléments concrets : quel bus prend -t-il pour venir en consultation ? Depuis quand habite-t-il dans la région ? etc… nous ayant permis de remonter loin dans la biographie et de récolter l'histoire de vie. Par la suite, le patient a pris l'habitude d'exposer ses théories et de parler de ses symptômes. A ce jour, il est de plus en plus possible d'aborder la quotidienneté en entretien.

Les similitudes cliniques comme biographiques retrouvées au cours de notre analyse pourraient nous amener à proposer la trame ci-dessous.

OBSERVATION CLINIQUE TYPE :

- INTERROGATOIRE :

Terrain :

Adulte > 30 ans ?

Traumatismes infantiles (séparation précoce, traumatismes sexuels, carences affectives)

Tempérament ombrageux avec traits sensitifs pouvant s'intégrer dans le cadre d'un fonctionnement obsessionnel, ou émotionnel (borderline ou histrionique) ?

Recherche d'éléments culturels (résidence ou voyages en pays tropical).

Antécédents :

- Psychiatriques :
  - Pauvre en règle générale.
  - Eventuellement présence d'antécédent psychiatrique sur le mode du passage à l'acte (tentative de suicide notamment) ?
  - Automutilations ?
  - Troubles du comportement alimentaire (TCA) ?
- Médicaux +++ :
  - Modifications pondérales ?
  - Recherche d'un antécédent médical récent tel une maladie grave ou un cancer avec vécu de honte ou d'indignité ?
  - Infestation parasitaire documentée ?
- Chirurgicaux :
  - Opérations chirurgicales ou atteinte de l'intégrité corporelle ?
- Addictions : consommation de toxiques ?
- Juridiques : peut renseigner sur le degré de quérulence et les antécédents de passage à l'acte
- Familiaux :
  - Antécédent de maladie grave dans le cercle familial (parents +++) au cours de l'enfance ?

- Pathologies psychiatriques, dont celles présentant un trouble de la corporéité (TCA, troubles somatoformes) ?
- Antécédent d'infestation parasitaire chez un proche ?

Loisir : recherche de loisirs centrés sur l'image corporelle et/ou la performance : activités sportives.

Histoire de la maladie :

• Trame narrative :

Plaintes corporelles : sensation de piqure, de démangeaison, de grouillement, de déplacement etc….

Construction délirante : thématisation faite de recoupements rendant la temporalité homogène. Mise en évidence d'un évènement désigné comme la contamination présumée ?

• Comportement anamnestique :

Nomadisme médical, multiplication des avis et des examens complémentaires malgré la négativité des examens réalisés.

- EXAMEN PSYCHIATRIQUE :

Présentation : en général sans particularité, présence d'un accessoire ?

Contact : Bon pour les actes usuels. Rapidement retenu et méfiant avec susceptibilité à la contradiction.

Discours :

- Forme : élation à l'évocation du délire
- Fond : délire d'infestation
  - Durée chronique
  - Début difficile à caractériser. Probablement brutal
  - Thème : monothématique à type d'infestation par un agent pathogène. Suggestibilité de la thématique.
  - Mécanisme : intuitif, interprétatif, illusion et hallucinatoire cénesthésiques (démangeaisons, piqûres, fourmillements) et visuelles.

- Systématisation : logique interne de type folie raisonnante. Extension probablement secteur puis réseau puis perte de la systématisation.
- Evolution possible : risque d'enkystement
- Adhésion : totale
- Participation affective : intense et congruente

Perceptions corporelles :

- Trouble de l'intégrité corporelle :
  - Perte de la familiarité du corps, sensation d'étrangeté corporelle ?
  - Perte de l'unité corporelle, sensation de dédoublement, de métamorphose, de transformation automatique du corps ?
- Dysmorphies corporelles : trouble de l'image corporelle avec modification de l'aspect du corps ?
- Déplacement anarchique du système pileux ?

Humeur et affectivité :

- Irritabilité et labilité émotionnelle ?
- Intérêt unique autour de la thématique délirante et désintérêt pour les loisirs habituels ?
- Psycho-moteur : Asthénie
- Hyperthymie affective et l'hyperesthésie ?
- Amaigrissement par perte d'appétit, troubles de la concentration et troubles du sommeil ?
- Sentiment d'être moins performant, altération de l'estime de soi ?
- Sentiment d'incurabilité et de péjoration de l'avenir ?
- Idées suicidaires plus ou moins présentes ?

Cognitions : préservées ou non ?

Impact comportemental de la thématique délirante :

- En entretien :
  - Tentative de convaincre son interlocuteur
  - Apport de preuves : spécimen (signe de la boite d'allumette) photographies, films

- Retentissement au quotidien :
    - Observation du comportement du parasite
    - Expérimentations
    - Auto-thérapies (automutilations)
    - Appauvrissement de l'environnement socio-familial

Degré de détresse psychique :

- Instabilité globale, nervosité.
- Estimation du sentiment de contrôle +/- grand vis-à-vis de l'infestation
- ATCDs ou idées de passages à l'acte :
    - Intentionnalité hétéro-agressive, pour lutter contre le parasite, mais dangerosité +++.
    - Intentionalité suicidaire par épuisement et idées d'incurabilité.

Au cours du suivi, si l'on semble trop s'éterniser au sujet de l'histoire personnelle ou de la quotidienneté n'ayant pas trait à la parasitose, nos sujets ne manqueront pas de réorienter l'entretien. Ainsi notre scientifique a pu nous aviser d'un « *mais revenons à nos moutons* ». Il est important de garder en tête que ces échanges ne sont pas évidents pour le patient. Ce constat nous a fait suspecter la présence d'un fonctionnement opératoire qui viendra mettre en péril la pérennité de la psychothérapie.

Toutes les recherches suggèrent la difficulté du changement pour ce mode d'organisation de la pensée. Celle-ci est prise dans le fonctionnel et l'évènementiel, elle colle à la matérialité des faits. Les patients viendront déposer les faits, leurs sensations et leurs constatations. Mais lorsque les symptômes s'amenderont, l'insuffisance ou l'absence d'élaboration psychique risquera véritablement de mettre un terme à la psychothérapie.

Ainsi, pour ne pas les perdre de vu à un moment trop précoce, peut-être serait-il plus pertinent de chercher à maximiser les étayages et les aménagements à apporter à la réalité externe. Nos sujets pourraient concevoir que « mieux vaut panser ses plaies que penser ». A ce sujet, un bon moyen d'argumenter la nécessité du maintien des consultations serait l'exigence de prescription qu'un traitement médicamenteux pourrait engendrer, encore faut-il que sa prescription soit indiquée et acceptée par le sujet.

4.2.2.2. Le traitement médicamenteux :

Nous tenterons ici de mettre du sens sur certaines stratégies. Parce que l'attitude thérapeutique succède à l'orientation diagnostique, nous sommes ici bien inquiétés de la conduite à tenir au vu de l'inconstance de la nosographie. Mais les délires d'infestations parasitaires ne seront pas les premières entités psychiatriques pour lesquels l'attitude thérapeutique pourra être guidée par un raisonnement dimensionnel. Ainsi la composante anxieuse, dépressive ou encore corporelle délirante pourra conduire à une prescription médicamenteuse « syndromique ».

La littérature conseille malgré tout de toujours utiliser un antipsychotique (43,48,119,120). Nous détaillerons ci-dessous les antipsychotiques de seconde génération. Il nous semble un traitement de choix du fait de leurs effets thymorégulateurs et des effets secondaires atténués par rapports aux antipsychotiques typiques ou aux neuroleptiques.

Molécule	**Instauration**	**Posologie visée**	**Remarque**
Rispéridone (Risperdal ®)	0,5 mg le soir	1 à 3 mg par jour	Augmentation de la dose de 0,5 mg toutes les 2-4 semaines
Olanzapine (Zyprexa ®)	2,5 mg par jour	5-10 mg par jour	Surveillance des effet métaboliques
Quétiapine (Xeroquel ®)	12,5 mg le soir	200 mg chaque soir	Effet sédatif qui s'estompe en 3 à 7 jours. surveiller la survenue d'une hypoTA orthostatique.
Aripiprazole (Abilify ®)	2-5 mg par jour	10-15 mg par jour	Prise au cours de la matinée en lien avec ses effets stimulants

Concernant les antidépresseurs ou les thymorégulateurs, la littérature proposent de les utiliser en cas de diagnostic d'épisode dépressif caractérisé associé (43) ou de trouble du spectre de la bipolarité. Notre analyse nous a sensibilisés à la fréquence importante d'un épisode dépressif au sein de notre population, voire qu'il soit toujours présent, mais parfois masqué. Leur utilisation est celle du cadre usuel de prescription.

4.3. Réflexion autour de l’urgence, des considérations juridiques et légales :

Compte tenu de la présence franche d'un trouble délirant et de l'importance de la détresse subjective plutôt améliorée par les antipsychotiques, il semblerait légitime de nous questionner sur les situations où le patient devrait être obligé d'accepter un traitement psychiatrique.

En France, une hospitalisation sous contrainte n’est possible que si un danger pour la vie du patient ou d'un tiers est imminent. À la lumière de notre analyse, un risque de passage à l’acte auto-agressif au cours d’une crise suicidaire pourrait être un motif. De même, lors de notre expérience, nous avions rencontré le cas d’une patiente hospitalisée sous contrainte car le retentissement de sa maladie commençait à avoir des conséquences pour autrui. En effet, croyant son fils de 14 ans contaminé par son parasite, elle l’avait déscolarisé pour le bien de ses camarades de classe. En d’autres termes, il semble légitimement indiqué d’obliger les soins d’un patient atteint de délire d’infestation parasitaire dans certaines situations.

Mais la difficulté d’hospitaliser sous contrainte semble la même que celle présente dans d'autres formes de troubles délirants monothématiques. Par exemple, lorsqu’un trouble atteint un patient de constitution paranoïaque, comme cela est souvent le cas dans notre population, les soins psychiatriques à la demande d’un tiers ne sont pas adaptés de peur que le tiers ne devienne persécuteur. De plus, nous rappellerons que trouver un tiers n’est pas toujours chose facile au vu de l’isolement social, et que, lorsque ces derniers sont présents, ils ne sont pas toujours en faveur de telles démarches. Les troubles mentaux ne compromettent pas la sureté des personnes et ne portent pas atteinte à l’ordre publique, nécessitant une mesure de soin psychiatrique à la demande du représentant de l’état.

5. CONCLUSION SUR LA PRISE EN CHARGE :

Au cours de notre discussion, nous avions émis l'hypothèse que les patients atteints de délires d'infestation parasitaire présentaient un « trouble de l'intégrité corporelle ». Ce symptôme pouvait se décrire comme une perte de la familiarité du corps marquée par une sensation de cloisonnement, de compartimentation.

A la lumière de notre observation, il nous semble que l'apaisement de ce corps en souffrance pourrait s'envisager par le fait de contacter une « sensorialité corporelle » qui passerait par l'éprouvé du vécu d'un « corps-à-corps ». Les soins cutanés pourraient ainsi permettre l'émergence de la dimension du réel dans cette expérimentation d'un vécu passant directement par le corps. Ils seraient tant de moment pour « retrouver les limites de son corps » et ressaisir « l'unité corporelle ». Mais pas seulement. L'anamnèse nous a amené à soulever la question d'une situation traumatique antérieure, une maladie somatique grave au cours de laquelle la prise en charge active sur le corps (actes, opérations etc…) a engendré un vécu qui s'est associé à un sentiment de honte et d'indignité. Ce corps, que nos sujets perçoivent tel un objet mis à distance, pourrait être assimilé à un médiateur dans la relation à l'autre. Avoir conscience qu'il existe un enjeu proche de celui d'une médiation thérapeutique au cours des prises en charge nous aide à comprendre la dimension essentielle de l'attitude du soignant qui les effectue. Ainsi, si l'intrusion ou la maladresse peuvent avoir déclencher des projections négatives, la bienveillance aiderait le patient à « se réconcilier avec son corps ».

Dans cette vision, une hospitalisation, même très courte en hôpital de jour, nous semble une prise en charge idéale pour engager le soin et entrer dans la multidisciplinarité. La force de l'institution permettrait de lutter contre les procédés d'idéalisation et de clivage en diffusant le transfert. Les objectifs seraient de prodiguer les premiers soins corporels avec tact et d'introduire le psychiatre comme un protagoniste inhérent à la prise en charge. Pour ce dernier, il est important qu'il puisse être situé comme tiers entre le malade et le médecin, faisant que sa position et le cadre proposé l'extirpe des demandes d'investigation. Il devra garder en mémoire que les difficultés dues à la présence d'un fonctionnement opératoire peuvent mettre en péril la psychothérapie. Peut-être serait-il plus pertinent au départ de chercher à maximiser les étayages et les aménagements à apporter à la réalité externe, plutôt que de solliciter l'introspection, exercice complexe et peu applicable à nos patients.

C O N C L U S I O N :

Face aux difficultés rencontrées dans la prise en charge des patients atteints de délire d'infestation parasitaire en général et au sein même de notre CHU, il nous a semblé pertinent de réfléchir aux stratégies qui pourraient en permettre l'amélioration.

Nous avons pris le parti d'un travail centré sur l'étude de cas. Ainsi nous avons rencontré une dizaine de patients recrutés au sein des départements de dermatologie et de parasitologie sur un an. Nous avons choisi d'illustrer notre ouvrage par la description détaillée de quatre vignettes dont le matériel récolté permettait d'appuyer la discussion.

Notre analyse nous a permis de concevoir le délire d'infestation parasitaire comme une entité à la frontière des troubles délirants, de l'anorexie mentale et de la pathomimie. L'anamnèse mettait en évidence la présence d'une maladie somatique grave avec vécu de honte et d'indignité, antérieure à l'apparition du trouble. La parasitose délirante pourrait s'exprimer lors de la rencontre entre cette situation traumatique, un sujet vulnérable sur le plan identitaire et une expérience personnelle ou culturelle avec le parasite. Cette maladie psycho-socio-culturelle se caractériserait cliniquement par la présence d'un noyau symptomatique commun comprenant des « troubles de l'intégrité corporelle » que la thématique parasitaire chercherait à venir expliquer.

Emettre cette hypothèse a ouvert des pistes pour guider notre prise en charge. Ainsi nous proposons d'accorder une importance toute particulière aux soins cutanés qui nous semblent autant de moments de « corps à corps » qui auraient pour vocation d'apaiser une peau irritée, de prendre soin d'une chair abîmée. Alors que la dernière expérience corporelle était traumatique, l'objectif de cette prise en charge viserait à se réapproprier et à se réconcilier avec son corps. Une hospitalisation durant laquelle les soins locaux pourraient être prodigués nous semble la prise en charge initiale idéale. La force de l'institution permettrait de lutter contre les procédés d'idéalisation et de clivage en diffusant le transfert et d'introduire le psychiatre comme un protagoniste inhérent à la prise en charge.

Ces observations bien qu'hypothétiques ouvrent une voie vers la possibilité d'amorcer la multidisciplinarité. Elles proposent une place à chaque intervenant tout en conservant une portée synergique.

P E R S P E C T I V E S :

Nous avions émis l'hypothèse que le médecin se trouvait tel pris au travers d'une quête diagnostique qui nous enfermerait dans le signe de « la boîte nosographique », révélatrice d'une inconstance classificatoire (66). A la lumière de l'atmosphère inauthentique qui se dégage de la compréhension de la parasitose délirante, nous proposerons d'envisager, avec la plus grande bienveillance, ce syndrome en tant qu'il n'est, non pas révélateur de l'inconstance, mais de l'inconsistance de nos patients. Inconsistance nosographique, mais aussi inconsistance de l'échange, de la relation, des affects, des comportements et de la thématique délirante.

Ce trait illustre l'évolution du polymorphisme de la maladie retrouvée au cours des descriptions cliniques historiques et actuelles. Il a fallu attendre plusieurs dizaines d'années après l'invention du microscope pour pouvoir retrouver des descriptions de délires d'infestation. Au XIXème siècle et début du XXème, les patients se croyaient être infestés par la gale, le typhus, ou la peste. Ces agents ont progressivement évolué et la thématique parasitaire a fini par apparaitre. On constate l'apparition de nouveaux agents pathogènes présumés ces dernières années, tels que des « stealth-adapted virus » des « pigments d'énergie cellulaire » (121) des « parasites chimiques » ou encore d'autres « fibres » ou « poils ». Ces deux derniers sont rapportés au phénomène connu sous le nom de « syndrome des Morgellons ».

Ainsi la thématique délirante est massivement influencée par l'époque, l'avancée des connaissances scientifiques, les médias, la littérature moderne, les films, internet etc… Cette caractéristique semble être la conséquence de toute la suggestibilité dont font preuve nos patients. Nous devons ainsi rester très attentifs à l'évolution de la thématique qui continuera vraisemblablement de se modifier parallèlement aux progressions scientifiques et aux conceptions qui naitront dans les années à venir.

Rapportée aux symptômes somatiques, cette atmosphère d'inconsistance, d'inauthenticité et de suggestibilité nous amène enfin à nous accoler à la grande oubliée des nosographies psychiatriques : l'hystérie. L'aspect « psychotique » du délire d'infestation parasitaire pourrait soulever la question de ces tableaux cliniques désignés par le terme de « psychoses hystériques » qui posent le problème du différentiel avec la schizophrénie, mais aussi celui du risque de considérer hâtivement comme schizophrène un hystérique.

A distance de notre travail, il nous semble pouvoir suspecter l'existence d'une confusion au sein de la littérature. Celle-ci concerne le domaine des délires d'infestations dits « secondaires ». Sont regroupés dans cette catégorie les délires de parasitoses qui se développent au cours des troubles dont l'expression clinique comprend un délire (affections neurologiques, démences, encéphalopathies etc…) et d'autres maladies somatiques. Faut-il concevoir qu'une tumeur cérébrale puisse être à l'origine d'une parasitose délirante au même titre qu'une insuffisance rénale terminale au cours de laquelle le patient est traité par dialyse ? Autrement dit, pourrait-on regrouper dans la case des « délires d'infestations secondaires » ceux retrouvé au cours de l'évolution d'une cause sous-jacente dont l'expression clinique englobe classiquement un délire, avec ceux retrouvés au cours d'une maladie somatique grave, antérieure à l'infestation, vécue avec honte et indignité Le bon sens voudrait nous inciter à dire que non, les mécanismes physiologiques et psychopathologiques n'étant fondamentalement pas les mêmes. Nous arrivons finalement à nous poser la question suivante : faut-il vraiment diviser les délires d'infestations parasitaires en « primaires » et en « secondaires » ?

C'est sur cette conclusion que des perspectives de recherche semblent s'ouvrir. La compréhension du mécanisme de la parasitose délirante pourrait venir s'accoler aux recherches neurobiologiques incriminant le stress engendré par une situation traumatique dans l'apparition des processus délirants. Cette réflexion peut embrasser le champ de l'épigénétique, ce nouveau concept qui suggère l'existence d'une régulation des gènes par des mécanismes moléculaires (méthylation de l'ADN, modification des histones, et dérégulation de microARN) en réponse à des stimuli environnementaux (122). Sur le plan psychopathologique, la question du corps nous inviterait à poursuivre nos recherches dans le cheminement de la pensée psychosomatique.

B I B L I O G R A P H I E :

1. THIBIERGE G.
Les acarophobes.
Rev Gen CLIN Ther 32 :373-376. 1894 ;32 :373-376

2. PERRIN L.
Des névrodermies parasitophobiques.
Ann Dermatol Syphiligr. 1896;(7):129_138.

3. MAGNAN V, SAURY M.
Trois cas de cocaïnisme chronique.
CR Seances Soc Biol. 1889;60-63

4. MACNAMARA ED.
Cutaneous ans visual hallucinations.
1928.

5. EKBOM KA.
The pre-senile delusion of infestation.
Hist Psychiatry. juin 2003;14(54 Pt 2):229-56.

6. PETHÖ B, SZILAGYI A.
Nosological situation of the Ekbom syndrome. Further development of the symptomatology of organic psychoses.
Psychiatr Clin (Basel). 1970;3(5):296-319.

7. TULLETT GL.
Delusions of parasitosis.
Br J Dermatol. sept 1965;77(8):448-55.

8. HOPKINSON G.
The psychiatric syndrome of infestation.
Psychiatr Clin (Basel). 1973;6(6):330-45.

9. MUNRO A.
Monosymptomatic hypochondriacal psychosis manifesting as delusions of parasitosis.
A description of four cases successfuly treated with pimozide.
Arch Dermatol. juin 1978;114(6):940-3.

10. MUNRO A.
Monosymptomatic hypochondriacal psychosis.
Br J Psychiatry Suppl. juill 1988; (2):37-40.

11. PODOLL K, BOFINGER F, VON DER STEIN B, STUHLMANN W ET AL.
Delusions of intestinal parasitosis in a female patient with endogenous depression.
Fortschr Neurol Psychiatr. févr 1993;61(2):62-6.

12. DELACERDA A, REICHENBERG JS, MAGID M.
Successful treatment of patients previously labeled as having « delusions of parasitosis » with antidepressant therapy.
J Drugs Dermatol JDD. déc 2012;11(12):1506-7.

13. WILSON JW, MILLER HE.
Delusion of parasitosis (acarophobia).
Arch Dermatol Syphilol. juill 1946;54:39-56.

14. NAKAMURA M, KOO J.
Drug-Induced Tactile Hallucinations Beyond Recreational Drugs.
Am J Clin Dermatol. déc 2016;17(6):643-52.

15. BREWER JD, MEVES A, BOSTWICK JM, HAMACHER KL, PITTELKOW MR.
Cocaine abuse : dermatologic manifestations and therapeutic approaches.
J Am Acad Dermatol. sept 2008;59(3):483-7.

16. MARNEROS A, DEISTER A, ROHDE A.
Delusional parasitosis. A comparative study to late-onset schizophrenia and organic mental disorders due to cerebral arteriosclerosis.
Psychopathology. 1988;21(6):267-74.

17. MILIA A, MASCIA MG, PILIA G, PARIBELLO A, MURGIA D, COCCO E, ET AL.
Efficacy and safety of quetiapine treatment for delusional parasitosis: experience in an elderly patient.
Clin Neuropharmacol. oct 2008;31(5):310-2.

18. RÄSÄNEN P, ERKONEN K, ISAKSSON U, KOHO P, VARIS R, ET AL.
Delusional parasitosis in the elderly: a review and report of six cases
Northern Finland. Int Psychogeriatr. déc 1997;9(4):459-64.

19. FLYNN FG, CUMMINGS JL, SCHEIBEL J, WIRSHING W.
Monosymptomatic delusions of parasitosis associated with ischemic cerebrovascular disease.
J Geriatr Psychiatry Neurol. sept 1989;2(3):134-9.

20. PIAS-PELETEIRO JM, ALDREY JM, FERNANDEZ-PAJARIN G, ET AL.
Delusional parasitosis associated to mild cognitive impairment of vascular causation. Good response to low doses of quetiapine.
Rev Neurol. 1 oct 2015;61(7):334-5.

21. ALVES CJM, MARTELLI ACC, FOGAGNOLO L, NASSIF PW.
Secondary Ekbom syndrome to organic disorder: report of three cases. 4
An Bras Dermatol. août 2010;85(4):541-4.

22. OMRI S, DAMAK R, BEN BRAHIM H, MECHRI A.
Delusional parasitosis or Ekbom Syndrome in an elderly hemodialysis patient.
Tunis Med. juill 2015;93(7):484-5.

23. TRIGKA K, DOUSDAMPANIS P, FOURTOUNAS C.
Delusional parasitosis: a rare cause of pruritus in hemodialysis patients.
Int J Artif Organs. mai 2012;35(5):400-3.

24. OZTEN E, TUFAN AE, CERIT C, SAYAR GH, ULUBIL IY.
Delusional parasitosis with hyperthyroidism in an elderly woman: a case report.
J Med Case Reports. 10 janv 2013;7:17.

25. MUSALEK M, BACH M, PASSWEG V, JAEGER S.
The position of delusional parasitosis in psychiatric nosology and classification.
Psychopathology. 1990;23(2):115-24.

26. MUSALEK M, BACH M, GERSTBERGER K, LESCH OM, ET AL.
Drug therapy of delusional parasitosis. The importance of differential diagnosis for psychopharmacologic treatment of patients with delusional parasitosis.
Wien Med Wochenschr 1946. 15 juill 1989;139(13):297-302.

27. MUSALEK M, KUTZER E.
Psychiatric and parasitologic aspects of dermatozoon delusion.
Wien Klin Wochenschr. 3 mars 1989;101(5):153-60.

28. DE LEON J, ANTELO RE, SIMPSON G.
Delusion of parasitosis or chronic tactile hallucinosis: hypothesis about their brain physiopathology.
Compr Psychiatry. févr 1992;33(1):25-33.

29. DEL GRECO V.
Clinical considerations on dermatozoic delusions (Ekbom's syndrome).
Rass Studi Psichiatr. juin 1961;50:358-62.

30. FREUDENMANN RW.
Delusions of parasitosis: An up-to-date review.
Fortschr Neurol Psychiatr. oct 2002;70(10):531-41.

31. CORRAZE J.
La parasitose délirante syndrome d'Ekbom.
Revue med. Toulouse, 1977, XIII, p 375-380

32. FREUDENMANN RW, LEPPING P, HUBER M, DIECKMANN S, ET AL.
Delusional infestation and the specimen sign: a European multicentre study in 148 consecutive cases.
Br J Dermatol. août 2012;167(2):247-51.

33. MEHMOOD M, KHASAWNEH FA.
Specimen sign.
BMJ Case Rep. 28 mai 2014;2014.

34. EY H, BERNARD P, BRISSET C.
Manuel de psychiatrie 6e édition
Masson, Paris, 1960, 1989;978-2-294-71158-9.

35. TRABERT W.
100 years of delusional parasitosis. Meta-analysis of 1,223 case reports.
Psychopathology. 1995;28(5):238-46.

36. CHIGUSA Y, SHINONAGA S, KOYAMA Y, TERANO A, KIRINOKI M, ET AL.
Suspected intestinal myiasis due to Dryomyza formosa in a Japanese schizophrenic patient with symptoms of delusional parasitosis.
Med Vet Entomol. déc 2000;14(4):453-7.

37. GIAM A, TUNG YL, TIBREWAL P, DHILLON R, BASTIAMPILLAI T.
Folie à deux and Delusional Parasitosis.
Asian J Psychiatry. août 2017;28:152-3.

38. GIELER U, KNOLL M.
Delusional parasitosis as « folie à trois ».
Dermatologica. 1990;181(2):122-5.

39. TRABERT W.
Epidemiology of delusional ectoparasitic infestation.
Nervenarzt. mars 1991;62(3):165-9.

40. HEINECKE E, CARMODY J.
Delusional parasitosis presenting with ocular formication.
Aust N Z J Psychiatry. févr 2015;49(2):190.

41. HUANG W-L, CHANG L-R.
Aripiprazole in the treatment of delusional parasitosis with ocular and dermatologic presentations.
J Clin Psychopharmacol. avr 2013;33(2):272-3.

42. SHERMAN MD, HOLLAND GN, HOLSCLAW DS, WEISZ JM, OMAR OH, ET AL.
Delusions of ocular parasitosis.
Am J Ophthalmol. juin 1998;125(6):852-6.

43. FREUDENMANN RW, LEPPING P.
Delusional infestation.
Clin Microbiol Rev. oct 2009;22(4):690-732.

44. FAIR B.
Morgellons: contested illness, diagnostic compromise and medicalisation.
Sociol Health Illn. mai 2010;32(4):597-612.

45. HARTH W, HERMES B, FREUDENMANN RW.
Morgellons in dermatology.
J Dtsch Dermatol Ges J Ger Soc Dermatol JDDG. avr 2010;8(4):234-42.

46. HARVEY WT, BRANSFIELD RC, MERCER DE, WRIGHT AJ, RICCHI RM, ET AL.
Morgellons disease, illuminating an undefined illness: a case series.
J Med Case Reports. 1 juill 2009;3:8243.

47. FREUDENMANN RW, KÖLLE M, SCHÖNFELDT-LECUONA C, ET AL.
Delusional parasitosis and the matchbox sign revisited: the international perspective.
Acta Derm Venereol. sept 2010;90(5):517-9.

48. FREUDENMANN RW, LEPPING P.
Second-generation antipsychotics in primary and secondary delusional parasitosis: outcome and efficacy.
J Clin Psychopharmacol. oct 2008;28(5):500-8.

49. ZOMER SF, DE WIT RF, VAN BRONSWIJK JE, NABARRO G, VAN VLOTEN WA.
Delusions of parasitosis. A psychiatric disorder to be treated by dermatologists? An analysis of 33 patients.
Br J Dermatol. juin 1998;138(6):1030-2.

50. LANCET.
The matchbox sign. 1983

51. FREUDENMANN RW.
A case of delusional parasitosis in severe heart failure. Olanzapine within the framework of a multimodal therapy.
Nervenarzt. juill 2003;74(7):591-5.

52. SLAUGHTER JR, ZANOL K, REZVANI H, FLAX J.
Psychogenic parasitosis. A case series and literature review.
Psychosomatics. déc 1998;39(6):491-500.

53. OHTAKI N.
Delusions of parasitosis--report of 94 cases.
Nihon Hifuka Gakkai Zasshi Jpn J Dermatol. mars 1991;101(4):439-46.

54. BOURGEOIS ML, DUHAMEL P, VERDOUX H.
Delusional parasitosis: folie à deux and attempted murder of a family doctor.
Br J Psychiatry J Ment Sci. nov 1992;161:709-11.

55. WONG JW, KOO JY.
Delusions of parasitosis.
Indian J Dermatol. janv 2013;58(1):49-52.

56. TANDON AK, SINGH KG, AGARWAL R, RASTOGI CK, TANDON SK.
A psychosocial study of delusional parasitosis.
Indian J Psychiatry. juill 1990;32(3):252-5.

57. LYELL A.
The Michelson Lecture. Delusions of parasitosis.
Br J Dermatol. avr 1983;108(4):485-99.

58. PAVLOVSKY F, PESKIN V, DI NOTO L, STAGNARO JC.
Delusion of parasitosis: report of twelve cases.
Vertex B Aires Argent. juin 2008;19(79):99-111.

59. BERHILI N, BOUT A, HLAL H, AARAB C, AALOUANE R, RAMMOUZ I.
Nosographic considerations on delusional parasitosis based on three clinical observations.
Pan Afr Med J. 2016;24:130.

60. SKOTT A.
Delusions of infestation. Report from the psychiatric research center number 13.
St Jorgen Hospital, University of Goteborg, Sweden. 1978

61. LYELL A.
Delusions of parasitosis.
J Am Acad Dermatol. juin 1983;8(6):895-7.

62. KAPLAN HI, SADOCK BJ.
Synopsis of psychiatry.
8th ed. baltimore, MD;1998

63. REILLY TM, BATCHELOR DH.
The presentation and treatment of delusional parasitosis: a dermatological perspective.
Int Clin Psychopharmacol. oct 1986;1(4):340-53.

64. PROCIV NULL.
Trans-Pacific Delusional Parasitosis: The Suitcase Sign.
J Travel Med. 1 sept 1997;4(3):154-5.

65. BAKER PB, COOK BL, WINOKUR G.
Delusional infestation. The interface of delusions and hallucinations.
Psychiatr Clin North Am. juin 1995;18(2):345-61.

66. MOROGE S, PAUL F, MILAN C, PERZ S, JOUVION A, PILARD M.
Legionnaire's delusional parasitosis case : clinical, nosographic and medico-military study.
Médecine et armée, 2014, 42, 1 51-58.

67. REILLY TM, JOPLING WH, BEARD AW.
Successful treatment with pimozide of delusional parasitosis.
Br J Dermatol. avr 1978;98(4):457-9.

68. HELLER MM, MURASE JE, KOO JYM.
Practice gaps. Time and effort to establish therapeutic rapport with delusional patients: comment on « Delusional infestation, including delusions of parasitosis ».
Arch Dermatol. sept 2011;147(9):1046.

69. ELMER KB, GEORGE RM, PETERSON K.
Therapeutic update: use of risperidone for the treatment of monosymptomatic hypochondriacal psychosis.
J Am Acad Dermatol. oct 2000;43(4):683-6.

70. GOWDA BSN, HEEBBAR S, SATHYANARAYANA MT.
Delusional parasitosis responding to risperidone.
Indian J Psychiatry. oct 2002;44(4):382-3.

71. FRIEDMANN AC, EKEOWA-ANDERSON A, TAYLOR R, BEWLEY A.
Delusional parasitosis presenting as folie à trois: successful treatment with risperidone.
Br J Dermatol. oct 2006;155(4):841-2.

72. SAFER DL, WENEGRAT B, ROTH WT.
Risperidone in the treatment of delusional parasitosis: a case report.
J Clin Psychopharmacol. avr 1997;17(2):131-2.

73. FREUDENMANN RW, SCHÖNFELDT-LECUONA C, LEPPING P.
Primary delusional parasitosis treated with olanzapine.
Int Psychogeriatr. déc 2007;19(6):1161-8.

74. MEEHAN WJ, BADRESHIA S, MACKLEY CL.
Successful treatment of delusions of parasitosis with olanzapine.
Arch Dermatol. mars 2006;142(3):352-5.

75. BENNASSAR A, GUILABERT A, ALSINA M, PINTOR L, MASCARO JM.
Treatment of delusional parasitosis with aripiprazole.
Arch Dermatol. avr 2009;145(4):500-1.

76. DUARTE C, CHOI KM, LI CL.
Delusional parasitosis associated with dialysis treated with aripiprazole.
Acta Med Port. juin 2011;24(3):457-62.

77. KUMBIER E, HÖPPNER J.
The neuroleptic treatment of delusional parasitosis: first experiences with aripiprazole.
Hautarzt Z Dermatol Venerol Verwandte Geb. sept 2008;59(9):728-30, 732-3.

78. NARAYAN V, ASHFAQ M, HADDAD PM.
Aripiprazole in the treatment of primary delusional parasitosis.
Br J Psychiatry J Ment Sci. sept 2008;193(3):258; author reply.

79. ROCHA FL, HARA C.
Aripiprazole in delusional parasitosis: Case report.
Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry. 13 avr 2007;31(3):784-6.

80. LEIDERMAN EA.
Effectiveness trials in chronic schizophrenic patients: CATIE. What can we learn?.
Vertex B Aires Argent. avr 2009;20(84):129-35.

81. CUPINA D, BOULTON M.
Secondary delusional parasitosis treated successfully with a combination of clozapine and citalopram.
Psychosomatics. juin 2012;53(3):301-2.

82. CIPRIANI A, FURUKAWA TA, SALANTI G, GEDDES JR, HIGGINS JP, ET AL.
Comparative efficacy and acceptability of 12 new-generation antidepressants: a multiple-treatments meta-analysis.
Lancet Lond Engl. 28 févr 2009;373(9665):746-58.

83. BLASCO-FONTECILLA H, BRAGADO JIMENEZ MD, ET AL.
Delusional disorder with delusions of parasitosis and jealousy after stroke: treatment with quetiapine and sertraline.
J Clin Psychopharmacol. déc 2005;25(6):615-7.

84. TORCH EM, BISHOP ER.
Delusions and parasitosis: psychotherapeutic engagement.
Am J Psychother. janv 1981;35(1):101-6.

85. WYKOFF RF.
Delusions of parasitosis : a review.
Rev Infect Dis. juin 1987;9(3):433-7.

86. SRINIVASAN TN, SURESH TR, JAYARAM V, FERNANDEZ MP.
Nature and treatment of delusional parasitosis: a different experience in India.
Int J Dermatol. déc 1994;33(12):851-5.

87. PEDINIELLI JL, FERNANDEZ L.
L'observation clinique et l'étude de cas.
3e édition Armand Colin, 2015.

88. BHATIA MS, JAGAWAT T, CHOUDHARY S.
Delusional parasitosis: a clinical profile.
Int J Psychiatry Med. 2000;30(1):83-91.

89. GUELFI JD, BOYER P, CONSOLI S, OLIVIER-MARTIN R.
Psychiatrie.
Puf fondamental, 2007;978-2-13-045651-3

90. DARCOURT G.
La psychanalyse peut-elle encore être utile à la psychiatrie ?
Odile Jacob, novembre 2006, 2-7381-1753-8

91. ROUSSILLON R.
Manuel de psychologie et de psychopathologie chinique generale.
2e edition Elsevier Masson, 2014 : 978-2-294-73697-1

92. PRINGUEY D.
La thématisation du délire
EFD 6 Cas D. Paris 7.4.98

93. GEOFFROY PA, JARDRI R, LAPREVOTE V, BOSS V, VAIVA G.
Anatomofunctional correlates of delusional parasitosis.
Presse Medicale Paris Fr 1983. févr 2013;42(2):237-9.

94. ALLEN P, MODINOS G, HUBL D, SHIELDS G, CACHIA A, JARDRI R, ET AL.
Neuroimaging auditory hallucinations in schizophrenia: from neuroanatomy to neurochemistry and beyond.
Schizophr Bull. juin 2012;38(4):695-703.

95. BRUSSET B.
Alimentary disorders in adolescents.
Rev Neuropsychiatr Infant. juill 1975;23(7):405-24.

96. GILL CJ, HAMER DH.
« Doc, there's a worm in my stool »: Munchausen parasitosis in a returning traveler.
J Travel Med. déc 2002;9(6):330-2.

97. GATE J, MOREAU NULL, VIGNON NULL, VACHON R, LAFON NULL.
Aspect of cutaneous pathomimesis; auto-mutilation for a purpose derived from cenesthopathic sensations.
Lyon Med. 9 juill 1950;183(28):27-8.

98. ORUC L, BELL P.
Multiple rape trauma followed by delusional parasitosis. A case report from the Bosnian war.
Schizophr Res. 1 août 1995;16(2):173-4.

99. SKINNER JC, BEREZIN MA.
Psychodynamic factors in a case of self-inflicted wound.
U S Armed Forces Med J. mai 1951;2(5):747-54.

100. FRANKEL J.
Ferenczi's evolving conception of narcissisic pathology and its basis in trauma.
Am J Psychoanal. 4 août 2017;

101. STATHOPOULOS G.
Patho-hypochondria and the hypochondriacal solution after the cancer disease.
L'évolution psychiatrique 78 (2013) 565-582

102. TATOSSIAN A.
Psychiatrie phénoménologique
Acanthe, 1997 : 2-225-83066-5.

103. HUSSERL E.
Recherches logiques
Traduction Hubert Elie, 4 tomes, Presse universitaire de France, collection Epimethée 2002

104. DASTUR FD.
Autour de la phénoménologie.
Séminaire, Arte Filosofia, Cannes 14 et 15 avril 2007

105. MERLEAU PONTY M.
Phénoménologie de la perception
1945

106. LYOTARD JF.
La phénoménologie. Que sais-je ?
Quatorzième edition 1954 : 2 13 054736 2

107. HEIDEGGER M.
Etre et temps.
trad. fr. F. Vezin, Paris, Gallimard, 1986

108. RICOEUR P.
L'identité narrative Soi-même comme un autre.
Paris, Le Seuil, 1990, rééd. coll. Points Essais, 1996

109. MARCEL G.
Etre et avoir.
Aubier - Ed Montaigne 1935

110. GORDON-ELLIOTT JS, MUSKIN PR.
Managing the patient with psychiatric issues in dermatologic practice.
Clin Dermatol. févr 2013;31(1):3-10.

111. POMEY-REY D.
La peau et ses états d'âme.
Hachette 1999.

112. DIAZ JH, NESBITT LT.
Delusional infestations: case series, differential diagnoses, and management strategies.
J La State Med Soc Off Organ La State Med Soc. août 2014;166(4):154-9.

113. HEALY R, TAYLOR R, DHOAT S, LESCHYNSKA E, BEWLEY AP.
Management of patients with delusional parasitosis in a joint dermatology/ liaison psychiatryclinic.
Br J Dermatol. juill 2009;161(1):197-9.

114. KOBLENZER CS.
The current management of delusional parasitosis and dermatitis artefacta.
Skin Ther Lett. oct 2010;15(9):1-3.

115. GOULD WM, GRAGG TM.
Delusions of parasitosis. An approach to the problem.
Arch Dermatol. déc 1976;112(12):1745-8.

116. ZANOL K, SLAUGHTER J, HALL R.
An approach to the treatment of psychogenic parasitosis.
Int J Dermatol. janv 1998;37(1):56-63.

117. SANDOZ A, LOPICCOLO M, KUSNIR D, TAUSK FA.
A clinical paradigm of delusions of parasitosis.
J Am Acad Dermatol. oct 2008;59(4):698-704.

118. BRUSSET B.
L'hypocondrie : thématique ou organisation spécifique ?
Presses universitaires de France 2002 : 1164-4796 45-64

119. FREUDENMANN RW, SCHÖNFELDT-LECUONA C.
Delusional parasitosis: treatment with atypical antipsychotics.
Ann Acad Med Singapore. janv 2005;34(1):141-142; author reply 142.

120. LEPPING P, RUSSELL I, FREUDENMANN RW.
Antipsychotic treatment of primary delusional parasitosis: systematic review.
Br J Psychiatry J Ment Sci. sept 2007;191:198-205.

121. MARTIN WJ.
Alternative cellular energy pigments from bacteria of stealth virus infected individuals.
Exp Mol Pathol. juin 2005;78(3):215-7.

122. GRANDGEORGE M, MISERY L.
Mediators of the relationship between stress and itch.
Exp Dermatol. mai 2015;24(5):334-5.

S E R M E N T D ' H I P P O C R A T E :

En présence des Maîtres de cette Faculté,
de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate,
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et
de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai
jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation,
de race viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.
Ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et ma conduite ne
servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine.
Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement
la vie ni ne provoquerai délibérément la mort. Je préserverai l'indépendance
nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences.

Je les perfectionnerai pour assurer au mieux ma mission.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes
connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai
à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.
Que je sois couvert d'opprobre et méprisé si j'y manque.

R É S U M É :

Introduction : Le délire d'infestation est une maladie dont l'impact sur la qualité de vie des patients est majeur mais dont la prise en charge est complexe et ne fait l'objet d'aucune recommandation. Face à ce problème observé en pratique clinique, il nous a semblé nécessaire de réfléchir à l'élaboration de nouvelles stratégies.

Objectif : L'objectif est d'approfondir nos connaissances sur la maladie pour améliorer sa prise en charge globale, permettre une évolution favorable et éviter la chronicisation et l'isolement.

Méthodologie : Nous avons effectué une étude de cas. Les patients ont été recrutés dans les départements de dermatologie et de parasitologie du CHU de Nice d'avril 2016 à juillet 2017. Sur une dizaine de patients rencontrés, quatre sont détaillés pour illustrer notre propos.

Résultats : Nos observations nous permettent de formuler l'hypothèse que le délire d'infestation est une entité clinique aux frontières des troubles délirants, de l'anorexie mentale et de la pathomimie. L'anamnèse met en évidence la présence d'une maladie somatique grave avec vécu de honte et d'indignité, antérieure à l'apparition du trouble. La parasitose délirante pourrait s'exprimer lors de la rencontre entre cet évènement traumatique, un sujet vulnérable sur le plan identitaire et une expérience personnelle ou culturelle avec le parasite. Le noyau commun à cette entité psycho-socio-culturelle nous semble la présence de « troubles de l'intégrité corporelle » que la thématique parasitaire chercherait à venir expliquer.

Discussion : Nous avons conscience de la faiblesse de notre échantillon. De plus, notre étude comporte les biais inhérents à une étude de cas.

Conclusion : Ces observations bien qu'hypothétiques ouvrent une voie vers la possibilité d'amorcer la multidisciplinarité et proposent d'intégrer les soins du corps comme l'outil thérapeutique pouvant permettre l'amélioration.

Mots-clés : Syndrome d'Ekbom, délires d'infestation, maladie psycho-socio-culturelle, situation traumatique antérieure, troubles de l'intégrité corporelle, multidisciplinarité, soins corporels.