



HAL
open science

Troubles dissociatifs : historique, revue de la littérature et cas cliniques

Laurent Bauer

► To cite this version:

Laurent Bauer. Troubles dissociatifs : historique, revue de la littérature et cas cliniques. Médecine humaine et pathologie. 2017. <dumas-01754881>

HAL Id: dumas-01754881

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01754881v1>

Submitted on 9 Apr 2018

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.



HAL Authorization

Troubles dissociatifs : Historique, revue de la littérature et cas cliniques.

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE

Le 2 Octobre 2017

Par Monsieur Laurent BAUER

Né le 24 janvier 1989 à Aix-En-Provence (13)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de PSYCHIATRIE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur NAUDIN Jean

Président

Monsieur le Professeur POINSO François

Assesseur

Monsieur le Docteur (MCU-PH) VION-DURY Jean

Assesseur

Monsieur le Docteur DUMAS Rémy

Directeur

AIX-MARSEILLE UNIVERSITE

Président : Yvon BERLAND

FACULTE DE MEDECINE

Doyen : Georges LEONETTI

Vice-Doyen aux Affaires Générales : Patrick DESSI

Vice-Doyen aux Professions Paramédicales : Philippe BERBIS

Asseseurs :

- * aux Etudes : Jean-Michel VITON
- * à la Recherche : Jean-Louis MEGE
- * aux Prospectives Hospitalo-Universitaires : Frédéric COLLART
- * aux Enseignements Hospitaliers : Patrick VILLANI
- * à l'Unité Mixte de Formation Continue en Santé : Fabrice BARLESI
- * pour le Secteur Nord : Stéphane BERDAH
- * aux centres hospitaliers non universitaire : Jean-Noël ARGENSON

Chargés de mission :

- * 1^{er} cycle : Jean-Marc DURAND et Marc BARTHET
- * 2^{ème} cycle : Marie-Aleth RICHARD
- * 3^{ème} cycle DES/DESC : Pierre-Edouard FOURNIER
- * Licences-Masters-Doctorat : Pascal ADALIAN
- * DU-DIU : Véronique VITTON
- * Stages Hospitaliers : Franck THUNY
- * Sciences Humaines et Sociales : Pierre LE COZ
- * Préparation à l'ECN : Aurélie DAUMAS
- * Démographie Médicale et Filiarisation : Roland SAMBUC
- * Relations Internationales : Philippe PAROLA
- * Etudiants : Arthur ESQUER

Responsable administratif :

- * Déborah ROCCHICCIOLI

Chefs de service :

- * Communication : Laetitia DELOUIS
- * Examens : Marie-Thérèse ZAMMIT
- * Intérieur : Joëlle FAVREGA
- * Maintenance : Philippe KOCK
- * Scolarité : Christine GAUTHIER

DOYENS HONORAIRES

M. Yvon BERLAND
M. André ALI CHERIF
M. Jean-François PELLISSIER

PROFESSEURS HONORAIRES

MM	AGOSTINI Serge	MM	GALLAIS Hervé
	ALDIGHERI René		GAMERRE Marc
	ALLIEZ Bernard		GARCIN Michel
	AQUARON Robert		GARNIER Jean-Marc
	ARGEME Maxime		GAUTHIER André
	ASSADOURIAN Robert		GERARD Raymond
	AUTILLO-TOUATI Amapola		GEROLAMI-SANTANDREA André
	BAILLE Yves		GIUDICELLI Roger
	BARDOT Jacques		GIUDICELLI Sébastien
	BARDOT André		GOUDARD Alain
	BERARD Pierre		GOUIN François
	BERGOIN Maurice		GRISOLI François
	BERNARD Dominique		GROULIER Pierre
	BERNARD Jean-Louis		HADIDA/SAYAG Jacqueline
	BERNARD Pierre-Marie		HASSOUN Jacques
	BERTRAND Edmond		HEIM Marc
	BISSET Jean-Pierre		HOUEL Jean
	BLANC Bernard		HUGUET Jean-François
	BLANC Jean-Louis		JAQUET Philippe
	BOLLINI Gérard		JAMMES Yves
	BONGRAND Pierre		JOUVE Paulette
	BONNEAU Henri		JUHAN Claude
	BONNOIT Jean		JUIN Pierre
	BORY Michel		KAPHAN Gérard
	BOURGEADE Augustin		KASBARIAN Michel
	BOUVENOT Gilles		KLEISBAUER Jean-Pierre
	BOUYALA Jean-Marie		LACHARD Jean
	BREMOND Georges		LAFFARGUE Pierre
	BRICOT René		LEVY Samuel
	BRUNET Christian		LOUCHET Edmond
	BUREAU Henri		LOUIS René
	CAMBOULIVES Jean		LUCIANI Jean-Marie
	CANNONI Maurice		MAGALON Guy
	CARTOUZOU Guy		MAGNAN Jacques
	CAU Pierre		MALLAN- MANCINI Josette
	CHAMLIAN Albert		MALMEJAC Claude
	CHARREL Michel		MATTEI Jean François
	CHOUX Maurice		MERCIER Claude
	CIANFARANI François		METGE Paul
	CLEMENT Robert		MICHOTÉY Georges
	COMBALBERT André		MILLET Yves
	CONTE-DEVOLX Bernard		MIRANDA François
	CORRIOL Jacques		MONFORT Gérard
	COULANGE Christian		MONGES André
	DALMAS Henri		MONGIN Maurice
	DE MICO Philippe		MONTIES Jean-Raoul
	DEVIN Robert		NAZARIAN Serge
	DEVRED Philippe		NICOLI René
	DJIANE Pierre		NOIRCLERC Michel
	DONNET Vincent		OLMER Michel
	DUCASSOU Jacques		OREHEK Jean
	DUFOUR Michel		PAPY Jean-Jacques
	DUMON Henri		PAULIN Raymond
	FARNARIER Georges		PELOUX Yves
	FAVRE Roger		PENAUD Antony

MM FIECHI Marius
FIGARELLA Jacques
FONTES Michel
FRANCOIS Georges
FUENTES Pierre
GABRIEL Bernard
GALINIER Louis
POYEN Danièle
PRIVAT Yvan
QUILICHINI Francis
RANQUE Jacques
RANQUE Philippe
RICHAUD Christian
ROCHAT Hervé
ROHNER Jean-Jacques
ROUX Hubert
ROUX Michel
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SARLES Jean-Claude
SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SERMENT Gérard
SERRATRICE Georges
SOULAYROL René
STAHL André
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THOMASSIN Jean-Marc
UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène
VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETES Bernard
VIGOUROUX Robert
WEILLER Pierre-Jean

PENE Pierre
PIANA Lucien
PICAUD Robert
PIGNOL Fernand
POGGI Louis
POITOUT Dominique
PONCET Michel

PROFESSEURS HONORIS CAUSA

1967

MM. les
Professeurs DADI (Italie)
CID DOS SANTOS (Portugal)

1974

MM. les
Professeurs MAC ILWAIN (Grande-Bretagne)
T.A. LAMBO (Suisse)

1975

MM. les
Professeurs O. SWENSON (U.S.A.)
Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-
Bretagne)

1976

MM. les
Professeurs P. FRANCHIMONT (Belgique)
Z.J. BOWERS (U.S.A.)

1977

MM. les
Professeurs C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.)
C.GIBBS (U.S.A.)
J. DACIE (Grande-Bretagne)

1978

M. le Président F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)

1980

MM. les
Professeurs A. MARGULIS (U.S.A.)
R.D. ADAMS (U.S.A.)

1981

MM. les
Professeurs H. RAPPAPORT (U.S.A.)
M. SCHOU (Danemark)
M. AMENT (U.S.A.)
Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne)
S. REFSUM (Norvège)

1982

M. le Professeur W.H. HENDREN (U.S.A.)

1985

MM. les
Professeurs S. MASSRY (U.S.A.)
KLINSMANN (R.D.A.)

1986

MM. les
Professeurs E. MIHICH (U.S.A.)

T. MUNSAT (U.S.A.)
LIANA BOLIS (Suisse)
L.P. ROWLAND (U.S.A.)

1987

M. le Professeur P.J. DYCK (U.S.A.)

1988

MM. les
Professeurs R. BERGUER (U.S.A.)
W.K. ENGEL (U.S.A.)
V. ASKANAS (U.S.A.)
J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.)
A. DAVIGNON (Canada)
A. BETTARELLO (Brésil)

1989

M. le Professeur P. MUSTACCHI (U.S.A.)

1990

MM. les
Professeurs J.G. MC LEOD (Australie)
J. PORTER (U.S.A.)

1991

MM. les
Professeurs J. Edward MC DADE (U.S.A.)
W. BURGDORFER (U.S.A.)

1992

MM. les
Professeurs H.G. SCHWARZACHER (Autriche)
D. CARSON (U.S.A.)
T. YAMAMURO (Japon)

1994

MM. les
Professeurs G. KARPATI (Canada)
W.J. KOLFF (U.S.A.)

1995

MM. les
Professeurs D. WALKER (U.S.A.)
M. MULLER (Suisse)
V. BONOMINI (Italie)

1997

MM. les
Professeurs C. DINARELLO (U.S.A.)
D. STULBERG (U.S.A.)
A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne)
P.I. BRANEMARK (Suède)

1998

MM. les
Professeurs O. JARDETSKY (U.S.A.)

1999

MM. les
Professeurs

J. BOTELLA LLUSIA (Espagne)
D. COLLEN (Belgique)
S. DIMAURO (U. S. A.)

2000

MM. les
Professeurs

D. SPIEGEL (U. S. A.)
C. R. CONTI (U.S.A.)

2001

MM. les
Professeurs

P-B. BENNET (U. S. A.)
G. HUGUES (Grande Bretagne)
J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)

2002

MM. les
Professeurs

M. ABEDI (Canada)
K. DAI (Chine)

2003

M. le Professeur
Sir

T. MARRIE (Canada)
G.K. RADDI (Grande Bretagne)

2004

M. le Professeur

M. DAKE (U.S.A.)

2005

M. le Professeur

L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)

2006

M. le Professeur

A. R. CASTANEDA (U.S.A.)

2007

M. le Professeur

S. KAUFMANN (Allemagne)

EMERITAT

2013

M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUFO Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016

2014

M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017

2015

M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

2016

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETTES Bernard	31/08/2019

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	CHARPIN Denis Surnombre	GORINCOUR Guillaume
ALBANESE Jacques	CHAUMOITRE Kathia	GRANEL/REY Brigitte
ALESSANDRINI Pierre Surnombre	CHAUVEL Patrick Surnombre	GRILLO Jean-Marie Surnombre
ALIMI Yves	CHINOT Olivier	GRIMAUD Jean-Charles
AMABILE Philippe	CHOSSEGROS Cyrille	GROB Jean-Jacques
AMBROSI Pierre	CLAVERIE Jean-Michel Surnombre	GUEDJ Eric
ARGENSON Jean-Noël	COLLART Frédéric	GUIEU Régis
ASTOUL Philippe	COSTELLO Régis	GUIS Sandrine
ATTARIAN Shahram	COURBIERE Blandine	GUYE Maxime
AUDOUIN Bertrand	COWEN Didier	GUYOT Laurent
AUFFRAY Jean-Pierre Surnombre	CRAVELLO Ludovic	GUYS Jean-Michel
AUQUIER Pascal	CUISSET Thomas	HABIB Gilbert
AVIERINOS Jean-François	CURVALE Georges	HARDWIGSEN Jean
AZORIN Jean-Michel	DA FONSECA David	HARLE Jean-Robert
AZULAY Jean-Philippe	DAHAN-ALCARAZ Laetitia	HOFFART Louis
BAILLY Daniel	DANIEL Laurent	HOUVENAEGHEL Gilles
BARLESI Fabrice	DARMON Patrice	JACQUIER Alexis
BARLIER-SETTI Anne	D'ERCOLE Claude	JOLIVET/BADIER Monique
BARTHET Marc	D'JOURNO Xavier	JOUVE Jean-Luc
BARTOLI Jean-Michel	DEHARO Jean-Claude	KAPLANSKI Gilles
BARTOLI Michel	DELARQUE Alain	KARSENTY Gilles
BARTOLIN Robert Surnombre	DELPERO Jean-Robert	KERBAUL François
BARTOLOMEI Fabrice	DENIS Danièle	LAFFORGUE Pierre
BASTIDE Cyrille	DESSEIN Alain Surnombre	LANCON Christophe
BENSOUSSAN Laurent	DESSI Patrick	LA SCOLA Bernard
BERBIS Philippe	DISDIER Patrick	LAUGIER René
BERDAH Stéphane	DODDOLI Christophe	LAUNAY Franck
BERLAND Yvon	DRANCOURT Michel	LAVIEILLE Jean-Pierre
BERNARD Jean-Paul	DUBUS Jean-Christophe	LE CORROLLER Thomas
BEROUD Christophe	DUFFAUD Florence	LE TREUT Yves-Patrice Surnombre
BERTUCCI François	DUFOUR Henry	LECHEVALLIER Eric
BLAISE Didier	DURAND Jean-Marc	LEGRE Régis
BLIN Olivier	DUSSOL Bertrand	LEHUCHER-MICHEL Marie- Pascale
BLONDEL Benjamin	ENJALBERT Alain	LEONE Marc
BONIN/GUILLAUME Sylvie	EUSEBIO Alexandre	LEONETTI Georges
BONELLO Laurent	FAKHRY Nicolas	LEPIDI Hubert
BONNET Jean-Louis	FAUGERE Gérard	LEVY Nicolas
BOTTA Alain Surnombre	FELICIAN Olivier	MACE Loïc
BOTTA/FRIDLUND Danielle	FENOLLAR Florence	MAGNAN Pierre-Edouard
BOUBLI Léon	FIGARELLA/BRANGER Dominique	MARANINCHI Dominique Surnombre
BOYER Laurent	FLECHER Xavier	MARTIN Claude Surnombre
BREGEON Fabienne	FOURNIER Pierre-Edouard	MATONTI Frédéric
BRETELLE Florence	FRAISSE Alain Disponibilité	MEGE Jean-Louis
BROUQUI Philippe	FRANCES Yves Surnombre	MERROT Thierry
BRUDER Nicolas	FRANCESCHI Frédéric	METZLER/GUILLEMAIN Catherine
BRUE Thierry	FUENTES Stéphane	MEYER/DUTOUR Anne
BRUNET Philippe	GABERT Jean	MICCALEF/ROLL Joëlle
BURTEY Stéphane	GAINNIER Marc	MICHEL Fabrice

CARCOPINO-TUSOLI Xavier
CASANOVA Dominique
CASTINETTI Frédéric
CECCALDI Mathieu
CHABOT Jean-Michel
CHAGNAUD Christophe
CHAMBOST Hervé
CHAMPSAUR Pierre
CHANEZ Pascal
CHARAFFE-JAUFFRET
Emmanuelle
CHARREL Rémi

CHIARONI Jacques
NICOLLAS Richard
OLIVE Daniel
OUAFIK L'Houcine
PAGANELLI Franck
PANUEL Michel
PAPAZIAN Laurent
PAROLA Philippe
PARRATTE Sébastien
PAUT Olivier
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure
PELLETIER Jean
PETIT Philippe
PHAM Thao
PIARROUX Renaud
PIERCECCHI/MARTI Marie-
Dominique
PIQUET Philippe
PIRRO Nicolas
POINSO François
POUGET Jean Surnombre
RACCAH Denis
RAOULT Didier
REGIS Jean
REYNAUD/GAUBERT Martine

GARCIA Stéphane
GARIBOLDI Vlad
GAUDART Jean
GENTILE Stéphanie
GERBEAUX Patrick
GEROLAMI/SANTANDREA René
GILBERT/ALESSI Marie-Christine
GIORGI Roch
GIOVANNI Antoine

GIRARD Nadine
GIRAUD/CHABROL Brigitte

GONCALVES Anthony
REYNAUD Rachel
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth
RIDINGS Bernard Surnombre
ROCHE Pierre-Hugues
ROCH Antoine
ROCHWERGER Richard
ROLL Patrice
ROSSI Dominique
ROSSI Pascal
ROUDIER Jean
SALAS Sébastien
SAMBUC Roland
SARLES Jacques
SARLES/PHILIP Nicole

SASTRE Bernard Surnombre
SCAVARDA Didier
SCHLEINITZ Nicolas
SEBAG Frédéric
SEITZ Jean-François
SERRATRICE Jacques
SIELEZNEFF Igor
SIMON Nicolas
STEIN Andréas

MICHEL Gérard
MICHELET Pierre
MILH Mathieu
MOAL Valérie
MONCLA Anne
MORANGE Pierre-Emmanuel
MOULIN Guy
MOUTARDIER Vincent
MUNDLER Olivier

NAUDIN Jean
NICCOLI/SIRE Patricia
NICOLAS DE LAMBALLERIE
Xavier
TAIEB David
THIRION Xavier
THOMAS Pascal
THUNY Franck
TRIGLIA Jean-Michel
TROPANO Patrick
TSIMARATOS Michel
TURRINI Olivier
VALERO René
VEY Norbert
VIDAL Vincent
VIENS Patrice
VILLANI Patrick
VITON Jean-Michel

VITTON Véronique
VIEHWEGER Heide Elke
VIVIER Eric
XERRI Luc

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ADALIAN Pascal
AGHABABIAN Valérie
BELIN Pascal
CHABANNON Christian
CHABRIERE Eric
FERON François
LE COZ Pierre
LEVASSEUR Anthony
RANJEVA Jean-Philippe
SOBOL Hagay

PROFESSEUR CERTIFIE

BRANDENBURGER Chantal

PRAG

TANTI-HARDOUIN Nicolas

PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE A MI-TEMPS

FILIPPI Simon

**PROFESSEUR ASSOCIE A TEMPS
PARTIEL**

ALTAVILLA Annagrazia
BURKHART Gary

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITE - PRATICIEN HOSPITALIER

ACHARD Vincent	FABRE Alexandre	MOTTOLA GHIGO Giovanna
ANDRE Nicolas	FOUILLOUX Virginie	NGUYEN PHONG Karine
ANGELAKIS Emmanouil	FRERE Corinne	NINOVE Laetitia
ATLAN Catherine	GABORIT Bénédicte	NOUGAIREDE Antoine
BACCINI Véronique	GASTALDI Marguerite	OUDIN Claire
BARTHELEMY Pierre	GAUDY/MARQUESTE Caroline	OVAERT Caroline
BARTOLI Christophe	GELSI/BOYER Véronique	PAULMYER/LACROIX Odile
BEGE Thierry	GIUSIANO Bernard	PERRIN Jeanne
BELIARD Sophie	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	RANQUE Stéphane
BERBIS Julie	GOURIET Frédérique	REY Marc
BERGE-LEFRANC Jean-Louis	GRAILLON Thomas	ROBAGLIA/SCHLUPP Andrée
BEYER-BERJOT Laura	GREILLIER Laurent	ROBERT Philippe
BOUCRAUT Joseph	GRISOLI Dominique	SABATIER Renaud
BOULAMERY Audrey	GUIDON Catherine	SARI-MINODIER Irène
BOULLU/CIOCCA Sandrine	HAUTIER/KRAHN Aurélie	SARLON-BARTOLI Gabrielle
BUFFAT Christophe	HRAIECH Sami	SAVEANU Alexandru
CALAS/AILLAUD Marie-Françoise	JOURDE CHICHE Noémie	SECQ Véronique
CAMILLERI Serge	KASPI-PEZZOLI Elise	SOULA Gérard
CARRON Romain	KRAHN Martin	TOGA Caroline
CASSAGNE Carole	L'OLLIVIER Coralie	TOGA Isabelle
		TREBUCHON/DA FONSECA Agnès
CHAUDET Hervé	LABIT-BOUVIER Corinne	TROUSSE Delphine
COZE Carole	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	VALLI Marc
DADOUN Frédéric (disponibilité)	LAGIER Aude	VELLY Lionel
DALES Jean-Philippe	LAGIER Jean-Christophe	VELY Frédéric
DAUMAS Aurélie	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	VION-DURY Jean
DEGEORGES/VITTE Joëlle	LEVY/MOZZICONACCI Annie	ZATTARA/CANNONI Hélène
DEL VOLGO/GORI Marie-José	LOOSVELD Marie	
DELLIAUX Stéphane	MANCINI Julien	
DESPLAT/JEGO Sophie	MARY Charles	
DEVEZE Arnaud Disponibilité	MASCAUX Céline	
DUFOUR Jean-Charles	MAUES DE PAULA André	
EBBO Mikael	MILLION Matthieu	

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad	DESNUES Benoît	STEINBERG Jean-Guillaume
BARBACARU/PERLES T. A.	LIMERAT/BOUDOURESQUE Françoise	THOLLON Lionel
BERLAND/BENHAIM Caroline	MARANINCHI Marie	THIRION Sylvie
BERAUD/JUVEN Evelyne (retraite octobre 2016)	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	
BOUCAULT/GARROUSTE Françoise	MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte	
BOYER Sylvie	POGGI Marjorie	
DEGIOANNI/SALLE Anna	RUEL Jérôme	

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

GENTILE Gaëtan

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

ADNOT Sébastien
BARGIER Jacques
BONNET Pierre-André
CALVET-MONTREDON Céline
GUIDA Pierre
JANCZEWSKI Aurélie

**MAITRE DE CONFERENCES
ASSOCIE à MI-TEMPS**

REVIS Joana

PROFESSEURS ET MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS**PROFESSEURS ASSOCIES, MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES (mono-appartenants)****ANATOMIE 4201**

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)
LE CORROLLER Thomas (PU-PH)
PIRRO Nicolas (PU-PH)

LAGIER Aude (MCU-PH)

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)
DANIEL Laurent (PU-PH)
FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)
GARCIA Stéphane (PU-PH)
XERRI Luc (PU-PH)

DALES Jean-Philippe (MCU-PH)
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)
MAUES DE PAULA André (MCU-PH)
SECQ Véronique (MCU-PH)

**ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ;
MEDECINE URGENCE 4801**

ALBANESE Jacques (PU-PH)
AUFFRAY Jean-Pierre (PU-PH) Surnombre
BRUDER Nicolas (PU-PH)
KERBAUL François (PU-PH)
LEONE Marc (PU-PH)
MARTIN Claude (PU-PH) Surnombre
MICHEL Fabrice (PU-PH)
MICHELET Pierre (PU-PH)
PAUT Olivier (PU-PH)

GUIDON Catherine (MCU-PH)

VELLY Lionel (MCU-PH)

ANTHROPOLOGIE 20

ADALIAN Pascal (PR)

DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501

CHARREL Rémi (PU PH)
DRANCOURT Michel (PU-PH)
FENOLLAR Florence (PU-PH)
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)
LA SCOLA Bernard (PU-PH)
RAOULT Didier (PU-PH)

ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH)
GOURIET Frédérique (MCU-PH)
NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)
NINOVE Laetitia (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)
LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)
DESNUES Benoit (MCF) (65ème section)
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)
ENJALBERT Alain (PU-PH)
GABERT Jean (PU-PH)
GUIEU Régis (PU-PH)
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

ANGLAIS 11**BIOLOGIE CELLULAIRE 4403**

BRANDENBURGER Chantal (PRCE)

ROLL Patrice (PU-PH)

BURKHART Gary (PAST)

GASTALDI Marguerite (MCU-PH)

KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)

LEVY/MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

**BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT
ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405**

ROBAGLIA/SCHLUPP Andrée (MCU-PH)

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)

PERRIN Jeanne (MCU-PH)

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301**CARDIOLOGIE 5102**

GUEDJ Eric (PU-PH)

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)

GUYE Maxime (PU-PH)

BONELLO Laurent (PU PH)

MUNDLER Olivier (PU-PH)

BONNET Jean-Louis (PU-PH)

TAIEB David (PU-PH)

CUISSET Thomas (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)

DEHARO Jean-Claude (PU-PH)

RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

FRAISSE Alain (PU-PH) Disponibilité

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)

FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)

VION-DURY Jean (MCU-PH)

HABIB Gilbert (PU-PH)

PAGANELLI Franck (PU-PH)

THUNY Franck (PU-PH)

BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

CHIRURGIE DIGESTIVE 5202**BIostatistiques, Informatique Médicale
ET Technologies de Communication 4604**

BERDAH Stéphane (PU-PH)

HARDWIGSEN Jean (PU-PH)

LE TREUT Yves-Patrice (PU-PH) Surnombre

SASTRE Bernard (PU-PH) Surnombre

SIELEZNEFF Igor (PU-PH)

CLAVERIE Jean-Michel (PU-PH) Surnombre

BEYER BERJOT Laura (MCU-PH)

GAUDART Jean (PU-PH)

GIORGI Roch (PU-PH)

CHIRURGIE GENERALE 5302

CHAUDET Hervé (MCU-PH)

DELPERO Jean-Robert (PU-PH)

DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)

MOUTARDIER Vincent (PU-PH)

GIUSIANO Bernard (MCU-PH)

SEBAG Frédéric (PU-PH)

MANCINI Julien (MCU-PH)

TURRINI Olivier (PU-PH)

SOULA Gérard (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)

BEGE Thierry (MCU-PH)

BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
BLONDEL Benjamin (PU-PH)
CURVALE Georges (PU-PH)
FLECHER Xavier (PU PH)
PARRATTE Sébastien (PU-PH)
ROCHWERGER Richard (PU-PH)
TROPANO Patrick (PU-PH)

CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702

BERTUCCI François (PU-PH)
CHINOT Olivier (PU-PH)
COWEN Didier (PU-PH)
DUFFAUD Florence (PU-PH)
GONCALVES Anthony PU-PH)
HOUVENAEHEL Gilles (PU-PH)
MARANINCHI Dominique (PU-PH) Surnombre
SALAS Sébastien (PU-PH)
VIENS Patrice (PU-PH)
SABATIER Renaud (MCU-PH)

CHIRURGIE INFANTILE 5402

ALESSANDRINI Pierre (PU-PH) Surnombre
GUYS Jean-Michel (PU-PH)
JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
LAUNAY Franck (PU-PH)
MERROT Thierry (PU-PH)
VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH)

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)
GUYOT Laurent (PU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103

COLLART Frédéric (PU-PH)
D'JOURNO Xavier (PU-PH)
DODDOLI Christophe (PU-PH)
GARIBOLDI Vlad (PU-PH)
MACE Loïc (PU-PH)
THOMAS Pascal (PU-PH)

FOUILLOUX Virginie (MCU-PH)
GRISOLI Dominique (MCU-PH)
TROUSSE Delphine (MCU-PH)

**CHIRURGIE PLASTIQUE,
RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛLOLOGIE 5004**

CASANOVA Dominique (PU-PH)
LEGRE Régis (PU-PH)

HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104

ALIMI Yves (PU-PH)
AMABILE Philippe (PU-PH)
BARTOLI Michel (PU-PH)
MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)
PIQUET Philippe (PU-PH)

SARLON BARTOLI Gabrielle (MCU PH)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202

GRILLO Jean-Marie (PU-PH) Surnombre
LEPIDI Hubert (PU-PH)
ACHARD Vincent (MCU-PH)
PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201

BARTHET Marc (PU-PH)
BERNARD Jean-Paul (PU-PH)
BOTTA-FRIDLUND Danielle (PU-PH)
DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
GRIMAUD Jean-Charles (PU-PH)
LAUGIER René (PU-PH)
SEITZ Jean-François (PU-PH)
VITTON Véronique (PU-PH)

GENETIQUE 4704**DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003**

BERBIS Philippe (PU-PH)
 GROB Jean-Jacques (PU-PH)
 RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

GAUDY/MARQUESTE Caroline (MCU-PH)

BEROUD Christophe (PU-PH)

LEVY Nicolas (PU-PH)
 MONCLA Anne (PU-PH)
 SARLES/PHILIP Nicole (PU-PH)

KRAHN Martin (MCU-PH)
 NGYUEN Karine (MCU-PH)
 TOGA Caroline (MCU-PH)

**ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ;
 GYNECOLOGIE MEDICALE 5404**

BRUE Thierry (PU-PH)
 CASTINETTI Frédéric (PU-PH)
 NICCOLI/SIRE Patricia (PU-PH)

ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403**EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION 4601**

AUQUIER Pascal (PU-PH)
 BOYER Laurent (PU-PH)
 CHABOT Jean-Michel (PU-PH)
 GENTILE Stéphanie (PU-PH)
 SAMBUC Roland (PU-PH)
 THIRION Xavier (PU-PH)

AGOSTINI Aubert (PU-PH)
 BOUBLI Léon (PU-PH)
 BRETELLE Florence (PU-PH)
 CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)
 COURBIERE Blandine (PU-PH)
 CRAVELLO Ludovic (PU-PH)
 D'ERCOLE Claude (PU-PH)

BERBIS Julie (MCU-PH)
 LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)
 TANTI-HARDOUIN Nicolas (PRAG)

IMMUNOLOGIE 4703

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)
 MEGE Jean-Louis (PU-PH)
 OLIVE Daniel (PU-PH)
 VIVIER Eric (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)
 DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)
 DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)
 ROBERT Philippe (MCU-PH)
 VELY Frédéric (MCU-PH)

HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION 4701

BLAISE Didier (PU-PH)
 COSTELLO Régis (PU-PH)
 CHIARONI Jacques (PU-PH)
 GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)
 MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)
 VEY Norbert (PU-PH)

BACCINI Véronique (MCU-PH)
 CALAS/AILLAUD Marie-Françoise (MCU-PH)
 FRERE Corinne (MCU-PH)
 GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
 LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
 POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

BERAUD/JUVEN Evelyne (MCF) 65ème section) (retraite octobre 2016)

BOUCAULT/GARROUSTE Françoise (MCF) 65ème section)

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603

LEONETTI Georges (PU-PH)
 PELISSIER/ALICOT Anne-Laure (PU-PH)
 PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503

BROUQUI Philippe (PU-PH)
 PAROLA Philippe (PU-PH)
 STEIN Andréas (PU-PH)

BARTOLI Christophe (MCU-PH)

BERLAND/BENHAIM Caroline (MCF) (1ère section)

LAGIER Jean-Christophe (MCU-PH)
 MILLION Matthieu (MCU-PH)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905**MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT ; MEDECINE GENERALE ; ADDICTOLOGIE 5301**

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)
 DELARQUE Alain (PU-PH)

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)
 DISDIER Patrick (PU-PH)
 DURAND Jean-Marc (PU-PH)
 FRANCES Yves (PU-PH) Surnombre
 GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
 HARLE Jean-Robert (PU-PH)
 ROSSI Pascal (PU-PH)
 SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)
 SERRATRICE Jacques (PU-PH) disponibilité

 EBBO Mikael (MCU-PH)

VITON Jean-Michel (PU-PH)

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602

BOTTA Alain (PU-PH) Surnombre
 LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

BERGE-LEFRANC Jean-Louis (MCU-PH)
 SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

GENTILE Gaëtan (MCF Méd. Gén. Temps plein)

NEPHROLOGIE 5203

FILIPPI Simon (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)

BERLAND Yvon (PU-PH)
 BRUNET Philippe (PU-PH)
 BURTEY Stéphanne (PU-PH)
 DUSSOL Bertrand (PU-PH)
 MOAL Valérie (PU-PH)

ADNOT Sébastien (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)
 BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)
 BONNET Pierre-André (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)
 CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein)
 GUIDA Pierre (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)

JOURDE CHICHE Noémie (MCU PH)

NUTRITION 4404

DARMON Patrice (PU-PH)
 RACCAH Denis (PU-PH)
 VALERO René (PU-PH)

NEUROCHIRURGIE 4902

DUFOUR Henry (PU-PH)
 FUENTES Stéphane (PU-PH)
 REGIS Jean (PU-PH)
 ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)
 SCAVARDA Didier (PU-PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH)
 BELIARD Sophie (MCU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)
 GRAILLON Thomas (MCU PH)

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)	NEUROLOGIE 4901
CHABANNON Christian (PR) (66ème section) SOBOL Hagay (PR) (65ème section)	ATTARIAN Sharham (PU PH) AUDOIN Bertrand (PU-PH) AZULAY Jean-Philippe (PU-PH) CECCALDI Mathieu (PU-PH) EUSEBIO Alexandre (PU-PH)
OPHTALMOLOGIE 5502	FELICIAN Olivier (PU-PH) PELLETIER Jean (PU-PH) POUGET Jean (PU-PH) Surnombre
DENIS Danièle (PU-PH) HOFFART Louis (PU-PH) MATONTI Frédéric (PU-PH) RIDINGS Bernard (PU-PH) Surnombre	PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904
OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501	DA FONSECA David (PU-PH) POINSO François (PU-PH)
DESSI Patrick (PU-PH) FAKHRY Nicolas (PU-PH) GIOVANNI Antoine (PU-PH) LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH) NICOLLAS Richard (PU-PH) TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH) DEVEZE Arnaud (MCU-PH) Disponibilité REVIS Joana (MAST) (Orthophonie) (7ème Section) ROMAN Stéphane (Professeur associé des universités mi-temps)	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE - PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803
PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502	BLIN Olivier (PU-PH) FAUGERE Gérard (PU-PH) MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH) SIMON Nicolas (PU-PH) BOULAMERY Audrey (MCU-PH) VALLI Marc (MCU-PH)
DESSEIN Alain (PU-PH) PIARROUX Renaud (PU-PH) CASSAGNE Carole (MCU-PH) L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH) MARY Charles (MCU-PH) RANQUE Stéphane (MCU-PH) TOGA Isabelle (MCU-PH)	PHILOSOPHIE 17
PEDIATRIE 5401	LE COZ Pierre (PR) (17ème section) ALTAVILLA Annagrazia (PR Associé à mi-temps)
CHAMBOST Hervé (PU-PH) DUBUS Jean-Christophe (PU-PH) GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH) MICHEL Gérard (PU-PH) MILH Mathieu (PU-PH) REYNAUD Rachel (PU-PH) SARLES Jacques (PU-PH) TSIMARATOS Michel (PU-PH) ANDRE Nicolas (MCU-PH)	PHYSIOLOGIE 4402
	BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH) BREGEON Fabienne (PU-PH) CHAUVEL Patrick (PU-PH) Surnombre JOLIVET/BADIER Monique (PU-PH) MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH) BARTHELEMY Pierre (MCU-PH) BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH) DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité) DEL VOLGO/GORI Marie-José (MCU-PH)

COZE Carole (MCU-PH)
FABRE Alexandre (MCU-PH)
OUDIN Claire (MCU-PH)
OVAERT Caroline (MCU-PH)

DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)
GABORIT Bénédicte (MCU-PH)
REY Marc (MCU-PH)
TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (MCU-PH)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903

AZORIN Jean-Michel (PU-PH)
BAILLY Daniel (PU-PH)
LANCON Christophe (PU-PH)
NAUDIN Jean (PU-PH)

LIMERAT/BOUDOURESQUE Françoise (MCF) (40ème section)
RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)
STEINBERG Jean-Guillaume (MCF) (66ème section)
THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PCYCHOLOGIE SOCIALE 16

AGHABABIAN Valérie (PR)

PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101

RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)
CHAGNAUD Christophe (PU-PH)
CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)
GIRARD Nadine (PU-PH)
GORINCOUR Guillaume (PU-PH)
JACQUIER Alexis (PU-PH)
MOULIN Guy (PU-PH)
PANUEL Michel (PU-PH)
PETIT Philippe (PU-PH)
VIDAL Vincent (PU-PH)

ASTOUL Philippe (PU-PH)
BARLESI Fabrice (PU-PH)
CHANEZ Pascal (PU-PH)
CHARPIN Denis (PU-PH) Surnombre
REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

GREILLIER Laurent (MCU PH)
MASCAUX Céline (MCU-PH)

TOMASINI Pascale (Maitre de conférences associé des universités)

THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804

REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802

GAINNIER Marc (PU-PH)
GERBEAUX Patrick (PU-PH)
PAPAZIAN Laurent (PU-PH)
ROCH Antoine (PU-PH)

AMBROSI Pierre (PU-PH)
BARTOLIN Robert (PU-PH) Surnombre
VILLANI Patrick (PU-PH)

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

HRAIECH Sami (MCU-PH)

UROLOGIE 5204

RHUMATOLOGIE 5001

GUIS Sandrine (PU-PH)
LAFFORGUE Pierre (PU-PH)
PHAM Thao (PU-PH)
ROUDIER Jean (PU-PH)

BASTIDE Cyrille (PU-PH)
KARSENTY Gilles (PU-PH)
LECHEVALLIER Eric (PU-PH)
ROSSI Dominique (PU-PH)

REMERCIEMENTS

À Mr le Pr Naudin

Qui m'a fait l'honneur de présider ce jury.

Veillez trouver ici l'expression de ma reconnaissance pour m'avoir permis de réaliser ce travail.

À Mr le Pr Poinso

Je vous remercie pour l'intérêt que vous avez porté au sujet. Vous me faites l'honneur de juger mon travail. Veuillez recevoir l'expression de ma gratitude.

À Mr le Dr Vion-Dury

Vous avez si gentiment et spontanément accepté de participer au jury. Veuillez trouver l'expression de mes remerciements et de ma gratitude.

À Mr le Dr Dumas

Merci d'avoir accepté de diriger ce travail, pour ta patience, ton aide précieuse et ta pertinence.

Merci aux Dr Henry, Jedwab et Gourdon, ainsi qu'à toute l'équipe des urgences psychiatriques pour avoir accompagné mes premiers pas en psychiatrie.

Merci au Dr Chabannes, pour ses conseils, son accueil et sa gentillesse, au Dr Cano et à l'équipe de Chabannes 2.

Merci au Dr Toy Rionts, au Dr Lagier et au Dr Védie pour m'avoir si chaleureusement accueilli et fait confiance au secteur 8. À l'équipe des Tilleuls, à Mme l'assistante sociale Christelle Tagliarino et à la psychiatrie de secteur.

À l'équipe du SMPR des Baumettes, pour cette expérience inoubliable.

À l'équipe de l'UMDA, à Pascal pour avoir sillonné Marseille ensemble.

À l'équipe de Un Chez Soi d'Abord, pour leur gentillesse, leurs idées et leur énergie.

Au Dr Guivarch et au Dr Le Treut pour ces bons moments en pédopsychiatrie.

Au Dr Zendjidjian, au Dr Grassin Delyle, au Dr Testard et à l'équipe du CMP Zendjidjian.

Merci Au Dr Montant pour son aide et son avis sur ce travail.

Au Dr Faucher, pour nos brillantes prises en charge communes en garde. À Mouna, pour m'avoir supporté pendant tous ces stages, à Olivier Pinto, qui ne cessera de me surprendre. À Marie, pour notre maîtrise du tableau de garde, à Lorene et à Laura Brandejsky. À Clara, à Ziad, à Karine, précieux co-internes. À l'incontournable Dr Parrigi et ses obsessions géopolitiques.

À Vincent Carret et son attrait pour les addictions et la psychiatrie sud-américaine. À Celine.

À Gratiane, Benoît, Mathilde Tyran et au Dr Robinet, rencontrés grâce à la médecine mais réunis par l'escalade.

À tous ceux qui m'ont accompagné pendant ces longues études, sur les bancs de la fac et surtout ailleurs : Romain et Mathilde, Christophe et Laura, Armand et Charlotte. À Gaëlle et son calme, et à Yann.

Au Dr Bache et à notre assiduité à la bibliothèque universitaire.

À Vincent et Bérengère, Théo et Marjorie, à l'hospitalité de l'Ardèche. À Mathieu et Laura.

À Rémi, Emilie, Jean Max et Manon. À Koffi Fiawoo, pour tous les procès à venir. À Laurent Zanotti.

À mes parents, pour m'avoir soutenu et permis de faire sereinement ces études de médecine.

À Juliette, Ariane et Marc.

À Isabel, tempétueux soleil austral, pour son aide, sa patience, sa présence et son amour.

Table des matières

INTRODUCTION GÉNÉRALE.....	4
HISTORIQUE.....	6
1-Introduction.....	6
2-Développement de la dissociation selon Pierre Janet.....	7
3-La dissociation selon Sigmund Freud et Joseph Breuer.....	10
4-Divergences entre les travaux de Janet et ceux de Breuer et Freud.....	12
La nature du traumatisme.....	12
L'origine dégénérative de la dissociation.....	12
La nature des contenus dissociés.....	13
5-Le point de vue de Bernheim sur l'hystérie.....	13
6-Déclin de la notion de dissociation de Janet.....	14
7-Le point de vue d'Henri Ey sur la dissociation et les hallucinations.....	16
8-Nouvel essor du concept de troubles dissociatifs.....	17
9-Évolution du DSM sur la question des troubles dissociatifs.....	18
NOSOGRAPHIE ACTUELLE.....	21
1-introduction.....	21
2-Diagnostics selon la CIM-10.....	23
3-Diagnostics selon le DSM-5.....	26
Dépersonnalisation et déréalisation.....	26
Amnésie dissociative et fugue dissociative.....	28
Trouble dissociatif de l'identité.....	30
Autre Trouble dissociatif spécifié:.....	33
Trouble dissociatif non spécifié.....	34
Trouble stress post-traumatique.....	34
THÉORIES DES TROUBLES DISSOCIATIFS.....	39
1-Approche psychanalytique des troubles dissociatifs.....	39
Introduction.....	39
Premier temps: les travaux avec Breuer.....	40

Deuxième temps: la théorie sexuelle.....	42
Troisième Temps: <i>Ichspaltung</i>	44
L'apport de Maleval sur la folie hystérique.....	45
Conclusion.....	46
2-Théories neurobiologiques et cognitives des troubles dissociatifs.....	46
Introduction.....	46
Traits dissociatifs.....	47
Hypnotisabilité.....	48
Dépersonnalisation/déréalisation.....	49
Trouble dissociatif de l'identité.....	50
Amnésie dissociative.....	55
Autre trouble dissociatif: Transe dissociative.....	55
État de stress post traumatique.....	56
Conclusion.....	56
3-Approche phénoménologique des troubles dissociatifs.....	57
DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL PSYCHIATRIQUE.....	60
1-La question des hallucinations.....	60
Définition et mécanisme.....	60
Les liens entre dissociation et hallucinations.....	60
Caractéristiques des hallucinations dans la dissociation.....	63
2-Diagnostic différentiel avec les psychoses et les troubles bipolaires.....	65
3-Diagnostic différentiel avec le trouble personnalité limite.....	67
4-La simulation.....	68
DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL NEUROLOGIQUE.....	69
1-Dépersonnalisation/déréalisation.....	69
2-Fugue dissociative.....	69
3-Amnésie dissociative.....	70
4-Trouble dissociatif de l'identité.....	70
5-Troubles dissociatifs de la motricité et des organes des sens.....	70
OUTILS D'ÉVALUATION.....	72
1-La DES.....	72

2-La SCID-D.....	74
3-La DDIS.....	74
4-L'ITDST.....	75
THÉRAPEUTIQUE.....	77
1-Prise en charge des troubles dissociatifs.....	77
2-Prise en charge spécifique du TDI.....	77
Revue de la littérature.....	77
Recommandations de la SIETD.....	79
CAS CLINIQUES.....	81
Mme S.....	81
Mme M.....	83
Mr X.....	85
Mme T.....	89
Mr B.....	90
Conclusion.....	91
DISCUSSION.....	95
BIBLIOGRAPHIE.....	97

INTRODUCTION GÉNÉRALE

D'après l'American Psychiatric Association (APA), la dissociation est un mécanisme de défense psychologique face à un traumatisme qui s'exprime par une rupture des intégrations des fonctions psychobiologiques normales, pouvant inclure la mémoire, l'identité, la conscience, la perception et le contrôle moteur. Ses fonctions qui devraient être associées, coordonnées et liées ne le sont plus dans les troubles dissociatifs. Il s'agirait d'un mécanisme de protection permettant à l'individu de se détacher psychologiquement d'événements trop violents pour être intégrés (1).

La dissociation au sens de l'APA traduit donc une discontinuité de l'intégration, avec l'échec pour l'individu à intégrer des informations pertinentes. Ces ruptures peuvent atteindre *"la conscience d'une personne et son vécu corporel, son expérience du monde, du Soi, de l'esprit, de la représentation, de l'intentionnalité, de la pensée, de la croyance, du savoir, de la reconnaissance, du souvenir, du sentiment, du désir, de la parole, de l'acte, de la vue, de l'ouïe, de l'odorat, du goût, du toucher."* (2). Elles sont vécues de manière intrusives par l'individu, le perturbant dans ses manières habituelles de réagir ou fonctionner. La dissociation entraîne des perturbations de la conception de sa propre identité, comme dans la dépersonnalisation ou à l'extrême dans les dédoublements de personnalité, ou de la conception du monde extérieur, comme dans la déréalisation, l'amnésie dissociative ou les hallucinations auditives.

Le terme de dissociation est source de confusions. Les troubles dissociatifs tels qu'on les conçoit actuellement renvoient plutôt à une définition de Janet, et sont rattachés historiquement au concept d'hystérie, pourtant tombée en désuétude dans les classifications psychiatriques américaines. Cette conception de la dissociation se fait par opposition à la dissociation dans la schizophrénie, concept développé par Bleuler. Actuellement la dissociation dans la schizophrénie renvoie plutôt au concept de désorganisation, mais dans la pratique psychiatrique courante française, le terme dissociation fait encore référence à la psychose ou la schizophrénie. Pour accroître la confusion, Freud a développé lui aussi un concept de dissociation dans l'hystérie, ayant posé en partie les bases de la théorie psychanalytique et en opposition sur plusieurs points avec les théories de Janet.

Les diagnostics de troubles dissociatifs sont également source de controverse. Ils sont issus du démantèlement du diagnostic d'hystérie, trop rattaché aux théories psychanalytiques et font donc partie d'une catégorie distincte de celle de la personnalité histrionique ou même des troubles de conversions autrefois regroupés. Certaines composantes des troubles dissociatifs, comme le trouble

dissociatif de l'identité, ne sont pas reconnus comme des diagnostics légitimes, même aux États Unis où il a pourtant une place importante depuis les années 1970. Certains considèrent que la simulation et la suggestion prennent une part prépondérante dans la présentation clinique et remettent en cause la pertinence de ce diagnostic.

Actuellement certains auteurs considèrent les troubles dissociatifs comme étant fortement associés aux troubles bipolaires ou au trouble personnalité limite. D'autres considèrent la dissociation comme étant un mécanisme conduisant à la psychose, à l'opposé de sa conception historique, comme un mécanisme essentiellement névrotique et rattaché à l'hystérie.

Les troubles dissociatifs posent donc de nombreux problèmes diagnostiques et nosographiques. Ils ne sont d'ailleurs pas au programme de l'Examen Classant National qui sélectionne l'ensemble des médecins français.

On retrouve une prévalence croissante des troubles dissociatifs ces vingt dernières années, qui s'explique notamment par le regain d'intérêt pour ces phénomènes. D'après des données de 2002, on estime qu'environ 10% de la population générale et 16% de la patients hospitalisées seraient sujets à des troubles dissociatifs (3) .

Les troubles dissociatifs sont donc une entité controversée et trans-nosographique.

Pour mieux les cerner, il est nécessaire de revenir à l'origine de la notion de dissociation et de faire un historique de l'évolution de cette notion. Par la suite nous détailleront la nosographie actuelle des troubles dissociatifs, avec la Classification internationale des maladies (CIM-10) et le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM). Nous développerons par la suite différentes approches théoriques des troubles dissociatifs, avec des perspectives psychanalytiques, neurobiologiques et phénoménologiques.

Les troubles dissociatifs étant à la frontière de nombreux autres troubles et relativement peu connus, nous verrons ensuite les diagnostics différentiels psychiatriques et neurologiques possibles, les outils d'évaluation et les possibilités thérapeutiques pour ces troubles. Enfin nous développerons cinq cas cliniques illustrant la variété et les enjeux des troubles dissociatifs en pratique psychiatrique courante.

HISTORIQUE

1-Introduction

La dissociation, telle qu'on la conçoit actuellement dans les troubles dissociatifs, a été initialement décrite dans l'hystérie à la fin du 19ème siècle, par Freud, Breuer et Janet, sous l'influence de Charcot. Ces travaux précèdent le concept de *Spaltung* par Bleuler et Jung qui le décrivent dans la schizophrénie.

Cependant, des cas de personnalité multiple ont été étudiés à des périodes antérieures. Ainsi Briere de Boismont rapporte le cas de la dame de Macnish, une américaine qui aurait vécu deux existences distinctes qui s'ignoraient mutuellement au début du 19ème siècle aux États Unis. En 1876, le chirurgien bordelais Azam rapporte le cas de Felida, qu'il a présenté à l'académie des sciences morales et politiques, et qui présentait deux identités alternantes, l'une ignorant tout de l'autre, alors que cette dernière gardait une mémoire complète des deux personnalités (4, 5).

De plus certains auteurs ont développé des concepts similaires à la dissociation antérieurement aux travaux de Janet: ainsi Hecker (6) introduit en 1871 la notion de *Spaltung* à la catégorie des «hébéphrénies» en décrivant un contenu mental décousu (de l'allemand *zerfahren*) et Wernicke utilise lui le terme *Sejunktion* en 1874 pour décrire le même phénomène (7) .

Le développement du concept de dissociation et plus largement les travaux sur l'hystérie à la fin du 19ème siècle allait de pair avec la pratique de l'hypnose. Ainsi Charcot considérait la transe hypnotique comme une pathologie induite, une hystérie artificielle ou expérimentale (8) .

Charcot a en outre mis en avant le rôle que la suggestion joue dans la pathologie hystérique (9) . Il a par ailleurs été influencé par la psychologie associationniste expérimentale en provenance d'Angleterre et a développé l'idée d'une possible décomposition du moi dans des unités distinctes et parfois indépendantes suite à des chocs (10).

Les travaux et réflexions de Charcot sur l'hystérie ont beaucoup influencé Janet, Freud et Breuer. . Bleuler et Jung, qui ont développé le concept de schizophrénie, ont également côtoyé Charcot.

2-Développement de la dissociation selon Pierre Janet

Pierre Janet est avant tout doctorant en philosophie, et acquerra par la suite le statut de médecin. Sous l'impulsion de Charcot, il travaille sur l'hystérie et mentionne la dissociation en 1887 dans son article *"L'anesthésie systématisée et la dissociation des phénomènes psychologiques"*(11), repris en suite dans *"l'automatisme psychologique"*(12) . Janet fait d'emblée le lien entre hystérie, traumatisme et dissociation.

Il développe sa théorie de la dissociation lors d'observations et d'expériences sous hypnose avec des patientes souffrant d'hystérie avec des atteintes partielles du système nerveux. Il décrit dans *"L'anesthésie systématisée et la dissociation des phénomènes psychologiques"* le cas d'une patiente, L. qui présente une anesthésie de l'ensemble du corps. Sous hypnose, l'écriture automatique de la patiente révèle une autre personnalité, Adrienne. Dès lors, Janet décrit deux consciences chez cette femme. Il fait de multiples expériences par suggestion sous hypnose et constate qu'Adrienne est consciente de ce la patiente ignore, notamment la sensibilité tactile alors que L. présente une anesthésie. En outre Adrienne se souvient des crises hystériques, ce dont L. ne garde aucune mémoire. Suite à diverses expériences suggestives, il constate que *"tout phénomène surajouté artificiellement à la conscience d'Adrienne sera enlevé à la conscience de L."* (11) .

En prenant l'exemple des anesthésies et des catalepsies partielles, qu'il a particulièrement étudié avec le cas de L, il décrit le phénomène de la dissociation.

Il explique ce phénomène par des ruptures des associations mettant à mal à l'unité de la personnalité par une mise à l'écart d'une partie du psychisme. Il s'appuie sur la théorie la plus en vogue à l'époque sur la mémoire humaine, la théorie de l'association, qui suppose que les souvenirs parviennent à la conscience par association d'idée. La conscience selon Janet est *"comme une activité de "synthèse" ininterrompue, qui combine, "agrège", "associe", le flux des sensations, mouvements, idées, mémorisations, etc., qui en permanence agite l'esprit, en des états émotionnels et mentaux d'un degré chaque fois plus complexe, plus général, "hiérarchisé", jusqu'à aboutir à ces unifications particulières telles que l'idée de personnalité ou la perception de la réalité du monde."*(13) .

Ainsi dans le cas de L, la dissociation survient *"au moment où les sensations conscientes sont classées en groupe et associées les unes avec les autres"* (11) . Il constate donc que l'anesthésie n'est pas une anomalie de la sensation, qui est préservée, mais de la perception et en conclut qu'il s'agit là d'une atteinte des associations et non de la perception. Il écrit donc: *"La sensation en apparence supprimée reste parfaitement réelle et consciente comme autrefois, elle est simplement séparée de l'ensemble des phénomènes psychiques dont la synthèse forme l'idée du moi"* (11) .

La dissociation serait une conséquence d'une faiblesse de l'esprit, *"une misère psychologique"* qui empêcherait de combiner efficacement les différentes fonctions mentales de manière consciente et unifiée. Cette restriction du champs de la conscience affecterait la fonction de synthèse des individus, ce qui laisserait certains phénomènes en dehors de la conscience personnelle. Il décrit ainsi ces atteintes de diverses manières: Désagrégation, scission, division, dédoublement de la personnalité.

Les éléments séparés, exclus de la conscience, gardent leur cohérence et leur structuration et forment un nouvel ensemble logique, dans le subconscient. Ce terme, qu'il préfère à celui d'inconscient, regroupe les processus psychiques auxquels le sujet n'a pas accès. Il évite le terme d'inconscient car selon lui ces phénomènes sont dotés d'une certaine forme de conscience *"en dehors et en dessous de la conscience normale"* (12) . Il accusera par ailleurs Freud de lui avoir volé ce terme. Freud, après avoir utilisé indifféremment plusieurs termes préférera finalement le terme d'inconscient, plus à même selon lui de décrire les phénomènes en jeu.

C'est une des majeures différences avec la conception de la dissociation de Bleuler pour les schizophrénies, développée un peu plus tard. Pour Janet les éléments exclus gardent une structure et une organisation cohérente quand pour Bleuler dans la schizophrénie, les éléments sont séparés et désorganisés.

Ces éléments peuvent alors constituer un nouvel ensemble, une nouvelle personnalité qui peut entrer en compétition avec la personnalité initiale, les deux ensembles *"se ravissant les uns aux autres les sensations, les images et par conséquent les mouvements qui doivent être réunis normalement dans une même conscience et un même pouvoir"* (14) Janet explique que la conscience se déploie en de multiples courants qui ne croisent pas nécessairement (15) .

La dissociation serait un élément fondamental de la maladie hystérique, et serait consécutive à un traumatisme. Le traumatisme, forcément réel selon Janet, entraîne donc chez des individus fragiles

une mise à l'écart d'une partie du psychisme par dissociation. Les éléments exclus restent centrés sur le traumatisme, comme une idée fixe. Ainsi il écrit en 1898:

"La trace d'un événement traumatique ne s'enregistrerait pas comme les autres souvenirs, il s'isolerait dans ce qu'il appelle une « idée fixe ». Cette partie fragmentée de l'expérience grandirait en autarcie dans une partie de la conscience, une partie séparée du reste (dissociée), faisant ainsi cohabiter le non-souvenir oublié du trauma en dehors de ce qui est du reste, provoquant des amnésies dissociatives." (16) .

L'amnésie dissociative s'expliquerait ainsi par une mise à l'écart de souvenirs traumatiques par dissociation, qui constitueraient l'idée fixe dans le subconscient.

L'idée fixe subconsciente serait ainsi à l'origine des divers symptômes hystériques décrits.

Il fait également le parallèle entre les phénomènes de dissociation à l'œuvre dans l'hystérie et le somnambulisme, d'où l'on se réveille sans aucun souvenir. Le somnambulisme serait un exemple de dédoublement de personnalités, personnalités intervenant successivement entre la veille et l'état de somnambulisme et s'ignorant mutuellement. Il suggère donc que la dissociation serait le mécanisme sous-jacent du somnambulisme. Les états de somnambulisme et les crises d'hystérie seraient la conséquence d'un abaissement du niveau mental, qui se traduit par une dissociation accrue (2) .

Cependant contrairement au somnambulisme, dans l'hystérie les personnalités n'interviennent pas successivement entre l'éveil et le sommeil, mais cohabitent simultanément, l'une étant dans le subconscient. Il écrit:

"Les systèmes de phénomènes psychologiques qui formaient les personnalités successives du somnambulisme ne disparaissaient pas après le réveil, mais subsistent plus ou moins complets au-dessous de la conscience normale qu'ils peuvent altérer et troubler de la façon la plus singulière"(12) .

Toujours d'après Janet, l'hypnose est un élément clé dans la prise en charge de ces formes d'hystéries, en permettant de dissocier les symptômes de leur origine traumatique. Le fait de se souvenir sous hypnose du traumatisme ayant été à l'origine supposée du trouble serait déjà thérapeutique. Mais l'hypnose serait pour Janet l'occasion de désamorcer les scènes traumatiques en les rejouant de manière édulcorée. Par suggestion, Janet veut imposer sous hypnose une nouvelle

version du traumatisme, espérant ainsi réduire voir abolir les symptômes, en disloquant l'idée fixe ce qui permettrait la reconstitution de l'unité de l'esprit.

Ainsi il décrit le cas d'Achille, un patient qui suite à des infidélités présentait une symptomatologie de possession par le diable. Sous hypnose, il suggère au patient que sa femme lui apparaît et lui pardonne complètement ses infidélités, ce qui entraîne la disparition de la symptomatologie (16) .

Il décrit également le cas d'une jeune fille de 17 ans traumatisée après avoir vue des morts de choléra en aidant sa mère qui était garde-malade. La vision des morts de choléra a là pour valeur d'idée fixe selon Janet, et est à l'origine de la symptomatologie d'attaque hystérique. Sous hypnose, Janet va s'employer à substituer l'image des morts par celui d'un général chinois comique, désamorçant alors la scène traumatique. Il complétera cette dédramatisation en décomposant et édulcorant le mot choléra, toujours sous hypnose, permettant la rémission des symptômes (16) .

Les idées de Janet seront par la suite reprises outre Atlantique par Morton Prince, neurologue américain qui a également rencontré Charcot lors d'un voyage à Paris. Il décrira un cas de personnalité multiple célèbre, "*Miss Beauchamp*" en 1905 dans "*The dissociation of a personality*". Il développe le concept de "*coconscience*" qu'il préfère à celui de subconscient de Janet, car permettant de mieux décrire le caractère simultané de l'existence d'une deuxième conscience. Le terme coconscience permet également de prendre en compte le fait que la conscience primaire se rend compte de la conscience secondaire, et qu'il peut exister de multiples consciences (15) .

3-La dissociation selon Sigmund Freud et Joseph Breuer

Joseph Breuer et Sigmund Freud ont développé une théorie initialement commune de l'hystérie à la fin du 19ème siècle. Freud est alors beaucoup influencé par Charcot, dont il a suivi les leçons et qui a fait naître chez lui un intérêt poussé pour l'étude de l'hystérie. Ces travaux se font en parallèle de ceux de Janet. Freud et Janet se sont par la suite mutuellement accusés de s'être fait voler leurs découvertes sur l'hystérie et la dissociation.

Freud et Breuer publient tout d'abord une communication temporaire, "*les mécanismes psychiques des phénomènes hystériques*" en 1893 puis "*études sur l'hystérie*" en 1895.

Joseph Breuer, médecin et physiologiste autrichien, considère un mécanisme proche de la dissociation, les "*états hypnoïdes*", comme à l'origine de la pathologie hystérique. Breuer emprunte

le terme à J.P Moebius, et le définit comme un état de conscience assez proche du rêve et de l'hypnose, dans lequel le patient peut se trouver. Les états hypnoïdes sont décrits comme *"un certain vide de la conscience dans lequel une représentation qui émerge ne rencontre aucune résistance de la part d'autres représentations"* (17) Breuer parlera également d'état crépusculaire pour décrire les états hypnoïdes.

Breuer s'est appuyé sur le cas d'une jeune patiente hystérique pour développer la méthode cathartique, Anna O. Il s'agissait, sous hypnose profonde, de faire parler la patiente de ses expériences traumatisantes, ou trauma psychique, qui étaient à l'origine des symptômes hystériques. Ainsi selon Breuer et Freud, *"peut agir comme telle toute expérience vécue qui provoque les affects pénibles de l'effroi, de l'angoisse, de la honte de la douleur psychique et, bien entendu, il dépendra de la sensibilité de la personne concernée (ainsi que d'une condition qu'il faudra mentionner plus tard) que l'expérience vécue prenne valeur de trauma."*(18) . Ce traumatisme psychique était à l'origine d'une surexcitation psychique qui n'a pas été déchargé. L'affect ainsi conservé mais non accessible à la conscience est à l'origine des symptômes hystériques.

La patiente faisait sous hypnose le lien avec ses symptômes qu'elle n'arrivait pas à faire à l'état conscient. Au réveil, Breuer demandait à la patiente de se remémorer ce qui s'était dit sous hypnose, ce qui permettait la disparition des symptômes hystériques.

Cette méthode thérapeutique était décrite comme la méthode cathartique. Elle avait pour *"finalité thérapeutique de canaliser le quantum d'affect utilisé à entretenir le symptôme, qui s'était fourvoyé sur de fausses routes et s'y était pour ainsi dire coincé, vers des voies normales par lesquelles il pût être déchargé"* (19) . L'abréaction décrivait cette décharge émotionnelle qui n'avait pu se faire au moment du traumatisme, et qui entraînait la disparition des symptômes hystériques.

Ainsi selon Breuer et Freud, un traumatisme est à l'origine d'un surcroît d'excitation, entraînant une rupture des associations. La représentation de l'organe paralysé sera trop chargée d'affect et donc dissocié de la conscience, ce qui est à l'origine des symptômes hystériques constatés. Le but de la méthode cathartique sera donc de permettre à cet excès d'excitation de se faire.

L'évolution du point de vue de Freud sur la dissociation et l'hystérie sera abordée plus loin dans la partie « Approches psychanalytiques ».

4-Divergences entre les travaux de Janet et ceux de Breuer et Freud

Lorsque Freud revient sur les travaux communs d'avec Breuer, il évoque une *"limitation de la capacité d'association"* comme *"fondement et la condition de l'hystérie"*(20) . Pour autant de nombreuses divergences sont constatées entre les théories de Janet et les travaux communs à Breuer et Freud.

La nature du traumatisme

Janet considère qu'un traumatisme est toujours à l'origine de la dissociation, alors que pour Freud un intense investissement affectif peut plus largement en être à l'origine. Pour Freud cet affect intense ne deviendrait traumatique que si la dissociation et le clivage se prolongerait trop durablement *"si l'individu ne peut ou ne veut s'acquitter du surcroît, le souvenir de cette impression acquiert l'importance d'un trauma et devient la cause de symptômes permanents d'hystérie."* (21) .

Toutefois Freud n'abandonnera pas tout de suite l'hypothèse d'un traumatisme réel et non fantasmé comme systématiquement à l'origine de l'hystérie. Il décrit cette théorie comme sa neurotica.

L'origine dégénérative de la dissociation

Freud évoque par ailleurs la différence de point de vue sur l'hystérie entre Janet et Breuer, Freud se positionnant plutôt du côté de Breuer. Janet pense que le clivage de conscience, d'origine dégénérative, est une caractéristique primaire de l'hystérie. Breuer considère quant à lui que ce sont les états hypnoïdes qui sont à l'origine de l'hystérie, et que le clivage de conscience en serait secondaire.

Par ailleurs, là où Janet considère une faiblesse du moi comme à l'origine de la dissociation, Freud considère au contraire qu'il y a un conflit psychique avec un Moi fort qui se protège de traumatismes réels ou fantasmés par un mécanisme de défense, le refoulement, autre élément fondamental de l'hystérie avec la dissociation (3) .

La nature des contenus dissociés

Dans le refoulement selon Freud, seules les informations et souvenirs qui paraissent inacceptables sont bloquées, au contraire des théories de Janet où la seconde personnalité n'est pas uniquement composée de souvenirs inacceptables et semble parfois plus saine et stable que la première personnalité.

Une autre différence est que dans la théorie freudienne, les contenus séparés de la conscience et refoulés ne sont accessibles que par des moyens détournés comme l'interprétation. Dans la théorie de la dissociation selon Janet, les contenus séparés sont directement accessibles, il est possible de converser avec la seconde personnalité.

5-Le point de vue de Bernheim sur l'hystérie

Hippolyte Bernheim est un médecin français, ayant initié sa formation à Strasbourg, et qui s'est installé à Nancy suite à l'annexion de l'Alsace-Lorraine par la Prusse après la guerre de 1871. Il est nommé professeur titulaire de médecine interne en 1879. Il y fonde ce qu'on appelle alors l'école de Nancy, où il développe ses propres méthodes sur l'hystérie, avec une utilisation centrale de l'hypnose et de la suggestion. Suite à ses observations, il considère que la systématisation des symptômes de l'hystérie, telle qu'elle a pu être faite à l'époque, notamment par Charcot, n'a pas de validité, qu'elle est due à l'imitation et surtout à la suggestion. Ainsi il considère qu'il s'agit d'une *"hystérie de culture"* (22), que les hémianesthésies d'origine hystérique fréquemment rapportées à l'époque sont la conséquence de *"suggestion médicale exploratrice"* (22). Il est à la fin du 19^{ème} siècle le grand rival de Charcot, l'école de Nancy étant considérée comme opposée à l'école de la Salpêtrière de Charcot.

Il considère en outre que l'hystérie a une origine émotive, ainsi en 1904 il écrit qu'il s'agit d'une *"réaction psychodynamique exagérée, déterminée par certaines émotions"* (22) qui peut se répéter par *"autosuggestion émotive"*(22). Il s'agirait selon lui d'un phénomène d'origine externe, qui proviendrait d'un événement extérieur, ou interne, qui se surajoute à une maladie nerveuse préexistante. Ainsi il décrit l'hystérie comme un *"syndrome réactionnel émotif psychonerveux qui peut exister seul ou se greffer sur des maladies diverses."*(22). Il insiste sur le rôle fondamental que la suggestion a dans la production des symptômes, qui peuvent par conséquent présenter des symptômes d'une infinie variété. Il cite alors le terme inventé par Joseph Babinski, *"pithiatisme"*,

formé des mots grecs persuasion et guérison. Babinski considère également la suggestion comme fondement de l'hystérie, et considère les termes hystérie et pithiatisme comme équivalents. Ainsi Babinski écrit: *"Ce qui caractérise, les manifestations hystériques, c'est la possibilité de les reproduire chez certains sujets avec une exactitude rigoureuse par suggestion, et d'autre part de les faire disparaître sous l'influence exclusive de la persuasion."*(22) .

Par ailleurs, l'opinion de Bernheim sur le fondement de l'hystérie diffère de celle de Freud et Breuer dans leurs travaux communs. Ainsi s'il est d'accord pour considérer que l'hystérie est d'origine émotive, il ne pense pour autant pas que les symptômes soient dus à une décharge émotionnelle qui n'a pu se faire, comme le considère Breuer qui développe alors la méthode cathartique, cette dernière ayant pour but de permettre à cette décharge émotionnelle de se faire. Bernheim considère au contraire que c'est une *"réaction psycho-dynamique exagérée qui constitue la crise."*

Il considère que le but de la thérapie, plutôt que de susciter cette décharge émotionnelle, est au contraire de modérer, d'inhiber ses réactions émotionnelles pour éviter une nouvelle crise. Il propose un travail lent et méticuleux d'élaboration au patient, accompagné d'émotions *"à petite dose"* et contenue, pour lui apprendre *"à modérer son émotivité impulsive"*(22) . Ainsi Bernheim a une conception de l'hystérie comme étant fondamentalement liée à la suggestion, et propose un travail d'élaboration sous hypnose à ces patients qui en souffrent, basé sur la modération des émotions. Il considère en outre l'hypnose comme un état de suggestibilité accrue et s'en sert donc à but thérapeutique.

6-Déclin de la notion de dissociation de Janet

L'essor de la psychanalyse, et avec elle l'abandon de l'idée d'un traumatisme réel à l'origine des troubles dissociatifs entraînera un désintérêt pour les théories sur la dissociation de Janet et l'hypnose par la suite. Les troubles dissociatifs sont alors parfois considérés comme des erreurs diagnostiques. Le développement du concept de schizophrénie par Bleuler en 1908, suivie de la publication en 1911 de sa célèbre monographie *« Dementia Praecox ou Groupe des schizophrénies »* (23) et avec elle sa propre définition de la dissociation est également responsable de déclin du concept de dissociation de Janet.

En 1908, Bleuler veut remettre en question la démence précoce, concept inventé par Kraepelin en 1893 et affiné en 1896 pour décrire la psychose. Il affirme alors que le pronostic de ces tableaux cliniques n'est pas celui d'un abêtissement irrémédiable, qui se confondrait avec celui des démences,

comme l'aurait affirmé Kraepelin. Plutôt qu'une dégradation irréversible du jugement, des processus émotionnels et de l'activité volontaire, il propose comme mécanisme à la psychose un trouble de la fonction associative, dont l'origine du trouble serait inconnue. Ce dysfonctionnement impliquerait une scission (*Spaltung*) des fonctions psychiques et serait à l'origine de l'ensemble des symptômes psychotiques. Le terme *Spaltung* a ensuite été improprement traduit en français par dissociation, après plusieurs hésitations avec les termes dislocation et désagrégation. C'est Henri Ey, auteur de la seule traduction résumée de Bleuler pendant des années, qui aura finalement tranché pour le terme de dissociation pour désigner *Spaltung* (24).

C'est sur le concept de scission qu'est basée l'étymologie du terme schizophrénie, soit en grec "*division de l'esprit*". L'étymologie à elle seule peut expliquer en partie la confusion auprès du grand public entre schizophrénie et dédoublement de personnalité, mais la traduction maladroite de *Spaltung* par dissociation n'a pas du aider, même dans le milieu psychiatrique.

Ainsi la théorie de la dissociation schizophrénique de Bleuler repose en partie sur des bases communes à celle de Janet, à savoir une rupture des associations comme à l'origine du trouble, alors que ces phénomènes étaient décrits jusque là préférentiellement dans l'hystérie (13, 25). Jung, élève de Bleuler, a suivi les enseignements de Janet et aurait influencé Bleuler pour sa nouvelle conception de la psychose, en appliquant aux démences précoces le concept de dissociation à la française, soit la dissociation selon Janet (24).

Selon Bleuler les troubles psychotiques seraient donc la conséquence d'un affaiblissement associatif entraînant une scission du sujet en complexes indépendants. Ces complexes indépendants domineraient alternativement la personnalité, qui perdait son unité. Par conséquent, la dissociation des fonctions psychiques devient centrale dans la schizophrénie, et le diagnostic se fera sur la présence de signes dissociatifs. Bleuler décrit deux étapes: Une *Zerspaltung* primaire qui correspond à une désagrégation, suivie de la *Spaltung*, avec le clivage de la pensée en différents groupements sans structuration (26). L'ensemble des symptômes de la psychose, comme le délire, découleraient de cette dissociation (25).

En donnant une définition précise mais large de la schizophrénie, avec un caractère dynamique à l'opposé de la conception Kraepellinienne des démences précoces, Bleuler laisse peut-être peu de place aux autres formes de folies à l'hôpital, notamment ce qui était considéré auparavant comme des formes graves d'hystérie. D'autant que la définition de la dissociation schizophrénique se fait sur les mêmes bases associationnistes que la dissociation hystérique de Janet. Ainsi les patients

souffrants de personnalités multiples ont pu se retrouver avec un diagnostic de schizophrénie. Plus largement, cette conception de la psychose sur la base de symptômes dissociatifs assez largement présents en psychiatrie entraînera une inflation des diagnostics de schizophrénie, qui devient presque un diagnostic unitaire. Ainsi il a été constaté que dans les quinze années qui ont suivi le remplacement des démences précoces par le concept de schizophrénie, les diagnostics de personnalité multiples ont diminué de moitié (27) .

Certains auteurs, comme Henri Claude envisage même l'hystérie conversive ou dissociative comme une forme atténuée et moins grave de schizophrénie dans les années 1930 (28) .

Actuellement, cette vision de la schizophrénie centrée exclusivement sur la dissociation n'a plus cours, et le diagnostic semble plutôt être un intermédiaire entre les concepts de Bleuler, Kraepelin et Schneider (25) .

Le développement des théories de psychologie comportementaliste aux États Unis a également pu contribuer au déclin du concept de trouble dissociatif, les expériences subjectives ne constituant pas des données scientifiques considérées comme fiables (15) .

7-Le point de vue d'Henri Ey sur la dissociation et les hallucinations

Henri Ey, neurologue et psychiatre français à l'hôpital de Saint Anne et de Bonneval soutient dans son traité sur les hallucinations de 1973 que les hallucinations ne sont pas systématiquement rattachées à la psychose (29) .

En s'appuyant entre autres sur les travaux de Janet sur la dissociation et Freud sur l'hystérie, il décrit une forme d'altération de la réalité dans la névrose et décrit des hallucinations hystériques comme une forme de «*conversion psycho-physiologique*» (29) .

Henri Ey fait le parallèle entre hypnose et hystérie, décrivant des mécanismes similaires entre les deux, avec la suggestion comme un mécanisme fondamental.

Ainsi l'auto et l'hétérosuggestion sont des mécanismes pouvant amener à la survenue d'hallucinations chez les hystériques, de manière similaire aux expériences d'hallucinations suggérées sous hypnose. L'hétéro-suggestion serait sous-tendu par un lien transférentiel dans l'hypnose, en référence aux théories freudiennes.

Henri Ey considère l'hystérie comme l'expression d'une idée fixe suite à une désagrégation de la personnalité, comme l'a développé Janet ou comme une satisfaction libidinale inconsciente suite à un refoulement comme l'a décrit Freud. Quel que soit le mécanisme considéré, Henri Ey envisage

la névrose comme plus proche de la psychose que de l'homme normal (normal non pas dans le sens d'une norme moyenne, mais plutôt conforme à une finalité personnelle) . Il reprend ensuite l'idée fixe développée par Janet, qui tire sa force de son isolement de l'ensemble des éléments psychiques. Les hallucinations hystériques seraient une manifestation de cette idée fixe, et seraient sous l'influence de l'auto ou hétéro suggestion. Il s'agirait selon Henri Ey d'une des différences entre les hallucinations de l'hystérique et celle du psychotique : Le délire psychotique serait inébranlable et irréductible, quand l'hallucination de l'hystérique aurait une certaine forme de plasticité, serait teintée de théâtralisme et d'une forme de représentation.

Il évoque en outre les états crépusculaires, qui seraient des manifestations typiques de l'hystérie, comme une forme d'hypnose par auto suggestion, souvent consécutif à un choc émotionnel. Le sujet serait entièrement concentré sur son idée fixe, d'où la restriction de la conscience caractéristique de cet état.

Il conclut donc la présence d'hallucination ne signe pas la psychose, mais que les hystériques, dans une conception de la maladie qui s'appuie sur les théories de Janet, peuvent présenter cette symptomatologie. Il considère que les hallucinations des psychotiques et des hystériques obéissent à des mécanismes proches mais distincts, mais qu'ils caractérisent pour les deux cas « *des manières de ne pas être au monde* » (29) .

Henri Ey, en s'appuyant sur les travaux de Janet et Freud, conçoit donc l'idée que les hallucinations ne soient plus exclusives à la psychose, mais qu'elles puissent exister dans une conception de l'hystérie et de la dissociation proche de celle de Janet.

8-Nouvel essor du concept de troubles dissociatifs

Un nouvel intérêt pour la dissociation renaîtra aux États Unis dans la deuxième moitié du 20ème siècle. Le retour des vétérans de la guerre du Viet Nam a permis de développer la clinique et la théorisation du syndrome de stress post traumatique. Par ailleurs, le mouvement féministe dans les années 60-70 va permettre de libérer la parole sur les violences faite aux femmes et aux enfants, et sera à l'origine des premières études sur les traumatismes infantiles . La question des conséquences psychologiques des traumatismes se pose à nouveau.

Le nombre de cas de personnalité multiple se multiplie depuis les années 1970, surtout en Amérique du Nord, en parallèle d'une littérature croissante sur le sujet et du succès de ce diagnostic auprès du grand public. Cette épidémie de cas serait due pour les défenseurs du diagnostic de personnalité multiple à une meilleure connaissance du diagnostic par les professionnels, et à de meilleurs outils

de repérage. Pour ses détracteurs, la définition particulièrement large et floue du dédoublement de personnalité dans le DSM et une forme de suggestibilité seraient à l'origine de cette inflation de cas (30).

Les troubles dissociatifs, ainsi redécouverts, sont considérés comme une catégorie diagnostique détachée de l'hystérie, qui est devenu outre atlantique un concept désuet, car trop rattaché aux théories psychanalytiques. Le démantèlement du concept d'hystérie aura ainsi permis l'essor de cette nouvelle catégorie diagnostique.

Dans les années 90, les révélations publiques croissantes d'abus d'enfants créent une controverse. Des praticiens sont accusés d'induire de faux souvenirs de traumatismes par suggestion. L'association du syndrome du faux souvenir "*False Memory Syndrome foundation*" est créée aux États Unis par des parents et des praticiens accusés d'abus. La question de la nature réelle ou imaginaire du traumatisme à l'origine des troubles dissociatifs se pose à nouveau (31). Pour mettre à distance ces controverses, le terme de personnalité multiple est remplacé par celui de trouble dissociatif de l'identité. Trémine décrit en tout cas l'explosion de ces cas de dédoublement de personnalité comme "*un retour du refoulé dans la psychiatrie nord-américaine, après un long travail de déssexualisation de la psychanalyse*" (31) renvoyant par-là ces phénomènes à la notion d'hystérie.

Pour autant, les troubles dissociatifs sont désormais considéré comme ayant des liens très forts avec troubles bipolaires et schizophréniques, et la dissociation est envisagée comme un mécanisme à l'origine de ces pathologies.

9-Évolution du DSM sur la question des troubles dissociatifs

La classification de l'American Psychiatric Association, le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM) faisait encore référence à l'hystérie dans sa première version de 1952. Les réactions dissociatives sont alors classées parmi les troubles psychonévrotiques, et font référence à une désorganisation importante de la personnalité. Y sont regroupés la dépersonnalisation, la personnalité dissociée, la stupeur, l'amnésie, l'état de rêve et le somnambulisme. Une distinction est faite entre la réaction dissociative et la réaction de conversion mais il est rappelé qu'auparavant la réaction dissociative était décrite comme une forme d'hystérie de conversion.

Le DSM 2 sort en 1968, et il y est décrit une forme de névrose hystérique de type dissociatif, distincte de la névrose hystérique de conversion et une névrose de dépersonnalisation. Dans les névroses de type dissociatif *"des altérations peuvent survenir dans l'état de conscience du patient ou dans son identité, et produire des symptômes tels que l'amnésie, le somnambulisme, la fugue, et la personnalité multiple "* (32) . Dans la névrose de dépersonnalisation on retrouve *"sentiment d'irréalité et d'éloignement par rapport à soi-même, à son corps ou à l'environnement"* (32) .

Dans le DSM 3 paru en 1980, les troubles dissociatifs sont distingués de la classe des névroses et sont regroupés dans une nouvelle catégorie "trouble dissociatif". Le terme d'hystérie y est alors évité, car faisant trop référence à la psychanalyse (33) . Le concept d'hystérie est ainsi démantelé et ses différentes composantes sont divisées en plusieurs catégories diagnostiques.

On y retrouve l'amnésie psychogène, la fugue psychogène, le trouble de personnalité multiple, le trouble de dépersonnalisation et le trouble dissociatif atypique.

Le DSM 4 paraît en 1994 et modifie certaines appellations en insistant sur le caractère dissociatif des troubles: la fugue psychogène devient la fugue dissociative, l'amnésie psychogène l'amnésie dissociative; le trouble de personnalité multiple le trouble dissociatif de l'identité. Cette classification choisit de séparer les troubles de conversion des troubles dissociatifs. Pour autant elle reconnaît dans le détail des diagnostics le caractère dissociatif du phénomène de conversion.

Le DSM 5 est paru en 2013 aux États Unis et en 2015 en France. Concernant les troubles dissociatifs, sont retenus:

-le trouble dissociatif de l'identité

-l'amnésie dissociative, avec la fugue dissociative qui devient une sous-catégorie de l'amnésie dissociative.

-La dépersonnalisation/déréalisation. La déréalisation était auparavant listée dans le trouble dissociatif non spécifié et rejoint désormais la dépersonnalisation.

-Les autres troubles dissociatifs spécifiés qui regroupent les syndromes chroniques et récurrents de symptômes dissociatifs mixtes, les perturbations de l'identité dues à des environnements de persuasion coercitive intense et prolongée, les réactions dissociatives aiguës à des événements stressants, et la transe dissociative, qui est définie comme un état pathologique différents des transes culturelles communément admises.

-Les autres troubles dissociatifs non spécifiés.

On retrouve par ailleurs la notion de troubles dissociatifs dans l'état de stress aigu et l'état de stress post traumatique (32) .

NOSOGRAPHIE ACTUELLE

1-introduction

Le DSM et l'ICD-10 ont des définitions similaires des phénomènes dissociatifs. Le DSM-4 parle de rupture de fonctions habituellement intégrées de la conscience, de la mémoire, de l'identité ou de la perception. L'ICD-10 décrit une perte partielle ou complète de l'intégration normale entre les souvenirs du passé, la conscience de son identité, des sensations immédiates et le contrôle des mouvements du corps. Une des principales différences entre le DSM et l'ICD-10 est que cette dernière considère les troubles dissociatifs comme des troubles aigus, qui s'amendent en quelques semaines ou quelques mois, dans des contextes d'événements traumatiques, intolérables ou impliquant des problèmes insolubles. Le DSM-4 et 5 envisage pour sa part que les troubles dissociatifs puissent être chroniques, comme le trouble dissociatif de l'identité ou certaines formes de dépersonnalisation/déréalisation (34).

Actuellement aucune référence directe à l'hystérie n'est faite dans le DSM 5. Les troubles dissociatifs sont divisés en trouble dissociatif de l'identité, amnésie dissociative, dépersonnalisation/déréalisation, autre trouble dissociatif spécifié et autre trouble dissociatif non spécifié.

Le DSM-5 se dirige de plus en plus vers une classification dimensionnelle plutôt que catégorielle pour plusieurs troubles. Une conception dimensionnelle des troubles dissociatifs peut être envisagée, avec pour corollaire la prise en compte du caractère adaptatif du phénomène de dissociation dans certaines circonstances.

En effet la dissociation peut être conçue comme un trait psychobiologique qui peut être mesuré dans diverses populations, allant du normal au pathologique, avec parfois une composante culturelle. La dissociation peut faire référence à une variété de processus mentaux pouvant être considéré comme "normaux" ou habituels chez l'homme, comme certains aspects de l'attention divisée ou focalisée, la capacité d'absorption. Se pose également la question de la nature adaptative de la dissociation dans des contextes de danger ou de traumatisme aigu, mais aussi de menaces chroniques ou de captivité. En termes psychodynamiques, la dissociation est décrite comme une forme de défense intrapsychique face à un traumatisme, un conflit insoluble ou des expériences insurmontables. La

dissociation permettrait une réduction du stress subjectif ressenti lors de ces événements aigus ou chroniques et est parfois considéré comme un facteur de résilience.

La dissociation peut donc être décrite à la fois comme une capacité d'adaptation autant que comme une forme psychopathologique. Cependant les troubles dissociatifs sont conçus comme des perturbations dans l'intégration de diverses fonctions mentales particulièrement violentes, envahissantes et perturbantes (34) . Ainsi la dissociation acquiert un caractère pathologique lorsqu'elle va au-delà des composantes culturelles communes de l'individu et qu'elle entraîne des perturbations majeures de la mémoire ou de sa propre identité, à l'extrémité du continuum de la dissociation.

Pour autant, à l'opposé du concept dimensionnel de la dissociation, certains auteurs, dont Putnam (35) avance l'existence d'un "type" dissociatif, caractérisé par des amnésies concernant des comportements complexes, des expériences de dépersonnalisation extrême et des perturbations marquées de sa propre identité. Ces traits ne seraient pas partagés par tous, et cette conception de la dissociation rejoint celle de Janet, pour qui les troubles surviennent chez des individus fragiles, voire faibles (35) .

L'ICD-10 ou CIM-10 est une classification internationale des maladies émises par l'OMS. Si l'influence des classifications américaines reste importante, elle ne l'est probablement pas autant que pour le DSM-5, qui émane de l'APA, organe exclusivement américain. Cela peut expliquer les divergences dans la classification, notamment pour le trouble de dédoublement de la personnalité, qui n'a pas autant d'importance dans la CIM-10 que son équivalent dans le DSM-5, le trouble dissociatif de l'identité. En effet, le TDI est très étudié aux États Unis, et est considéré comme un trouble à part entière.

On constate par ailleurs que dans la CIM-10, les troubles dissociatifs regroupent des définitions plus larges que le DSM-5, pour qui les troubles de conversion sont distincts des troubles dissociatifs. Dans une perspective historique, le phénomène de dissociation a initialement été développé par Janet et Freud pour expliquer les paralysies hystériques que l'on qualifierait actuellement de trouble de conversion. Ainsi dans le DSM-5 les troubles de conversion sont rangés dans la catégorie des troubles à symptomatologie somatique et apparentés et également décrits sous le nom de trouble à symptomatologie neurologique fonctionnelle. Ce changement de nom avait pour but d'éviter une référence à des théories psychanalytiques, le terme de conversion n'était en outre pas entièrement

reconnu par tous les praticiens psychiatriques. De plus le diagnostic de conversion implique une origine psychosociale du symptôme et une absence de simulation, difficile à prouver.

Pour autant un neurologue, E Reynolds, (36) a discuté la pertinence de ce changement de terminologie. Le trouble se définit par son incohérence avec les données anatomiques existantes et les pathologies neurologiques connues, il paraît difficile de le décrire comme un trouble neurologique. En outre ce diagnostic semble négliger l'origine psychosociale du trouble, qui si elle est difficile à prouver, n'en reste pas moins pertinente, ce phénomène clinique continuant de varier en fonction des périodes historiques, ethnies et cultures.

Par contre, la déréalisation et la dépersonnalisation ne font pas partie des troubles dissociatifs selon la CIM-10, alors que c'est le cas dans le DSM-5. La CIM-10 mentionne en outre les états dissociatifs d'origine organiques, notamment suite à l'usage de drogues, par exemple le LSD, la Kétamine ou la Mescaline (2) .

2-Diagnostics selon la CIM-10

Les troubles dissociatifs sont référencés en F44 dans la CIM-10 (37) et comprennent:

(F44.0) Amnésie dissociative

L'amnésie est séparée de la fugue dissociative, contrairement au DSM-5. On retrouve cependant une description similaire au DSM-5 de l'amnésie, soit une perte de mémoire concernant des faits récents importants et souvent traumatisants, d'ampleur trop importante pour être de simples oublis.

(F44.1) Fugue dissociative

Il est précisé que la fugue dissociative présente toutes les caractéristiques de l'amnésie dissociative, mais comporte également un déplacement en apparence motivé et qui va au-delà du cadre des déplacements habituels, et pendant lequel le patient continue à prendre soin de lui. Le patient présente une amnésie complète de l'épisode et peut parfois adopter de manière transitoire une nouvelle identité, rarement de manière prolongée.

(F44.2) Stupeur dissociative

Spécificité de la CIM-10 par rapport au DSM-5, la stupeur se définit comme une absence ou une diminution très importante des mouvements volontaires et du discours. Le patient est pratiquement immobile, assis ou allongé. La stupeur peut être accompagnée de légers troubles de la conscience,

mais le sujet n'est ni endormi, ni inconscient. Le patient conserve une réactivité normale à des stimuli externes comme la lumière, le toucher ou la parole, peut ouvrir les yeux avec des mouvements oculaires coordonnés. Le tonus musculaire est adapté. Aucune cause physique n'est retrouvée, mais une cause psychique (événements stressants, difficultés interpersonnelles ou sociales) est souvent à l'origine du trouble.

(F44.3) États de transe et de possession

On constate que dans la CIM-10 la transe et la possession sont regroupés alors que dans le DSM-5 la possession est désormais rattachée au trouble dissociatif de l'identité. Ces troubles correspondent peu ou prou aux définitions respectives du DSM-5, à savoir une perte transitoire de la conscience de sa propre identité, associée à une conscience préservée de son propre environnement. Pour les cas de possession, il est écrit que le sujet agit comme s'il était habité par une entité, autre personnalité, esprit, divinité ou force.

(F44.4) (F44.7) Troubles dissociatifs de la motricité et des organes des sens

On retrouve une altération de la motricité, de la sensibilité ou des capacités sensorielles qui suggère une cause physique mais sans aucune atteinte somatique retrouvée. En ce qui concerne les sensations, seules les pertes de sensations entrent en compte dans le diagnostic. Les troubles impliquant la production d'une sensation, comme une douleur ou une sensation médiée par le système nerveux autonome, doivent être considérés comme des troubles somatoformes.

L'atteinte correspond souvent aux conceptions du patient sur la maladie physique, et n'est donc parfois pas en accord avec les lois de l'anatomie ou de la physique. On constate parfois que la perte fonctionnelle permet au patient d'exprimer un ressentiment indirectement ou de lui éviter une situation désagréable.

Les symptômes sont parfois reliés à un facteur de stress, mais pas toujours, et on constate parfois une "belle indifférence" à l'égard du trouble, contrastant avec la gravité manifeste de l'affection présentée. On retrouve souvent des difficultés de fonctionnement interpersonnel, un trouble de la personnalité chez le patient.

Les symptômes peuvent être similaires à ceux d'une maladie physique qui a touché un proche du patient. Les formes transitoires touchent principalement les adolescents, particulièrement les filles, et les formes prolongées touchent surtout l'adulte jeune.

Le diagnostic repose avant tout sur l'absence d'arguments en faveur d'une cause somatique, et sur le contexte familial et interpersonnel du sujet orientant vers une cause psychologique.

(F44.4) Troubles moteurs dissociatifs

On retrouve une perte de la capacité de tout ou partie d'un ou plusieurs membre. L'incapacité peut être partielle, avec des mouvements faibles ou lents, ou totale.

Il peut également exister une perte de la coordination (ataxie) touchant préférentiellement les membres inférieurs avec incapacité à tenir debout sans aide, des tremblements ou des secousses musculaires exagérées circonscrites à un membre ou son extrémité, ou touchant l'ensemble du corps. Le patient peut reproduire toute les formes d'ataxie, apraxie, akinésie, aphonie, dysarthrie, dyskinésie ou paralysie.

(F44.5) Convulsions dissociatives

Les convulsions dissociatives ou pseudo-convulsions peuvent ressembler aux mouvements que l'on observe lors d'une crise épileptique. Un état de stupeur ou de transe peut être observé, mais sans perte de conscience. La morsure de la langue, les blessures liées à la chute et les pertes d'urines durant la crise sont rares.

(F44.6) Anesthésie dissociative et atteintes sensorielles

Là encore, les limitations des atteintes sensorielles correspondent à la conception qu'a le patient du fonctionnement du corps plutôt qu'à une systématisation neurologique. On peut retrouver une atteinte de certains types de sensibilité avec préservation des autres, sans que cela ne corresponde à une lésion neurologique connue. La perte de sensibilité s'accompagne parfois de paresthésies.

Les atteintes visuelles sont surtout à type de vision canalaire, de perte d'acuité visuelle ou de vision floue, rarement de cécité totale. Lorsque le patient se plaint de cette dernière, les performances motrices restent paradoxalement bien conservées. La surdité ou l'anosmie dissociatives sont beaucoup plus rares que les atteintes visuelles ou sensitives.

(F44.7) Trouble dissociatif [de conversion] mixte

Il s'ont définis par l'association de plusieurs troubles classés sous F44.0 (amnésie dissociative) et F44.6 (Anesthésie dissociative et atteintes sensorielles)

(F44.8) Autres troubles dissociatifs [de conversion] (Syndrome de Ganser, personnalité multiple)

La dénomination F44.80 désigne le syndrome de Ganser qui se caractérise par des réponses à côté associés à d'autres symptômes dissociatifs. Les troubles surviennent dans un contexte pouvant faire évoquer une origine psychogène.

La dénomination F44.81 désigne quant à elle le trouble de personnalité multiple, équivalent du trouble dissociatif de l'identité dans le DSM-5. On constate qu'il est listé dans les "autres troubles dissociatifs" alors que dans le DSM-5 il est un diagnostic à part entière. Il est considéré dans la CIM-10 comme un diagnostic controversé et rare, dont on ignore l'ampleur de la part iatrogène ou culturelle.

La dénomination F44.88 regroupe quant à elle les autres troubles dissociatifs spécifiés, notamment la confusion psychogène et l'état crépusculaire psychogène. Ce dernier correspond à une altération de la vigilance, une irruption de l'imaginaire avec conservation de comportements automatiques.

(F44.9) Trouble dissociatif (de conversion), sans précision

3-Diagnostics selon le DSM-5

Dépersonnalisation et déréalisation

Dans leur conception moderne, les troubles de dépersonnalisation et déréalisation sont par essence des réponses à des traumatismes aigus. Ils sont particulièrement retrouvés chez les personnes victimes d'accidents de la route, de violences verbales ou d'emprisonnement. Il s'agirait d'une réponse inhibitrice adaptative dans des conditions de menaces ou danger, pour permettre de diminuer l'anxiété, de conserver les ressources physiologiques du sujet, et de favoriser des comportements adaptatifs. La dépersonnalisation deviendrait problématique lorsqu'elle survient en dehors des situations de danger immédiat.

La dépersonnalisation est caractérisée par *"un détachement de soi et l'impression d'être devenu l'observateur extérieur de son propre fonctionnement mental et de son propre corps."* (3) .Cela s'accompagne donc d'un sentiment d'étrangeté, d'irréalité proche du rêve éveillé, avec l'impression d'être détaché de ses propres pensées, émotions et de sa propre identité. Cependant l'appréciation de la réalité et les capacités d'analyse du patient demeurent intactes.

Des études d'analyse multifactorielles ne retrouvent pas de distinction entre les patients souffrants de déréalisation ou de dépersonnalisation, d'où la création d'une seule catégorie nosographique réunissant les deux troubles dans le DSM-5 (3) .

La dépersonnalisation est en outre le symptôme psychiatrique le plus commun après la dépression et l'anxiété.

Les critères du DSM-5 (38) sont:

Dépersonnalisation/déréalisation 300.6

A. Expériences prolongées ou récurrentes de dépersonnalisation, de déréalisation ou bien les deux:

1. Dépersonnalisation: Expériences d'irréalité, de détachement, ou bien d'être un observateur extérieur de ses propres pensées, de ses sentiments, de ses sensations, de son corps ou de ses actes (par exemple altérations perceptives, déformation de la perception du temps, impression d'un soi irréel ou absent, indifférence émotionnelle et/ou engourdissement physique)
2. Déréalisation: Expériences d'irréalité ou de détachement du monde extérieur (par exemple les personnes ou les objets sont ressentis comme étant irréels, perçus comme dans un rêve, dans un brouillard, sans vie ou bien visuellement déformés)

B. Pendant les expériences de dépersonnalisation ou de déréalisation, l'appréciation de la réalité demeure intacte

C. Les symptômes sont à l'origine d'une détresse cliniquement significative ou d'une altération du fonctionnement social, professionnel, ou dans d'autres domaines importants.

D. La perturbation n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (par exemple une drogue donnant lieu à un abus, un médicament) ou à une autre affection médicale (par exemple des crises comitiales)

E. La perturbation n'est pas mieux expliquée par un autre trouble mental, comme une schizophrénie, un trouble panique, un trouble dépressif caractérisé, un trouble stress aigu, un trouble stress post-traumatique ou un autre trouble dissociatif.

Amnésie dissociative et fugue dissociative

L'amnésie dissociative se caractérise par l'exclusion du champ de la conscience de certains éléments mnésiques du fait d'un processus dissociatif. Un traumatisme émotionnel est classiquement à l'origine du trouble. Les patients présentent une perte de mémoire soudaine d'une expérience personnelle ou d'un événement traumatique. L'amnésie circonstancielle est la forme la plus commune, les patients présentant une perte de mémoire des événements d'une période donnée, allant de quelques heures à quelques jours. L'amnésie peut aussi être sélective, concernant certains événements durant une période donnée, systématisée, concernant certaines catégories de la mémoire, ou généralisée, concernant la vie entière, s'accompagnant d'oubli de sa propre identité. De rares cas d'amnésie dissociative antérograde ont été décrits, dans un tableau plus global de pseudo démence ou pseudo-délirium dissociatif (34) .

Contrairement aux amnésies de cause organiques où l'encodage des informations est atteint, entraînant des atteintes de la mémoire antérograde et rétrograde, il s'agit de dysfonctionnement de processus de remémoration qui sont en jeu dans l'amnésie dissociative (3) . La mémoire est accessible, mais pas disponible. Le processus de l'amnésie dissociative est en principe réversible. Les informations dissociées peuvent parfois ressurgir ponctuellement, ou influencer les comportements et les émotions de la personne atteinte. La récupération peut être progressive ou brutale, avec parfois des phénomènes d'ecmnésie, qui correspondent à la survenue de souvenirs anciens revécus comme des expériences actuelles (39) .

L'amnésie dissociative peut par ailleurs se retrouver dans d'autres troubles liés à la dissociation: l'état de stress aigu ou l'état de stress post traumatique, et le trouble dissociatif de l'identité.

La fugue dissociative devient dans le DSM-5 une sous-catégorie de l'amnésie dissociative.

Plusieurs psychologues cognitivistes ont été sceptiques quand à l'existence de l'amnésie dissociative en tant que trouble et mécanisme spécifique d'oubli, préférant voir dans ces présentations cliniques une forme exacerbée d'oubli commun et habituel. L'amnésie dissociative diffère cependant de l'oubli habituel, dans la mesure où elle peut toucher des informations autobiographiques, ou quand elle implique des événements survenus 5 minutes auparavant, sa propre identité, ou les trois dernières années comme on peut le retrouver dans l'amnésie dissociative (34) .

D'autres chercheurs ont suspecté les patients victimes d'amnésie dissociative de simulation et ont douté de la pertinence de l'existence d'un tel diagnostic, de par son caractère parfois fluctuant et réversible (40) .

La fugue dissociative survient généralement suite à un traumatisme. Le processus dissociatif entraîne une perte brutale de l'identité, une amnésie généralisée, c'est à dire complète du passé et s'accompagne parfois de l'adoption d'une nouvelle identité lors de la fugue. D'autres troubles dissociatifs doivent être recherchés, notamment des troubles dissociatifs de l'identité.

Les critères du DSM-5 (38) sont:

Amnésie dissociative 300.12

A. Incapacité de se rappeler des informations autobiographiques importantes, habituellement traumatiques ou stressantes, qui ne peuvent être un oubli banal. L'amnésie dissociative consiste en une amnésie localisée ou sélective pour un ou plusieurs événements spécifiques; ou bien en une amnésie globale de son identité et de son histoire.

B. Les symptômes sont à l'origine d'une détresse cliniquement significative ou d'une altération du fonctionnement social, professionnel, ou dans d'autres domaines importants.

C. La perturbation n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (par exemple l'alcool ou d'autres drogues donnant lieu à un abus, un médicament) ou à une autre affection médicale (par exemple des crises comitiales partielles complexes, une amnésie globale transitoire [ictus amnésique], les séquelles d'un traumatisme crânien ou cérébral fermé, une autre maladie neurologique)

D. La perturbation ne s'explique pas mieux par un trouble dissociatif de l'identité, un trouble stress post-traumatique, un trouble stress aigu, un trouble à symptomatologie somatique, un trouble neurocognitif majeur ou léger.

Spécifier si

Avec fugue dissociative 300.13: Voyage apparemment intentionnel ou errance en état de perplexité associés à une amnésie de son identité ou d'autres informations importantes.

Trouble dissociatif de l'identité

Le processus dissociatif à l'œuvre dans le trouble dissociatif de l'identité entraîne une exclusion du champ de la conscience d'éléments mnésiques qui se réorganisent en une personnalité alternative et autonome. Il peut exister une ou plusieurs identités séparées. On retrouve là relativement peu modifié le concept de dissociation de Janet. Les personnalités prennent tour à tour le contrôle de la conscience, chacune ayant un degré d'amnésie variable des contenus mentaux et mnésiques des autres personnalités. Il a été décrit jusqu'à une centaine de personnalités différentes.

Devant une suspicion de trouble dissociatif de l'identité, une exploration de la mémoire, des expériences de dépersonnalisation, ou de l'impression qu'une autre identité domine la conscience seront à rechercher pour établir le diagnostic. Par ailleurs, face à cette présentation clinique ayant un écho important auprès du grand public du fait de divers médias (presse, film, romans), la simulation est un diagnostic différentiel à rechercher (3) .

D'après l'International Society for the Study of Trauma and Dissociation (ISSTD) *"Le patient TDI est une personne singulière qui se vit comme ayant des identités alternantes, séparées, qui ont une autonomie psychologique relative l'une par rapport à l'autre. A divers moments, ces identités subjectives peuvent prendre le contrôle exécutif du corps et du comportement de la personne et/ou influencer son vécu et comportement de « l'intérieur ». Prises ensemble, toutes les identités alternantes forment l'identité ou la personnalité de l'être humain avec un TDI."* (41) .

Depuis le DSM-5, la possession, auparavant rattachée à la transe dans la catégorie des troubles dissociatifs non spécifiés fait désormais partie du diagnostic de trouble dissociatif de l'identité. En effet, le TDI et la possession ont des caractéristiques communes. On retrouve un trouble de l'identité durant des états de conscience modifiés dans les deux cas, la différence étant que dans la possession l'identité alternative n'est pas une personnalité interne mais un esprit extérieur, une force, une divinité ou une autre personne. Lors d'une revue de la littérature des cas de possession répertoriés entre 1988 et avril 2010 (42) les entités les plus rapportées sont:

Dieu, déesses ou déités, Saint Esprit ou ange dans 43% des cas

Des proches décédés ou des ancêtres dans 29%

Des esprits malveillants ou des démons (Djiin) dans 18% des cas

Des animaux (serpents, renards, tortues) dans 5% des cas

Le diable (sous les formes de Lucifer ou Satan) dans 4% des cas

Un saint local dans un cas.

Il s'agit là encore de troubles excluant toutes les formes de possession culturellement ou religieusement admises, et qui ont des répercussions importantes sur le fonctionnement psychique et social de l'individu. L'enjeu du diagnostic est de ne pas pathologiser des phénomènes considérés comme normaux dans le milieu culturel de l'individu, et à l'opposé de ne pas passer à côté de symptomatologies de l'ordre du trouble mental en les interprétant comme une composante culturelle.

En effet, dans cette revue de la littérature (42) diverses étiologies ont été avancées par les thérapeutes pour expliquer les cas de possession dans le monde . Outre la théorie dissociative supposant la propension à dissocier comme étant à l'origine du trouble, la théorie hystérique historiquement proche du concept de dissociation est également évoquée, survenant sur un terrain de personnalité histrionique et impliquant un conflit œdipien non résolu. Dans le même spectre que la dissociation, l'hypothèse de traumatismes dans l'enfance est avancée pour expliquer le phénomène. Plus largement, les stress psychosociaux sont également évoqués (deuils, conflits politique ou religieux, difficultés économiques ou sociales, tabous sexuels ou sociétaux). La composante culturelle, et la recherche de bénéfices économiques, sociaux ou psychologiques sont également décrits. Certains auteurs font le lien avec des pathologies psychiatriques sous-jacentes, psychose ou troubles de la personnalité autre que ceux du spectre de l'hystérie. Enfin certains mettent en avant les difficultés d'acculturation comme phénomène principal à l'œuvre dans les cas de possessions, dans les situations de migrations d'un pays à l'autre ou d'une zone rurale vers une zone urbaine. Le phénomène d'acculturation semble particulièrement en cause dans les cas de possession, mais aussi de transe dans les populations immigrées en France.

La composante dissociative de la possession a déjà été documentée. Une étude (43) portant sur 119 cas de possession en Ouganda avec comparaison avec 71 habitants du même village a évaluée l'importance de la dissociation chez tous les sujets avec l'échelle DES ou Dissociative Experience Scale, développée dans la partie « Outils d'évaluation » et qui permet d'évaluer l'importance des expériences dissociatives.

Les scores de la DES étaient significativement plus élevés chez les patients ayant présentés un état de possession (35,3 contre 21,2). Le lien entre traumatisme et possession a également été étudié, et

les villageois sujet à la possession ont présenté des scores significativement plus élevés que le groupe contrôle aux questionnaires explorant le traumatisme, à savoir le Harvard Trauma questionnaire et le Traumatic Experiences checklist.

En Inde, les cas de possessions rapportés (44) sont souvent liés aux violences faites aux femmes, comme les avortements et infanticides sélectifs, les meurtres liés à la découverte de relations pré-maritales ou à une dot insuffisante, les viols, la prostitution forcée, et le sati (immolation des veuves sur le tombeau de leur mari).

Des données neurobiologiques tendraient à confirmer le caractère similaire des TDI et possession. Une étude de 2006 (45) a porté sur 5 personnes chrétiennes saines présentant des expériences de possession par le Saint Esprit avec glossolalie, avec étude de la perfusion cérébrale par tomographie par émission de positrons. La glossolalie était comparée à des chants habituels. On a retrouvé pendant l'état de possession une hypoperfusion dans le cortex préfrontal dorsolatéral lors des épisodes de glossolalie comparé aux chants classiques. Ces résultats seraient concordant avec les données neurobiologiques concernant les TDI, à savoir une hypoperfusion dans les régions orbitofrontales (46) mais l'échantillon est très faible, et est composé de pentecôtistes ou de catholiques de tradition charismatique, ce qui le rend difficile à généraliser.

Il existe par ailleurs de nombreuses différences entre TDI et possession. La principale distinction porte sur l'origine des identités alternatives, qui implique dans les cas de possession des agents surnaturels. Ces entités présentent une existence collective, contrairement aux identités alternatives décrites dans le TDI, et correspondent plus à des données culturelles partagées par une communauté. Ainsi le même esprit peut posséder tour à tour différents membres d'une même famille sur plusieurs générations. Dans les sociétés orientales qui restent très communautaires, les identités alternatives semblent plus prendre la forme de membre de la communauté que dans les sociétés occidentales, plus individuelles, ou elles sont plus considérées comme une variété de sa propre identité.

En population générale, on retrouverait entre 1 à 3% de prévalence du trouble dissociatif de l'identité.

Les critères du DSM-5 (38) sont:

Trouble dissociatif de l'identité 300.14

A. Perturbation de l'identité caractérisée par deux ou plusieurs états de personnalité distincts, ce qui peut être décrit dans certaines cultures comme une expérience de possession. La perturbation de l'identité implique une discontinuité marquée du sens de soi et de l'agentivité, accompagnée d'altérations, en rapport avec celle-ci, de l'affect, du comportement, de la conscience, de la mémoire, de la perception, de la cognition, et/ou du fonctionnement sensorimoteur. Ces signes et ces symptômes peuvent être observés par les autres ou bien rapportés par le sujet lui-même.

B. Fréquents trous de mémoire dans le rappel d'événements quotidiens, d'informations personnelles importantes et/ou d'événements traumatiques, qui ne peuvent pas être des oublis ordinaires

C. Les symptômes sont à l'origine d'une détresse cliniquement significative ou d'une altération du fonctionnement social, professionnel, ou dans d'autres domaines importants.

D. La perturbation ne fait pas partie d'une pratique culturelle ou religieuse largement admise.

Chez l'enfant, les symptômes ne s'expliquent pas par la représentation de camarades de jeu imaginaires ou d'autres jeux d'imagination.

E. La perturbation n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (par exemple les trous de mémoire ou les comportements chaotiques au cours d'une intoxication par l'alcool) ou à une autre affection médicale (par exemple des crises comitiales complexes)

Autre Trouble dissociatif spécifié:

Cette catégorie comprend plusieurs diagnostics, notamment la transe dissociative qui était autrefois rattaché à la possession.

Transe dissociatives

La transe dissociative se présente sous la forme d'un état modifié et restreint de la conscience, avec une absence de réactivité aux stimuli environnementaux. Il peut survenir des hallucinations, une reviviscence d'expérience traumatique ou la sensation d'un état de possession par un esprit étranger. Des comportements stéréotypés mineurs peuvent également s'observer (3) . Ces manifestations ne font pas partie des composantes culturelles et religieuses de l'individu.

Réactions dissociatives aiguës à des événements stressants

Il s'agit d'un état aigu caractérisé par des symptômes psychotiques et dissociatifs durant moins d'un mois. Cette présentation a été décrite auparavant en tant que psychose dissociative réactive ou

psychose hystérique. Bien que la présentation puisse être celle d'une décompensation schizophrénique, maniaque ou plus largement délirante, les symptômes disparaissent brutalement et rapidement sans aucune séquelle ou symptômes résiduels. Le diagnostic est facilité par la présence de symptômes dissociatifs, d'un bon fonctionnement prémorbide et d'une apparition brutale inattendue. Le DSM-5 décrit des symptômes dissociatifs, comme des restrictions du champs de la conscience, de la dépersonnalisation et déréalisation, des micro-amnésies, des reviviscences, ainsi que des symptômes de conversion. On retrouve également et plus largement des troubles du comportements labiles (comportement enfantin ou animal, opposition, tentative de fuite, désorganisation majeure), des hallucinations visuelles ou auditives, des troubles du cours de la pensée ou de la perception de la réalité (34) .

Syndromes chroniques et récurrents de symptômes dissociatifs mixtes

Cette catégorie regroupe en partie des signes caractéristiques de trouble de l'identité, mais qui ne sont pas associés à des failles graves du sens de soi ni à une amnésie.

Perturbations de l'identité dues à des environnements de persuasion coercitive intense et prolongée

Des milieux de coercition particulièrement intenses peuvent entraîner des réactions dissociatives et des altérations de la conscience de son identité. Sont évoqués dans le DSM-5 comme exemples le lavage de cerveau, rééducation idéologique, endoctrinement , torture et l'emprisonnement politique prolongé. Ce diagnostic existait dans le DSM-4 dans la catégorie des troubles dissociatifs non spécifiés.

Trouble dissociatif non spécifié

Cette catégorie du DSM-5 est utilisée quand les symptômes sont évocateurs d'un processus dissociatif sans pour autant pouvoir être catégorisé en un trouble spécifique relatif aux troubles dissociatifs.

Trouble stress post-traumatique

L'état de stress post traumatique, ou trouble stress post traumatique dans le DSM-5 a une place nosographique particulière. Il ne fait pas parti de la catégorie des troubles dissociatifs, mais la dissociation est considérée comme le mécanisme principal à l'origine de la symptomatologie. Si des

descriptions cliniques de stress consécutifs à des traumatismes ont été faites de tout temps durant les guerres et les événements violents, c'est la symptomatologie des vétérans du Vietnam qui a permis une étude approfondie du phénomène, d'établir et de populariser ce diagnostic. L'état de stress post traumatique a en outre permis un regain d'intérêt pour la conception de la dissociation au sens de Janet, d'origine traumatique, du fait de la composante dissociative observée de ce diagnostic.

Les critères DSM-5 (38) pour les adultes sont:

Trouble stress post traumatique 309.81

A. Exposition à la mort effective ou à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles d'une (ou de plusieurs) façons suivantes :

1. En étant directement exposé à un ou plusieurs événements traumatiques
2. En étant témoin direct d'un ou plusieurs événements traumatiques survenus à d'autres personnes
3. En apprenant qu'un ou plusieurs événements traumatiques sont arrivés à un membre de la famille proche ou à un ami proche. Dans les cas de morts effective ou de menaces de mort d'un membre de la famille ou d'un ami, le ou les événements doivent avoir été violents ou accidentels.
4. En étant exposé de manière répétée ou extrême aux caractéristiques aversives du ou des événements traumatiques (par exemple intervenants de première ligne rassemblant des restes humains, policiers exposés à plusieurs reprises à des faits explicites d'abus sexuels d'enfants

NB: Le critère A4 ne s'applique pas à des expositions par l'intermédiaire de médias électroniques, télévision, films ou images, sauf quand elles surviennent dans le contexte d'une activité professionnelle.

B. Présence d'un (ou plusieurs) des symptômes suivants associés à un ou plusieurs événements traumatiques et ayant débuté après la survenue du ou des événements traumatiques en cause:

1. Souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants du ou des événements traumatiques provoquant un sentiment de détresse
2. Rêves répétitifs provoquant un sentiment de détresse dans lesquels le contenu et/ou l'affect du rêve sont liés à l'événement/aux événements traumatiques.

3. Réactions dissociatives (par exemples flashbacks [scènes rétrospectives]) au cours desquelles le sujet se sent ou agit comme si le ou les événements traumatiques allaient se reproduire. (De telles réactions peuvent survenir dans un continuum, l'expression la plus extrême étant une abolition complète de l'environnement.)
4. Sentiment intense ou prolongé de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect du ou des événements traumatiques en cause.
5. Réactions physiologiques marquées lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect du ou des événements traumatiques.

C. Évitement persistant des stimuli associés à un ou plusieurs événements traumatiques, débutant après la survenue du ou des événements traumatiques, comme en témoigne la présence de l'une ou des manifestations suivantes:

1. Évitement ou efforts pour éviter les souvenirs associés, pensées ou sentiments concernant ou étroitement associés à un ou plusieurs événements traumatiques et provoquant un sentiment de détresse.
2. Évitement ou efforts pour éviter les rappels externes (personnes, endroits, conversations, activités, objets, situations) qui réveillent des souvenirs des pensées ou des sentiments associés à un ou plusieurs événements traumatiques et provoquant un sentiment de détresse.

D. Altérations négatives des cognitions et de l'humeur associées à un ou plusieurs événements traumatiques, débutant ou s'aggravant après la survenue du ou des événements traumatiques, comme en témoignent deux (ou plus) des éléments suivants:

1. Incapacité à se rappeler un aspect important du ou des événements traumatiques (typiquement en raison de l'amnésie dissociative et non pas à cause d'autres facteurs comme un traumatisme crânien, l'alcool ou les drogues).
2. Croyances et attentes négatives persistantes et exagérées concernant soi-même, d'autres personnes ou le monde (par exemple „je suis mauvais“, „on ne peut faire confiance à personne“, „le monde entier est dangereux“, „mon système nerveux est complètement détruit pour toujours“).

3. Distorsions cognitives persistantes à propos de la cause ou des conséquences d'un ou plusieurs événements traumatiques qui poussent le sujet à se blâmer ou à blâmer d'autres personnes.
4. État émotionnel négatif persistant (par exemple crainte, horreur, colère, culpabilité ou honte)
5. Réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à ces mêmes activités.
6. Sentiment de détachement d'autrui ou bien de devenir étranger par rapport aux autres
7. Incapacité persistante d'éprouver des émotions positives (par exemple incapacité d'éprouver bonheur, satisfaction ou sentiments affectueux).

E. Altérations marquées de l'éveil et de la réactivité associés à un ou plusieurs événements traumatiques, débutant ou s'aggravant après la survenue du ou des événements traumatiques, comme en témoignent deux (ou plus) des éléments suivants:

1. Comportement irritable ou accès de colère (avec peu ou pas de provocation) qui s'exprime typiquement par une agressivité verbale ou physique envers des personnes ou des objets
2. Comportement irréfléchi ou autodestructeur
3. Hypervigilance
4. réactions de sursauts exagérés
5. Problèmes de concentration
6. Perturbation du sommeil (par exemple difficultés d'endormissement ou sommeil interrompu ou agité)

F. La perturbation (symptômes des critères B, C, D et E) dure plus d'un mois.

G. La perturbation est à l'origine d'une détresse cliniquement significative ou d'une altération du fonctionnement social, professionnel, ou dans d'autres domaines importants.

H. La perturbation n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (par exemple les médicaments, l'alcool) ou à une autre affection médicale.

Il faut spécifier le type:

Avec symptômes dissociatifs: Les symptômes présentés par le sujet répondent aux critères d'un trouble stress post-traumatique ; de plus et en réponse au facteur de stress, le sujet éprouve l'un ou l'autre des symptômes persistants ou récurrents suivants:

1. Dépersonnalisation
2. Déréalisation

NB: pour retenir ce sous-type, les symptômes dissociatifs ne doivent pas être imputables aux effets physiologiques d'une substance (par exemple période d'amnésie [Blackouts], manifestations comportementales d'une intoxication alcoolique aiguë) ou à une autre affection médicale (par exemple épilepsie partielle complexe).

A expression retardée: si l'ensemble des critères diagnostiques n'est présent que 6 mois après l'événement (alors que le début et l'expression de quelques symptômes peuvent être immédiats).

Par ailleurs le trouble de stress aigu 308.3 correspond à des critères similaires survenant de 3 jours à un mois après le traumatisme (38) . Un type dissociatif de ce diagnostic est également précisé, avec :

- La présence d'une altération de la perception de la réalité, de son environnement ou de soi-même.
- Une incapacité de se rappeler un aspect important du ou des événements traumatique.

THÉORIES DES TROUBLES DISSOCIATIFS

1-Approche psychanalytique des troubles dissociatifs

Introduction

L'approche psychanalytique des troubles dissociatifs rejoint celle de l'hystérie. Face à l'ampleur de cette notion dans la théorie psychanalytique, seul le point de vue de Freud et de Maleval sera évoqué ici, avec l'évolution de la notion de dissociation, initialement proche de celle de Janet, de la vision de l'hystérie, et le développement de la psychanalyse, ainsi que l'apport de Maleval sur la folie hystérique.

Freud a une formation de médecin, et est promu docteur en médecine en 1881. Il travaille initialement dans un laboratoire de physiologie pendant ses études, puis à l'institut d'anatomie du cerveau. Il correspond également avec Breuer sur l'hystérie dès les années 1880-1882. Il obtient une bourse d'étude en 1885 pour étudier auprès de Charcot, à qui il propose la traduction de ses *"nouvelles leçons"* en allemand. Il découvre dans ses enseignements les phénomènes hystériques, l'existence de l'hystérie masculine et la survenue de symptômes par suggestion hypnotique. Il propose à Charcot de travailler sur la comparaison entre paralysie hystérique et organiques, mais ne retrouve que peu d'intérêt de la part de son maître.

En 1886, il installe son cabinet à Vienne, et ses enseignements sur l'Hystérie sont accueillis froidement. Il travaille sur les névrosés avec l'électrothérapie, qu'il abandonnera rapidement, et l'hypnose, qu'il utilise à des fins de suggestion hypnotique, mais aussi pour explorer la genèse des symptômes de ses patients.

Ayant eu vent des succès de l'école de Nancy avec la suggestion sous hypnose, il se déplace plusieurs semaines à Nancy en 1889 auprès de Bernheim, qui lui révèle ses difficultés à obtenir des guérisons de ses cas d'hystérie en dehors du cadre hospitalier. Freud traduira en allemand des écrits de Bernheim sur les effets thérapeutiques de la suggestion.

Freud abandonnera l'hypnose par la suite. Ainsi dans *"Sigmund Freud présenté par lui-même"* (19), il décrit une cure par l'hypnose d'une de ses patientes. L'hypnose a entraîné des résultats remarquables, mais juste après une séance, Il écrit *"elle me passa à son réveil les bras autour du cou. L'entrée inopinée d'une personne de service nous évita une explication embarrassante, mais,*

par accord tacite, nous renonçâmes dès ce moment à poursuivre le traitement par hypnose. Je gardai la tête assez froide pour ne pas porter ce hasard au compte d'un charme personnel irrésistible, et pensai avoir saisi la nature de l'élément mystique qui était à l'œuvre derrière l'hypnose. Pour le mettre hors circuit, ou tout au moins l'isoler, il fallait abandonner l'hypnose." (19) . Il constate par ailleurs que les avancées obtenues par hypnose disparaissaient quand la relation personnelle entre le thérapeute et le patient se dégradait. Freud considère donc que l'efficacité de l'hypnose est liée à la suggestion, elle même liée au transfert. En effet ce serait grâce au transfert que le patient est prêt à croire et à obéir au thérapeute, sur la base d'un lien d'amour entre le patient et le thérapeute (8) .

Freud décide donc pour mieux maîtriser les effets du transfert d'abandonner l'hypnose et de ne garder que la position du patient sur un lit, avec lui derrière *"de sorte que je le voyais, mais sans être vu de lui"* (19) qui restera un fondement de la cure psychanalytique.

La position de Freud sur la dissociation évoluera beaucoup avec le développement de la psychanalyse.

Chez Sigmund Freud, la dissociation peut renvoyer à deux termes différents: *Spaltung* que l'on peut également traduire par clivage ou scission, et *Dissoziation* par désagrégation. Le terme français dissociation renvoie plutôt à ce dernier terme.

Il commencera par utiliser le terme de dissociation dans l'hystérie, pour décrire les patients séparés d'une partie de leurs représentations, auxquelles ils peuvent accéder par hypnose. Cette séparation de la conscience permet d'avancer une explication sur l'origine des symptômes hystériques. Par la suite, cette division va devenir chez Freud tout ce qui sépare le sujet de ce qui le détermine, c'est à dire l'inconscient. Cette notion va donc évoluer avec le temps.

Premier temps: les travaux avec Breuer

Dans un premier temps, Freud utilise le concept de *Spaltung* dans une définition très proche de Janet, comme un mécanisme de défense face à un traumatisme, permettant de maintenir éloignés les souvenirs traumatiques de la conscience. Ce premier temps correspond aux travaux communs de Freud et Breuer, approximativement de 1885 à 1893.

Il écrit *„nous considérons l'hypothèse d'une dissociation — clivage du contenu de la conscience — comme indispensable à l'explication des phénomènes hystériques“* (47) .

Le clivage du contenu de la conscience, avec formations de groupes psychiques séparés est alors à l'origine des phénomènes hystériques. Il s'agit là de notions assez proches de la dissociation de Janet.

Freud en déduit plusieurs points:

-Les phénomènes hystériques sont liés au retour du souvenir.

-Ce souvenir est lié à un traumatisme psychique.

-Il s'agit d'un souvenir qui fait défaut à la mémoire du malade, auquel il n'a pas accès. Il s'agit donc d'un souvenir appartenant à un état de conscience second ou inconscient.

-cette exclusion de la conscience normale des souvenirs dépend de la volonté des malades de les oublier ou est liée à un état psychique inhabituel, les états hypnoïdes.

-le traumatisme n'est pas généré par l'événement en tant que tel, mais par l'excitation psychique qui lui est associé, entraînant un déséquilibre dans le système nerveux. Ainsi il écrit avec Breuer: « *devient traumatisme psychique toute impression dont la liquidation par travail mental associatif ou réaction motrice offre des difficultés au système nerveux.* » (47) . Ainsi Il considère qu'une charge affective importante est à l'origine de la dissociation: « *Si la conception du bras se trouve engagée dans une association d'une grande valeur affective, elle sera inaccessible au jeu libre des autres associations.* » (21) .

Freud explique les paralysies hystériques par une séparation des représentations de son affect du fait de la dissociation, et par un placement de cet affect dans une innervation corporelle, associée de manière parfois lointaine à la représentation. Il écrit: « *conformément à la tendance de l'hystérie à la **dissociation de la conscience**, la représentation de contraste pénible, qui apparemment est inhibée, est mise hors association avec le projet, et continue à subsister, souvent inconsciente pour le malade lui-même, comme représentation séparée. [...] Cette représentation de contraste inhibée [...] s'objective par une **innervation du corps** avec la même facilité que le fait, dans l'état normal, la représentation de vouloir. La représentation de contraste s'établit pour ainsi dire comme « contre-volonté », cependant que le malade a conscience, avec étonnement, d'une volonté décidée mais impuissante.* » (48) .

En prenant l'exemple d'une paralysie hystérique du membre supérieur, il évoque cette rupture des associations à l'œuvre chez l'hystérique et écrit « *Considérée psychologiquement, la paralysie du bras consiste dans le fait que la conception du bras ne peut pas entrer en association avec les*

autres idées qui constituent le moi dont le corps de l'individu forme une partie importante. La lésion serait donc l'abolition de l'accessibilité associative de la conception du bras » (21) .

Faisant suite à cette rupture des associations qu'est la dissociation, le clivage maintient en outre les fonctions séparées du reste du psychisme.

Il constate par ailleurs que les atteintes des paralysies hystériques se font selon « *la conception banale, populaire des organes et du corps en général* » (21) indépendamment de territoires anatomiques. L'atteinte partielle et non systématisée serait alors dissociée des autres fonctions du système nerveux.

Il conclut donc: « [...] *je pense qu'il est bien en accord avec notre vue générale sur l'hystérie, telle que nous l'avons pu former d'après l'enseignement de M. Charcot que la lésion dans les paralysies hystériques ne consiste pas en autre chose que dans l'inaccessibilité de la conception de l'organe ou de la fonction pour les associations du moi conscient, que cette altération purement fonctionnelle (avec intégrité de la conception même) est causée par la fixation de cette conception dans une association subconsciente avec le souvenir du trauma et que cette conception ne devient pas libre et accessible tant que la valeur affective du trauma psychique n'a pas été éliminée par la réaction motrice adéquate ou par le travail psychique conscient.* » (21) .

Freud s'appuie alors sur la conception de Charcot de l'hystérie, et considère encore la méthode cathartique de Breuer comme adéquate pour le traitement de l'hystérie.

Deuxième temps: la théorie sexuelle

Dans un deuxième temps, le concept lui servira à décrire la séparation entre conscient et inconscient pour tout à chacun. Cette séparation sera la conséquence d'un mécanisme de défense caractérisant la névrose, le refoulement. Les symptômes hystériques seront alors conçus par Freud comme des échecs du refoulement. La scission du sujet permet de décrire la division du sujet en inconscient, préconscient et conscient dans la première topique en 1900, puis en ça, moi et surmoi dans la deuxième topique en 1923.

Freud développera tout d'abord sa théorie de la séduction qui marquera une divergence de point de vue définitive avec Breuer. Il envisage la dissociation comme une solution à un événement traumatique d'origine sexuelle mais abandonnera cette théorie par la suite. Breuer sera

complètement opposé à l'étiologie sexuelle de l'hystérie et de la dissociation, et cette opposition leur coûtera leur amitié (19) .

En 1894, il écrit „*Les psychonévroses de défense*“ (20) S'il considère toujours la formation de groupes psychiques séparés comme fondement de l'hystérie, il s'interroge sur l'origine de ce clivage. Breuer considère les états hypnoïdes comme en étant l'origine, Janet une faiblesse constitutive. Freud écrit que la maladie a pour origine «*un cas d'inconciliabilité dans leur vie de représentation, c.-à-d. jusqu'à ce qu'une expérience vécue, une représentation, sensation, approcha leur moi, éveillant un affect si pénible que la personne décida d'oublier cela, parce qu'elle ne se croyait pas la force de résoudre par le travail de pensée la contradiction entre cette représentation inconciliable et son moi*» (20) .

Freud pense que cette expérience est d'ordre sexuelle, et les symptômes ne seraient qu'un moyen pour le moi de se protéger contre l'effraction de la sexualité. Le moi posséderait plusieurs voies face à cette représentation inconciliable:

-la conversion, soit détacher la représentation de son affect et le transposer dans le corporel. C'est le cas des hystériques

-s'accrocher à d'autres représentations et établir de fausses connexions. C'est le cas des phobies et des représentations de contrainte.

De fait, pour Freud, ce n'est plus la dissociation qui est le fondement de l'hystérie mais la capacité de conversion, et l'affect pénible à l'origine de cette défense du moi est d'ordre sexuel. Il délaisse le concept de dissociation pour celui de refoulement.

Il considère en outre à l'époque que le traumatisme, en plus d'être sexuel, remonte à l'enfance. Il écrit que «*ce ne sont pas les événements eux-mêmes qui ont une action traumatique, mais leur reviviscence sous forme de souvenir, après que l'individu a atteint la maturité sexuelle* » (49) .

Vers 1897, Freud renoncera au vécu dans la réalité matérielle de traumatismes sexuels infantiles au profit d'un vécu dans la réalité psychique. Il donne ainsi une importance majeure au fantasme. Il s'agit là d'une divergence majeure avec les théories de la dissociation d'origine traumatique, de Janet jusqu'à maintenant. Il écrira dans une lettre à Fliess en 1897: «*j'ai renoncé à ma neurotica* » désignant là sa théorie de la séduction, et cesse de rechercher systématiquement des traumatismes sexuels infantiles réels chez ses patients.

Freud s'est alors complètement détaché de la conception de Janet de la dissociation. Ainsi il rejette le concept de dédoublement de personnalité, préférant celui de conscient et d'inconscient auxquels la conscience est rattachée. Il écrit en 1910: « *Si, dans un tel dédoublement de la personnalité, la conscience reste constamment liée à l'un des deux états, on nomme cet état : l'état psychique conscient, et l'on appelle inconscient celui qui en est séparé.* »(50) .

Le symptôme hystérique suivra selon lui la séquence « *cycle typique : activité sexuelle infantile -refoulement - échec du refoulement et retour du refoulé* » (51) .

Ainsi à cette époque, Freud considère que l'hystérie a pour origine une activité sexuelle infantile fantasmée et non réelle, puis refoulée dans l'inconscient. Les manifestations symptomatiques seraient liées à un échec du refoulé. Freud écrira par la suite que ses théories sexuelles lui ont été inspirées entre autre par Charcot, qui aurait mis en avant que dans l'hystérie « *c'est toujours la chose génitale, toujours... toujours... toujours* » (52) .

Troisième Temps: *Ichspaltung*

Dans un troisième temps, ce concept de scission évoluera chez Freud pour décrire le clivage du moi, ou *Ichspaltung*, comme mécanisme de défense psychotique. Cela traduit la coexistence d'éléments contradictoire chez le sujet, un même objet pouvant être vécu comme bon et mauvais à la fois. Ce concept s'éloigne beaucoup de la dissociation au sens de Janet, mais en garde tout de même une trace: le sujet est méconnaissant d'une partie de ce qui l'anime.

Ainsi selon Freud à partir des années 1920, une des caractéristiques principales du moi est de synthétiser ses désirs et ses identifications contradictoires afin de se présenter comme une unité et permettre au sujet d'être soi-même et non pas étranger à lui même. Le clivage du moi sera décrit par conséquent comme un échec de cette capacité à synthétiser. Il écrit en 1932: « *Le moi est clivable [...] [il] se clive au cours d'un bon nombre de ses fonctions, au moins provisoirement. Les fragments peuvent se réunir par la suite. [...] lorsque le moi est obligé d'avouer sa faiblesse, il éclate en angoisse* » (53) .

Et en 1938, il rajoute: « *Cette fonction synthétique du moi, qui est d'une si grande importance, a ses conditions particulières et se trouve soumise à toute une série de perturbations. [...] la déchirure dans le moi ne guérira jamais plus, elle grandira avec le temps* » (54) .

Il donne dans « *le clivage du moi dans les processus de défense* » (54) la métaphore du cristal qui tombe et se brise en fonction de lignes de structuration et de fragilité.

Ainsi selon les événements, tout moi psychotique ou névrotique peut être amené à se cliver. Par la suite, ce qui va distinguer la névrose de la psychose, c'est la solution proposée face à ce clivage: formation du symptôme pour rester dans la réalité pour la névrose, et délire avec création d'une nouvelle réalité pour la psychose.

L'apport de Maleval sur la folie hystérique

Jean Claude Maleval est un psychanalyste français, qui s'inspire beaucoup des thèses de Lacan. Il tente de rétablir le concept de folie hystérique dans son article « *le délire hystérique n'est pas un délire dissocié* » (5) et s'appuie sur les travaux de Freud, Breuer et Janet qui « *ont déjà donné au délire hystérique ses lettres de noblesse* » (5) . Selon lui le délire hystérique n'obéit pas aux mêmes mécanismes que le délire schizophrénique.

Le délire d'après Freud est une tentative de guérison dans la psychose et une recomposition d'une réalité à partir de ce qui a été rejeté de l'intérieur et qui revient au psychotique de l'extérieur. Dans le délire hystérique, il s'agirait de la projection dans la réalité d'éléments refoulés, dans un mécanisme similaire aux rêves. Il écrit du délire hystérique: « *il s'agit du surgissements de signifiants refoulés trop peu masqués par le travail de la censure* » (55) .

En outre dans le délire hystérique, il n'y aurait pas de dissociation au sens Bleulerien du terme, c'est à dire au sens d'une désorganisation psychique. Il rapproche le délire hystérique des délires oniriques, similaires au somnambulisme. La thématique œdipienne est souvent au premier plan.

Il considère les dédoublements de personnalité comme « *des formes de transition de l'hystérie ordinaire à la folie hystérique* » (5) avec un mécanisme analogue au délire hystérique.

De fait il rejette toute continuité entre hystérie et psychose comme certains auteurs, tel Claude en avaient fait l'hypothèse (28) . Ainsi il considère que certains diagnostics de psychose seraient en fait des délires hystériques, et rejette donc la nature ubiquitaire du diagnostic de schizophrénie. Maleval distingue de la schizophrénie certaines présentations cliniques qu'on associerait désormais aux troubles dissociatifs et les rattache résolument à l'hystérie.

Conclusion

Le point de vue de Freud et des théories psychanalytiques sur la dissociation ne peut donc se résumer en un seul concept. Chez Freud, la notion de dissociation s'est développée à partir d'une notion proche de celle de Janet, malgré plusieurs différences de point de vue, et a ensuite énormément évolué au grès du développement des théories psychanalytiques. Maleval a de son côté tenté de rétablir la possibilité de folie hystérique, effacée depuis le concept de schizophrénie de Bleuler. Ses travaux se font dans la perspective du concept de Janet de l'hystérie et de la dissociation, et peuvent rejoindre ceux d'Henri Ey et d'autres plus récents sur la possibilité d'un diagnostic différent de la psychose face à des éléments délirants ou hallucinatoires.

2-Théories neurobiologiques et cognitives des troubles dissociatifs

Introduction

Une littérature croissante a émergé depuis quelques années sur le substrat neurobiologique des troubles dissociatifs. Plusieurs approches, parfois contradictoires se sont développées pour expliquer les troubles dissociatifs d'un point de vue neurobiologique. Une étude réalisée chez des jumeaux qui ont passé la Dissociative Experience Scale (DES) suggèrent une héritabilité génétique de l'ordre de 48 à 55% pour les troubles dissociatifs (56) .

Des modèles de réseaux neuronaux permettant d'appréhender les troubles dissociatifs ont vu le jour sur la base de réseaux informatiques, notamment celui de Bower en 1981 (57) . Ces modèles impliquent deux ou plus processeurs d'information qui fonctionnent en parallèle mais qui n'arrivent pas à se synchroniser. Il y aurait alors une compétition pour l'accès à la mémoire par l'un ou l'autre de ces réseaux parallèles. De cette compétition, il résulterait une inaccessibilité de certaines représentations mentales pour la conscience qui serait à l'origine des symptômes dissociatifs. En poussant le raisonnement plus loin, cette compétition entre différents réseaux neuronaux parallèles entraînerait une désynchronisation dans les fréquences d'excitation des neurones. Il en résulterait une complexité plus importante du système global. Une compétition et donc une complexité plus importante au sein du système correspondrait à des états mentaux dissociés. Dans la perspective de la théorie du chaos, permettant de décrire des comportements de systèmes très complexes, plus la complexité du système est grande, plus important est le chaos.

Par ailleurs, une donnée caractéristique du chaos cérébral au niveau de l'activité neuronale est une soudaine activité collective synchronisée, sous la forme d'un Burst. Ainsi les états dissociatifs se traduiraient, du fait d'une compétition plus importante entre réseaux neuronaux et donc d'une complexité plus importante, par une activité hyper-synchronisée épileptique ou épileptiforme.

Ce mécanisme de la dissociation par compétition et état chaotique pourrait également se retrouver au niveau inter-hémisphérique (2) .

Traits dissociatifs

Le rôle du lobe temporal dans les symptômes dissociatifs a été révélé par les présentations cliniques des crises épileptiques partielles temporales. Ainsi même dans les périodes interictales, l'activité épileptique du lobe temporal peut produire des symptômes dissociatifs qui correspondent à des irruptions de symptômes de nature cognitive, affective ou psychosensorielles dans les stades habituels de la conscience. Ces symptômes épileptiques auraient une distribution continue au sein de la population générale, de manière similaire aux troubles dissociatifs selon certaines théories. Il y aurait donc un continuum allant des sujets sains asymptomatiques, jusqu'aux individus présentant des crises temporales partielles caractéristiques. Ce profil symptomatique se caractériserait par une importante tendance à la dissociation associée à une activité électrophysiologique anormale au niveau du lobe temporal. Ces symptômes répondent donc très favorablement aux médicaments antiépileptiques (2) .

On retrouve de nombreuses corrélations entre divers symptômes dissociatifs et des anomalies à l'EEG.

Une étude (58) réalisée en 2013 avec 50 patients psychiatriques hospitalisés avec une tendance à la dissociation ont été étudié par électro-encéphalogramme quantitatif (qEEG). Les participants ont passé la State Scale of Dissociation (SSD) et les 28 items de la Dissociative Experience Scale (DES), ainsi qu'un enregistrement EEG de 15 minutes. Une analyse canonique a été réalisée pour chercher des corrélations entre les scores de la SSD et les variations constatées de l'EEG. L'analyse révèle que les scores de dissociations à la SSD est significativement corrélée à une diminution de l'activité Thêta et donc une augmentation du ratio Alpha/Thêta. La médication et les variables de sexe et d'âge ne semblent pas jouer de rôle. L'étude avance prudemment que cette diminution de l'activité Thêta pourrait être liée à une augmentation de l'attention divisée, et une meilleure capacité aux doubles tâches, qui seraient un corrélat des mécanismes dissociatifs.

Une autre étude réalisée en 2007 de neuro imagerie par IRM fonctionnelle a été réalisée chez des sujets sains avec des traits de dissociation lors de tâches de remémoration de mots avec une valence affective négative. Les résultats ont montré chez ces sujets une activation plus importante des régions préfrontales et hippocampiques lors de l'encodage de l'information, et des régions hippocampiques et pariétales postérieures lors de la remémoration. Cette suractivation s'accompagnait de meilleures performances à la remémoration. Cette étude tendait à montrer que la tendance à dissocier chez les sujets sains pouvait permettre de meilleures performances de travail lorsque les sujets étaient suffisamment investis (59, 60) .

Hypnotisabilité

L'hypnose entretient des liens étroits avec les troubles dissociatifs. Ainsi l'hypnose est souvent considérée comme un état de dissociation induit.

Du point de vue électro-encéphalographique, la corrélation la plus solide entre l'EEG et l'hypnotisabilité se situerait au niveau des ondes de fréquence Thêta, soit de 4 à 8 Hz (46) .Les sujets qui présentent une hypnotisabilité accrue présentent une activité Thêta plus importantes de base, et cette activité est accrue durant l'induction hypnotique. L'activité Thêta serait en outre relativement plus importante au niveau des régions frontales du cortex. Ces résultats ne sont pas cohérents avec l'étude portant des patients psychiatriques ayant tendance à dissocier, qui retrouve une activité Thêta diminuée corrélée à des scores de dissociation élevés (58) .

De Pascalis (61) considère de son côté que les variations autour de la bande des 40 Hz permettent de discriminer les sujets hautement hypnotisables des autres, ce qu'il interprète comme des altérations de l'attention comme à l'origine de l'hypnotisabilité.

D'autres données portent sur la synchronicité de l'EEG des différentes régions corticales, ce qui serait un signe de coopération entre ces diverses régions. Durant l'hypnose, on retrouve une diminution de la synchronicité au niveau de la bande gamma (inférieure à 30 Hz), ce qui signerait une plus faible connectivité des régions frontales. On retrouve également une diminution de la connectivité fronto-pariétale. On constate également durant l'hypnose plus de rythmes EEG aléatoires, ce qui serait un signe de plus faible connectivité entre les régions et qui rappelle les mécanismes chaotiques de la dissociation dans la théorie informatique des réseaux neuronaux.

Du point de vue de l'imagerie, (46) l'hypnotisabilité accrue est corrélée positivement avec la taille du corpus callosum. Concernant l'IRM fonctionnelle, le cortex cingulaire antérieur et le thalamus sont les régions les plus activées durant l'hypnose, alors que l'activation du cortex somatosensoriel est diminuée. Au niveau de la connectivité entre les différentes régions cérébrales, on constate durant l'hypnose une augmentation de la connectivité du cortex préfrontal et du précuneus avec les aires motrices et somato-sensorielles, (62) et une diminution de la connectivité du cortex fronto-pariétal latéral avec les les régions para-hippocampales. (63) .

Dépersonnalisation/déréalisation

On retrouve chez les patients souffrant de déréalisation et dépersonnalisation les mêmes substrats neurobiologiques que dans les autres troubles dissociatifs. La neuro-imagerie fonctionnelle (34) a retrouvé de manière récurrente trois principales altérations d'activation de réseaux neuronaux:

1) Activation dans les aires associatives du cortex sensoriel postérieur, plus particulièrement le lobule pariétal inférieur. On retrouve des altérations de l'activation du lobule pariétal inférieur lors d'expériences de sortie hors-corps (*Out of body experiences*) simulées et d'altération de la capacité d'action (agency en anglais, agentivité en français québécois) simulée chez des sujets sains.

2) Activation du cortex pré-frontal

3) Inhibition du système limbique

Ces altérations constatées sont différentes de celle retrouvées dans les troubles de l'humeur ou les troubles anxieux.

On retrouve également une hyperactivation de base de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien ainsi qu'un plus faible rétrocontrôle négatif de ce même axe. Les patients souffrant de dépersonnalisation/déréalisation présentent également une plus faible réponse de conductance cutanée lors de stimulus émotionnel. Ces résultats vont dans le sens d'un émoussement des réponses du système nerveux autonome dans les patients souffrant de dépersonnalisation/déréalisation (34) .

Une étude de 2013 (64) a été réalisée sur des sujets souffrant de dépersonnalisation/déréalisation selon les critères du DSM-4 et des sujets sains, auxquels on a présenté des images de visage triste et visage joyeux avec imagerie par IRM fonctionnelle. Les co-morbidités habituellement retrouvées dans ce trouble ont été étudiées, notamment la dissociation, par l'échelle DES. L'étude a permis de révéler les zones cérébrales corrélées à la fois à la dissociation et à la

dépersonnalisation/déréalisation. L'étude a retrouvé la corrélation attendue entre la dissociation et le trouble dépersonnalisation/déréalisation. Les zones discriminantes étaient le gyrus supra marginal droit pour les visages joyeux, et le gyrus temporal inférieur gauche pour les visages tristes.

En ce qui concerne les traitements psychopharmacologiques du trouble de dépersonnalisation/déréalisation, les principaux récepteurs ciblés d'après la recherche seraient les agonistes cannabinoïdes CB1, les agonistes opioïdes kappa, les antagonistes NMDA et les agonistes 5HT2C (65).

Trouble dissociatif de l'identité

La conception actuelle du trouble dissociatif de l'identité repose sur un trouble développemental post-traumatique complexe qui se développerait avant l'âge de 5-6 ans (40). Après cet âge s'installe une perception de soi unifiée. Si des perturbations relationnelles ou d'attachements ont lieu avant cet âge, l'adaptation pourrait se faire sur un mode dissociatif. En effet un attachement perturbé entre l'enfant et les parents ou plus largement les dispensateurs de soins impacterait les capacités d'intégration des expériences de l'enfant. L'enfant isolerait les expériences traumatisantes par dissociation pour préserver la relation avec les dispensateurs de soins, aussi inadéquate qu'elle soit, et ainsi permettre son développement dans d'autres domaines. Il s'agirait là encore d'un mécanisme adaptatif de l'enfant et un facteur de résilience.

Il en résulterait ensuite une perturbation de l'identité du fait de l'encapsulation de certains souvenirs, émotions et comportements, qui vont se structurer et finiront par entraîner l'apparition d'identités alternatives suite à des événements traumatiques au delà de cet âge (34).

Une autre théorie des troubles dissociatifs de l'identité est basée sur un modèle sociocognitif selon lequel les cliniciens qui croient fortement à ce diagnostic poussent implicitement ou explicitement les patients à présenter les symptômes du trouble. Le TDI serait une construction sociale, basée sur des représentations socio-culturelles du TDI et relayée d'une part par les recherches des cliniciens suggérant des symptômes aux patients, et d'autre part par les médias chez qui les TDI ont une résonance particulière, notamment littéraire et cinématographique. Ainsi selon cette théorie, des films figurant le TDI, tel que *Sybil*, *Identity* ou plus récemment *Split*, seraient à l'origine de la multiplicité des diagnostics de TDI.

Certains auteurs (66) ont critiqué le lien établi entre trouble dissociatif et traumatisme infantile, considérant que les individus qui en souffrent ont également souvent des *"personnalités enclines à l'imagination"* ou *"fantasy prone personality"* qui désigne une forme de personnalité non pathologique avec un investissement important dans l'imaginaire et une tendance à la projection de ces éléments imaginaires sur la réalité extérieure. Cette tendance rendrait difficile pour l'individu la distinction entre traumatisme réel ou imaginaire, et limiterait la pertinence des études basées sur des auto-questionnaires mettant en lien les troubles dissociatifs et les traumatismes infantiles. Cette inclinaison à l'imaginaire, ou *"fantasy proneness"* amènerait à une confusion entre imaginaire et éléments autobiographiques chez les patients interrogés, qui auraient également une définition plus large et libérale du caractère authentique de leurs souvenirs. Cette inclinaison à l'imagination serait associée à la suggestibilité accrue des patients aux questionnaires médicaux, induisant de nombreux faux positifs aux questionnaires ciblant les traumatismes infantiles.

Une autre théorie, the Theory of Structural Dissociation of the Personality, ou théorie de la dissociation structurelle de la personnalité, serait basée sur la conception de Janet de la dissociation (41) . Elle suppose que le fondement du trouble dissociatif de l'identité est avant tout un échec d'intégration de certaines idées et fonctions de la personnalité. Par la suite, lors de traumatismes sévères, la personnalité se diviserait en une *"partie apparemment normale de la personnalité"* (*"apparently normal state of personality"* ou *"neutral identity state"*) et en une *"partie émotionnelle"* (*"emotional part of the personality"* ou *"trauma-related identity states"*). La première permettrait le fonctionnement quotidien, et essaierait d'éviter les souvenirs traumatiques. Il y aurait de cette part là une certaine amnésie des éléments traumatiques. La *"partie émotionnelle"* serait au contraire centrée sur les éléments traumatiques et aurait une fonction de défense. Cette partie émotionnelle pourrait par ailleurs se diviser en deux sous-types. Un des sous-type tendrait à réagir sous la forme de *"défense active mammifère"*, et d'émotions fortes, comme une peur intense, face à une menace potentielle. Ces réactions seraient médiées par le système nerveux sympathique et se traduiraient par une vigilance accrue, des émotions intenses, et une conscience de soi et de son corps accrue.

L'autre sous-type aurait plutôt tendance à réagir sous la forme de *"défense passive mammifère"* face à une menace potentielle. Cette réaction serait médiée par le système nerveux parasympathiques et se

traduirait par un émoussement affectif, une plus faible vigilance et une conscience corporelle plus faible.

La partie "*apparemment normale de la personnalité*" correspondrait à des symptômes dissociatifs négatifs, soit des pertes fonctionnelles. La "*partie émotionnelle*" correspondrait plus à des symptômes dissociatifs positifs, soit des reviviscences de souvenirs traumatiques.

Dans la perspective de cette théorie, les individus souffrant de trouble dissociatif de l'identité présentent souvent plus d'une "*partie émotionnelle*" et plus d'une "*partie apparemment normale*".

Une étude germano-suisse (67) publiée en 2014 a étudié les substrats neurobiologiques de cette théorie, en comparant les réseaux neuronaux par imagerie fonctionnelle (IRM de perfusion) des parties apparemment normales et des parties émotionnelles chez des patients avec le diagnostic de trouble dissociatif de l'identité selon le DSM-4 et selon la SCID-D qui est une forme d'entretien semi-dirigé permettant d'évaluer la sévérité des troubles dissociatifs selon le DSM-4, et qui sera développée dans la partie « outils d'évaluation ».

Un groupe témoin était constitué de 15 actrices devant simuler les "*parties émotionnelles*" et les "*parties apparemment normales*".

Chaque groupe a bénéficié de l'imagerie durant laquelle il devaient rester immobile et le plus calme possible, d'abord en tant que "*parties apparemment normales*" puis en tant que "*parties émotionnelles*". Les patients avaient appris en thérapie à alterner quand ils le désiraient entre chaque personnalité. En dehors de l'IRM, pour chaque patient, un thérapeute demandait oralement à la personnalité correspondante à la partie testée ("*parties émotionnelles*" ou "*parties apparemment normales*") de prendre le contrôle et aux autres de se mettre en retrait, en respectant les spécificités de chaque patient.

Les données d'imageries portaient sur 11 patients du groupe TDI et 12 patients du groupe de simulation. On retrouve chez les patients dissociés une augmentation de la perfusion au niveau du pôle temporal du gyrus temporal médian, du précunéus, du gyrus angulaire et du cortex préfrontal dorsomédian. Chez le groupe témoin, on retrouve une augmentation de la perfusion au niveau du gyrus frontal médian et du gyrus occipital fusiforme.

Ces résultats montrent une activation plus importante du réseau du mode par défaut chez les patients du groupe TDI. Il s'agit d'un réseau activé lorsque l'individu n'effectue aucune tâche et n'est pas focalisé sur le monde extérieur. Lorsqu'une tâche est effectuée par l'individu, l'activation de

ce réseau est moindre. Ce réseau participe également à la conscience de soi (68) . Le groupe de simulation avait une activation plus faible de ce réseau, probablement car les patients étaient justement concentrés à simuler. Cela tendrait à prouver que les patients souffrant de trouble dissociatif de l'identité n'ont pas recours à la simulation.

Les résultats du groupe TDI montrent également une participation du lobe temporal, plus particulièrement le gauche, que les patients témoins. Le lobe temporal a d'importantes connections avec le système limbique, qui est lui même particulièrement impliqué dans les fonctions mnésiques et émotionnelles. Ces fonctions sont particulièrement perturbées dans les troubles dissociatifs comme le TDI. Une des hypothèses pour expliquer cette implication plus grande du lobe temporal chez les patients TDI serait que celui-ci permette l'alternance entre les différentes parts de la personnalité fragmentée, et aurait donc un rôle de switch.

Lorsque l'on compare les variations entre les parties émotionnelles et les parties apparemment normales de la personnalité, on constate une activation plus importante du cortex préfrontal dorsomédian et du cortex orbitofrontal chez les parties émotionnelles.

Le cortex orbitofrontal est impliqué dans l'évaluation et la mémorisation du caractère aversif d'une information extérieure, et est sensible aux signaux en lien avec une menace.

Le cortex préfrontal dorsomédian est quant à lui impliqué dans l'évaluation des émotions négatives.

Cette suractivation constatée de ces deux zones tendrait à confirmer la tendance des parties émotionnelles à se préoccuper des menaces et des informations relatives aux menaces.

Cette étude appuierait l'hypothèse de la théorie de la dissociation structurelle de la personnalité en y apportant des données neurobiologiques, à savoir des différences d'activation neuronales entre partie émotionnelle et partie apparemment normales. Pour autant, bien qu'il s'agisse d'un des plus grands effectifs de patients TDI dans une étude de ce genre, l'échantillon reste faible et limite la significativité de l'étude.

Une étude publiée en 2012 (69) a tenté de déterminer la validité du modèle sociocognitif ou de la théorie de la dissociation structurelle de la personnalité. L'imagerie cérébrale, la pression artérielle systolique et diastolique ainsi que la variabilité de la fréquence cardiaque de 11 patients ayant un diagnostic de trouble dissociatif de l'identité et comparé à deux groupes témoins: un groupe de 10 personnes ayant une forte inclinaison à l'imagination, ou "fantasy proneness" et un groupe de 8

personnes ayant une faible inclinaison à l'imagination. Ces deux groupes temoins étaient enjointes à simuler successivement les "*parties apparemment normales*" et les "*parties émotionnelles*" de la personnalité selon le modèle de la théorie de la dissociation structurelle de la personnalité. Les patients TDI ont également été étudiés sur ces deux modalités de la personnalité. Tous les patients ont bénéficié de l'imagerie en écoutant des textes à tonalité neutre ou comportant des éléments autobiographiques liés à des traumatismes.

Dans le groupe TDI, les "*parties apparemment normales de la personnalité*" présentaient une activation des réseaux impliqués dans la suppression de la mémoire émotionnelle liée à des souvenirs réprimés, principalement dans les régions corticales alors que les "*parties émotionnelles*" présentaient des activations dans les régions sous-corticales.

Dans le groupe TDI, les "*parties apparemment normales de la personnalité*" présentent des activations des aires d'association postérieure ou "*posterior association areas*", avec notamment une activation du précuneus, du gyrus fusiforme, du gyrus lingual, du gyrus occipital et gyrus parahippocampal. Ces aires d'association postérieures sont impliquées dans l'intégration sensorimotrice multimodale de l'information et joueraient un rôle dans la neutralisation des souvenirs traumatiques et la répression de la mémoire émotionnelle dans les "*parties apparemment normales de la personnalité*" chez les patients TDI.

Par ailleurs, en comparant les débits sanguins régionaux cérébraux, le groupe contrôle avec une faible inclinaison à l'imagination présentait des réseaux relativement plus similaires aux patients TDI que les le groupe contrôle avec une forte inclinaison à l'imagination. Ces résultats ne seraient pas en accord avec l'hypothèse socio-cognitive du TDI, ou l'inclinaison à l'imagination serait à l'origine du TDI, dans la mesure où une plus faible inclinaison à l'imagination serait associée à une meilleure simulation du TDI, relativement parlant.

Cette étude tendrait à apporter un substrat neuro fonctionnel à la théorie de la dissociation structurelle de la personnalité en mettant en évidence des réseaux d'activation différents chez les patients TDI entre "*parties émotionnelles*" et "*parties apparemment normales de la personnalité*" et en émettant des hypothèses de fonctionnement neuronal par rapport à la répression de souvenirs traumatiques chez cette dernière. La comparaison avec un groupe de "*personnalité encline à l'imagination*" qui présenterait avec cette étude des données différentes du groupe TDI lors de la simulation d'un TDI tendrait à fragiliser le modèle socio-cognitif des TDI, qui présente l'inclinaison à l'imagination comme étant principalement à l'origine du TDI. Pour autant, l'échantillon de patients

reste faible, et une composante sociocognitive, même minime dans le diagnostic de TDI n'est pas à négliger.

Amnésie dissociative

On retrouve également une inhibition par le cortex frontal des structures hippocampiques ainsi que du cortex visuel, qui pourrait être une piste permettant de comprendre la suppression de souvenirs insupportables pour le patient (34) . Une autre étude comparant des sujets sains à des sujets souffrant d'amnésie dissociative avec imagerie par PET-scanner retrouvait chez ces derniers une diminution de l'activation neuronale du cortex inféro-latéral préfrontal droit (46) .

Autre trouble dissociatif: Transe dissociative

Il y a relativement peu d'études sur les mécanismes neurobiologiques spécifiques à la transe dissociative.

Une étude (70) d'imagerie des flux sanguins cérébraux par Tomographie par Émissions de Positrons a été réalisée en 2012 chez 10 sujets sains brésiliens décrits comme "psychographeurs", soit étant dans la capacité d'écrire sous l'influence d'esprits dans des états de transe. Les sujets étaient divisés en un groupe de psychographeurs expert et un groupe de psychographeurs novices. L'imagerie a été réalisée durant des épisodes de transe avec production graphique et durant un exercice d'écriture sans transe, qui avait valeur de témoin pour chaque personne.

En ce qui concerne les psychographeurs novices, il a été constaté une augmentation significative du débit sanguin régional (rCBF) durant la transe dans les régions du culmen gauche, de l'hippocampe gauche, du gyrus occipital inférieur gauche, du cortex cingulaire antérieur gauche, le gyrus temporal supérieur droit et le gyrus précentral droit comparé à l'écriture normale. Le groupe de psychographeurs expérimentés présentait au contraire et de façon surprenante une diminution du débit sanguin cérébral dans ces régions.

Ces résultats semblent difficiles à interpréter. Le cortex temporal supérieur et le gyrus précentral sont des zones clés dans la fonction d'écriture. Une lésion ou une hypo-activation de ces régions peut entraîner une déficience sélective de la fonction d'écriture. La sous-activation de ces régions chez les psychographeurs expert n'allait pas de pair avec une réduction de la qualité et de la complexité des contenus écrits et laisserait penser que les sujets étaient ignorants du contenu qu'ils écrivaient.

Une autre explication de la moindre activation de ces régions chez les psychographes experts seraient que ces derniers seraient plus efficaces dans la tâche demandée, et solliciteraient moins d'aires cérébrales pour la même tâche que les psychographes novices.

Au final cette étude est peu concluante, et tendrait tout au plus à montrer la variété des mécanismes neuronaux dans la dissociation chez les sujets sains.

État de stress post traumatique

On retrouve une sur-modulation émotionnelle par augmentation de l'activation du cortex orbitofrontal qui inhiberait l'activation de l'amygdale, qui intervient dans la modulation des émotions intenses et des réactions de peur, et du cortex insulaire. Les souvenirs intrusifs pourraient être liés à des épisodes d'échecs des phénomènes de dissociation. En effet avec le temps, les capacités d'inhibition du cortex frontal sur l'amygdale pourraient être dépassées (34).

Il a de plus été retrouvé une réduction de la taille de l'amygdale et de l'hippocampe chez les patients en état de stress post traumatique comparés aux sujets normaux. L'hippocampe est impliqué dans la mémoire à long terme, ce qui pourrait expliquer les troubles mnésiques liés à l'état de stress post traumatique (71).

En outre, une étude d'imagerie fonctionnelle (72) s'est concentré sur les réponses dissociatives des patients en état de stress post traumatique lors de remémorations de traumatismes. Il a été constaté une suractivation du lobe temporal, frontal inférieur et médian, médial, occipital et pariétal. On peut supposer qu'une altération de ces réseaux soit à l'origine des réponses dissociatives chez ces patients, d'autant que ces réseaux comprennent le cortex cingulaire antérieur. Ce dernier a une fonction de protection du réseau cortical en bloquant la réponse de conditionnement à la peur, en inhibant l'amygdale tout en préservant la capacité de penser la situation (73).

Conclusion

Les données neurobiologiques des troubles dissociatifs sont variées et de plus en plus importantes, mais parfois contradictoires. Par exemple pour la présence d'ondes thêta dans la dissociation, certains auteurs évoquant une augmentation, d'autres une diminution des ondes chez les sujets ayant une tendance à la dissociation. Le rôle du cortex préfrontal dans les réactions dissociatives est par contre signalé de manière récurrente dans différentes études, concernant la

dépersonnalisation/déréalisation, l'amnésie dissociative, le TDI, le trouble stress post traumatique et la tendance à la dissociation en général, avec une tendance à inhiber les structures limbiques. Le rôle du lobe temporal est également régulièrement évoqué, notamment dans le TDI. Pour autant, les données ne se recoupent pas toujours d'une étude à l'autre concernant l'implication des différentes structures cérébrales dans les troubles dissociatifs

Enfin, ces données visent à étayer certaines théories, comme la théorie de la dissociation structurelle de la personnalité, mais également à évaluer la composante sociocognitive des troubles dissociatifs, avec des groupes de patients simulant le trouble. Si aucune preuve de simulation consciente n'a été retrouvée à titre expérimental, les effectifs demeurent faibles et la portée de ses études relativement limitées.

3-Approche phénoménologique des troubles dissociatifs

Une approche des troubles dissociatifs du point de vue phénoménologique pourrait être celle de l'hystérie, à laquelle ils étaient initialement rattachés. Camille Abettan, dans un article de 2014 (74) considère l'hystérie comme une pathologie de l'attestation, avec à l'appui son interprétation de notions d'Heidegger et de Ricœur. Il part du constat de nombreux cliniciens, notamment Henri Ey (29) que l'hystérie se caractérise entre autre par une inauthenticité du rapport à soi et aux autres, ce qui pose la question du vrai et du faux dans le rapport à soi. Il s'appuie sur la notion d'attestation, décrite comme l'être-vrai du soi, et présente dans l'œuvre de Martin Heidegger « *Etre et temps* » (75) .

Heidegger développe la notion de « soi » ou « d'ipséité » plutôt que de « sujet » ou de « moi » en insistant sur le caractère relationnel plutôt que substantiel de l'être de l'homme. Ainsi l'être se définit plutôt à partir des relations qu'il noue avec l'extérieur et ses semblables et le soi comme rapport au monde. Ce n'est que secondairement qu'il se constitue comme identité. Ainsi selon Heidegger la question de l'existant ne serait pas « *qu'est-ce que?* » mais « *qui?* ».

Paul Ricœur, dans « *soi même comme un autre* » (76) développe également l'attestation, et introduit deux types différents d'identité, l'identité-idem et l'identité ipse. L'identité idem peut être défini par le caractère, et par des éléments constants, invariants de la personnalité. l'identité ipse concerne plus le maintien à travers le temps de l'identité du soi, de sa cohésion (77) . Ainsi chaque personne peut se définir de façon duelle et ambiguë par son identité ipse et identité idem.

Paul Ricoeur décrit ensuite l'identité narrative permettant de rendre compte du soi en intégrant ces deux composantes de l'identité, créant ainsi un modèle dynamique de l'identité. Il est écrit « *L'identité du qui n'est donc elle-même qu'une identité narrative* » (76) . Camille Abbetan rajoute que « *L'identité narrative permet de manifester un soi à partir des expériences passées, et de faire des hypothèses portant sur l'avenir; à partir de variations imaginatives* » (74) .

L'attestation selon Paul Ricoeur se rattache donc à l'identité ipse et diffère de la notion commune de vérité. Elle ne peut se définir en terme de certitudes, mais est plus de l'ordre de la fiabilité. L'attestation aurait en outre une visée ontologique du sujet sur le mode de l'ipséité. Ainsi il écrit de l'attestation que « *ce qui est attesté à titre ultime, c'est l'ipséité* » (76) . L'attestation rattacherait en outre l'interprétation de soi à un sujet, qui serait un « *centre de perspective insubstituable sur le monde* » (76) .

Enfin selon lui, l'attestation implique que la réussite de l'interprétation de soi ne s'appuie pas uniquement sur les énoncés, mais également sur les actions en cohérence avec le sens dégagé de l'interprétation de soi. Dès lors, autrui est celui qui oblige à agir conformément aux énoncés qui découlent de l'interprétation de soi. Autrui serait donc déterminant dans l'interprétation de soi, dans la mesure où cette dernière implique l'énoncé et l'acte, et la cohérence entre les deux. Camille Abbetan écrit donc que « *la vérité de l'interprétation de soi englobe ces deux niveaux, celui de la pensée, et celui de l'acte, et a à voir avec leur interaction.* » (74) . L'interprétation de soi implique donc une dialectique ipséité-altérité.

L'hystérie serait donc une pathologie de l'attestation. L'hystérique aurait accès à l'identité narrative, dans la mesure où il peut développer et suivre une histoire, mais serait incapable de constituer sa propre histoire. Il en découlerait que l'hystérie pourrait être considéré comme une incapacité à constituer un soi valide.

Plusieurs éléments sémiologiques de l'hystérie viendraient appuyer ce constat :

La suggestibilité, qui implique que l'histoire du sujet ne s'inscrit pas dans une identité propre.

La belle indifférence, qui fait contraster les éléments d'un récit de la façon dont il est raconté, alors que la valence émotionnelle d'un récit est ce qui le rattache au sujet. Sans cette authenticité expressive, le récit perdrait son appartenance à l'histoire propre de chacun.

En outre chez l'hystérique, on constate un hiatus entre le récit et l'acte, ce qui interroge sur la place donnée à autrui dans l'interprétation de soi même. La production d'un récit par l'hystérique

l'engage à agir de façon cohérente avec le sens dégagé par son histoire, mais il ne le fait pas. Camille Abbetan écrit «*Le passage de la narration à l'action et la dimension éthique de l'attestation sont défailants*» (74) . L'hystérique se contenterait de rester dans la sphère de l'imaginaire. Malgré la profusion des variations imaginaires, l'hystérique n'arriverait pas à aboutir à une décision, un passage à l'acte permettant l'attestation.

Si l'hystérie est une pathologie de l'attestation comme l'avance Camille Abbetan, cela pourrait expliquer le désintérêt actuel pour ce concept de la psychiatrie et des neurosciences. En effet l'attestation paraît difficile à appréhender sur la base de critères observables et reproductibles. L'hystérie paraîtrait alors douteuse voire imperceptible.

Pour G Charbonneau (78) chez l'hystérique il n'y a pas d'altération de l'ipséité ou de l'altérité, mais des identités de rôle, rattachés à l'identité idem, et qu'il considère comme «*des identités de niveau psychologique*» (78) . C'est la relation aux rôles qui est perturbée du fait des autres. Ainsi il écrit : «*L'hystérique en est bien un exemple, lui qui surinvestit ostensiblement pour autrui en permanence ses rôles, sans en dernier lieu vraiment y croire lui-même.*» (78) .

L'hystérique serait fasciné par les figures de représentation des autres, et forcerait le rôle pour susciter l'adhésion, ce qui expliquerait son inauthenticité.

Pour Françoise Dastur (77) la névrose traumatique à laquelle on pourrait rattacher les troubles dissociatifs dans la perspective d'une étiologie traumatique altère l'ipséité. L'ipséité implique l'ouverture par rapport aux autres, mais également «*Se maintenir travers les événements contingents sous la forme de cette fidélité à soi qui est aussi mémoire de soi*» (77) . Face à un événement, la configuration par le récit permettrait d'intégrer les discordances et imprévus dans un récit unifié, ce que Ricoeur appelle l'identité narrative. Pour la névrose traumatique, il y aurait une impossibilité de configuration du récit et le sujet serait incapable de se reconnaître dans ce qui lui arrive. La névrose traumatique impliquerait «*une impossibilité à demeurer soi-même face à un événement bouleversant.*» (79) .

Toutefois il faut être prudent dans l'attribution de l'hystérie à un trouble de l'ipséité, de l'attestation ou d'ailleurs dans une perspective phénoménologique qui pourrait revenir à une catégorisation supplémentaire de la psychiatrie, ce que la phénoménologie cherche justement à éviter (79) .

Enfin la phénoménologie permet de mettre en perspective les avancées des neurosciences et leur prépondérance actuelle dans la psychiatrie. Elle permet de rappeler les dangers d'une certaine forme de réductionnisme scientifique, et la fragilité des modèles de fonctionnement cérébraux (80) .

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL PSYCHIATRIQUE

1-La question des hallucinations

Définition et mécanisme

Le diagnostic différentiel entre trouble dissociatif et psychose peut être délicat lorsque le patient présente des hallucinations.

Les hallucinations sont classiquement décrites comme des perceptions sans objet (31) .

Les hallucinations auditives peuvent se définir comme une expérience de perception en l'absence de stimuli approprié, qui se manifeste sous la forme de vocalisations humaines, à l'état conscient (1) . Elles présentent un sens de la réalité suffisant pour ressembler à une véritable perception (81) . Les hallucinations auditives sont les hallucinations pour lesquelles la littérature comparant psychose et dissociation est la plus riche.

Certains chercheurs considèrent cependant que les hallucinations ne sont pas purement une affaire de perception, mais concernent les processus cognitifs par lesquels les événements intérieurs, comme des souvenirs, pensées ou images, sont reconnus comme émanant de nous même ou d'une source extérieure (82) . D'autres (83) considèrent les hallucinations comme une forme de dissonance cognitive, qui fait attribuer à une source extérieure des pensées intérieures trop inconfortables, afin de réduire l'anxiété liée à ces pensées.

Les liens entre dissociation et hallucinations

Les hallucinations auditives sont fréquentes dans les troubles dissociatifs, en particulier suite à des traumatismes infantiles (84, 85) . Ainsi le fait d'entendre des voix ne serait pas un symptôme pathognomonique de la schizophrénie, et il est envisagé par certains auteurs (86) que les hallucinations auditives seraient plus liées à des phénomènes dissociatifs que des symptômes psychotiques. Ainsi la dissociation pourrait être une composante fondamentale de l'entente de voix (85) .

La question du diagnostic de psychose ou de troubles dissociatifs peut donc se poser face à un patient présentant des hallucinations, question d'autant plus délicate que certains auteurs (87) considèrent la dissociation induite par des traumatismes comme un mécanisme possible amenant à la psychose.

D'autres considèrent même que la psychose et la dissociation seraient des mécanismes interchangeables de défense psychologique face à des expériences insurmontables (1).

Une étude (82) publiée en 2014 s'est intéressée aux liens entre les traumatismes infantiles, les troubles dissociatifs, la pleine conscience et les hallucinations auditives.

Elle portait sur 318 sujets sains, étudiants en université, et séparés en deux groupes en fonction de leur tendance à avoir des hallucinations auditives. La Launay-Slade Hallucination Scale-revised (LHSR, Bentall and Slade, 1985) a été utilisée pour définir les deux groupes, entre faible et forte tendance à l'hallucination. La dissociation était étudiée avec la dépersonnalisation au travers du Cambridge Depersonalization Scale (CDS, Sierra & Berrios, 2000), et l'absorption, qui décrit la tendance à être absorbé dans sa propre imagerie mentale, avec la Tellegen Absorption Scale (TAS, Tellegen & Atkinson, 1974). Les traumatismes infantiles étaient explorés avec le Trauma Questionnaire (TQ, Davidson, Hughes, & Blazer, 1990), et la pleine conscience avec le Southampton Mindfulness Questionnaire (SMQ; Chadwick et al., 2008).

Il en ressort que le groupe de sujets avec une plus forte tendance aux hallucinations présentait plus d'expériences traumatiques que le groupe avec une faible tendance à l'hallucination. Ces résultats sont concordants avec des autres études (88, 89) qui démontraient un lien fort entre la tendance à l'hallucination et les traumatismes infantiles. Cependant, ce lien entre traumatisme et hallucination est moins fort dans la population saine que celui qui existe entre traumatisme et psychose.

D'autre part, les traumatismes infantiles étaient fortement corrélés aux symptômes dissociatifs recherchés (à savoir ici la dépersonnalisation et l'absorption) ce qui est en outre concordant avec de nombreuses théories des troubles dissociatifs.

Une analyse de médiation multiple (multiple mediation analysis) est une technique statistique qui vise à identifier le processus à travers lequel une variable indépendante (dans cette étude les traumatismes infantiles) influence une variable dépendante (ici la tendance à l'hallucination) à travers une variable médiatrice (ici les différentes composantes étudiées de la dissociation)

Cette analyse a permis d'envisager que dans cette étude le lien entre traumatisme infantile et hallucinations se ferait par la dissociation. Ainsi chez les sujets sains, les hallucinations pourraient être médiées par des phénomènes dissociatifs, suite à des traumatismes infantiles.

Par ailleurs, la pleine conscience était corrélée négativement avec les formes de dissociation étudiées, ce qui avait déjà été retrouvé et qui laisserait croire qu'il s'agirait de mécanismes opposés. La pleine conscience correspond à la capacité à concentrer son attention volontairement, d'une

manière particulière, dans le moment présent et sans jugement de valeur (90) . À l'opposé la dissociation impliquerait d'être détaché des événements présents, ou focalisés de manière rigide pour certains. L'étude (82) conclut que la méditation pleine conscience serait donc une piste thérapeutique pour les patients présentant des hallucinations auditives particulièrement envahissantes et médiées par des processus dissociatifs.

Une autre étude (85) de 2008 a comparé la relation entre l'attention auto-centrée, les troubles dissociatifs et les hallucinations auditives.

Elle portait sur 68 personnes réparties en 4 groupes: trois groupes de patients psychotiques, un ou les patients souffrent d'hallucination, un autre ou les patients ont guéris de leurs hallucinations et un ou les patients n'en ont jamais eu, et enfin un groupe témoins non psychotique et sans hallucinations. La dissociation était mesurée par la DES, et l'attention auto-centrée par la private self-consciousness scale. Il a été constaté que les patients qui ont et qui ont eu des hallucinations présentaient plus de troubles dissociatifs que ceux qui n'en avait jamais eu, ceux ayant actuellement des hallucinations étaient même proches du cut-off généralement considéré comme révélant des troubles dissociatifs: 27,50 pour un cut-off souvent utilisé à 30. Dans cette étude, l'analyse par régression multiple a révélé que le le seul facteur prédictif des hallucinations était la dépersonnalisation

Une troisième étude (91) s'est intéressé aux liens entre les caractéristiques du discours intérieur, l'estime de soi, la composante dissociative et la survenue d'hallucinations auditives.

Elle a été réalisée avec une population non clinique de 156 étudiants britanniques. Les caractéristiques du discours intérieur étaient explorés par la VISQ, qui mesure 4 dimensions du discours intérieurs en 18 items:

-le dialogue: je me parle et me réponds dans mon esprit sur divers sujets

-le caractère motivationnel et évaluatif: je me parle dans mon esprit pour me dire de faire ou ne pas faire quelque chose

-la condensation: je me parle en usant des mots brefs et des courtes phrases incomplètes

-la présence d'autres voix, permettant d'explorer une forme d'hallucination auditive.

La dissociation était mesurée par la DES-II, l'estime de soi par la Rosenberg Self-Esteem Scale et les hallucinations par la Launay–Slade Hallucination Scale.

L'analyse de corrélation montre que la dimension évaluative et la présence d'autres voix dans le discours intérieur étaient associés à une plus grande fréquence de troubles dissociatifs et une plus faible estime de soi. La tendance à entendre d'autres voix que la sienne au quotidien serait de nature dissociative chez les sujets sains.

Un modèle d'équations structurelles ou Structural equation modelling a testé différents modèles pour évaluer les relations entre la nature du discours intérieur, les éléments dissociatifs et la survenue d'hallucinations auditives. Il en résulte que la dissociation semble jouer un rôle médiateur entre la nature du discours intérieur et la survenue d'hallucinations auditives.

Ces études tendent à montrer que les troubles dissociatifs sont très fréquemment liés aux hallucinations auditives et laissent penser que la dissociation pourrait être un des mécanismes en jeu dans la survenue d'hallucinations. Il pourrait s'agir d'épisodes de transe dissociative spontanée durant lesquels le sujet se dissocie de ses événements intérieurs et les perçoit comme extérieurs (1) (85) .

En outre on constate que les hallucinations, comme la dissociation peut être considéré comme une donnée dimensionnelle, se répartissant dans l'ensemble de la population dans un continuum allant du normal au pathologique. En effet certains auteurs (1) considèrent que 10% à 25% de la population générale a entendu des voix au moins une fois dans sa vie, ce qui en ferait un phénomène commun et continu, souvent précipité par des événements stressants ou traumatiques.

Caractéristiques des hallucinations dans la dissociation

Les patients souffrant de troubles dissociatifs peuvent avoir des hallucinations sur tous les modes, auditif, visuel, olfactif, gustatif, tactile ou somatosensoriel, mais aussi des hallucinations négatives, c'est à dire des expériences sensorielles habituelles soustraites à la perception consciente (37) .

Dans une étude de cas (92) d'un homme New-yorkais de 62 ans ayant fait des épisodes de fugue dissociative, le patient présentait également des hallucinations complexes.

Suite à ses épisodes de fugue, il se retrouvait dans des quartiers éloignés de chez lui qu'il ne connaissait pas, sans aucun souvenir de l'épisode. Il présentait également des épisodes hallucinatoires complexes où il croyait se déplacer dans des bars, rencontrer des amis imaginaires et avoir des conversations avec eux. Il vivait ces expériences comme réelles sur le moment, bien qu'à distance il était lucide et convaincu du caractère hallucinatoire de ces épisodes.

Concernant les hallucinations auditives, il y a peu de différences retrouvées dans les caractéristiques des hallucinations entre psychose et dissociation, tant en terme de localisation, complexité, nombre de voix, tonalité positive ou négative (86) . On constate par ailleurs que dans le DSM-5, la nature des hallucinations n'est plus un critère spécifique de schizophrénie (38) . Auparavant les hallucinations schneideriennes, soit la présence de voix commentant en permanence le comportement ou les pensées de la personne, ou la présence de plusieurs voix qui conversent entre elles permettaient le diagnostic à elles seules, bien que l'on puisse retrouver dans les troubles dissociatifs. Désormais les hallucinations doivent être associées à au moins un des symptômes suivants pendant un mois pour pouvoir poser le diagnostic de schizophrénie :

-des idées délirantes

-un discours désorganisé

-un comportement excessivement désorganisé ou catatonique

-des symptômes négatifs, soit une expression émotionnelle diminuée ou une avolition.

La discrimination semble plus pouvoir se faire sur les répercussions des HAV sur le patient, Les patients présentant des troubles dissociatifs auraient tendance à décrire les voix comme inexplicables et effrayantes, et à ne pas avancer d'explications délirantes sur l'origine de ses dernières (34) .

Dans une étude (93) portant sur 65 personnes comparant les HAV chez des patients avec trouble dissociatif de l'identité avec des patients schizophrènes avec ou sans antécédent de traumatisme infantile, les patients avec troubles dissociatifs entendent plus souvent plus de 2 voix, et entendent parfois des voix d'enfants, ce qui n'était pas le cas des schizophrènes. Dans tous les groupes, les voix étaient plus généralement décrites comme d'origine interne plutôt qu'externe.

Lorsque l'on compare les hallucinations de patients schizophrènes et de troubles dissociatifs à une population non-clinique, il a été constaté que la principale différence avec le groupe non clinique est la connotation négative des voix et la perception des voix comme envahissantes et plus dérangeantes chez les deux groupes de patients (81) .

Les caractéristiques (localisation, nombre, tonalité, nature) des hallucinations auditives ne permettent pas franchement de faire le diagnostic entre psychose et troubles dissociatifs. Les seuls éléments discriminants ne sont pas retrouvés systématiquement d'une étude à l'autre.

Les répercussions négatives chez les patients souffrant de schizophrénie ou de troubles dissociatifs sont par contre plus importantes que chez les populations non cliniques.

2-Diagnostic différentiel avec les psychoses et les troubles bipolaires

Une des critiques liées à une définition large des troubles dissociatifs est le risque de surdiagnostic de trouble dissociatifs au dépend des troubles psychotiques, ou des troubles de l'humeur avec caractéristiques psychotiques. Les échelles SCID, DES en particulier le taxon DES (cf infra) permettent d'être plus discriminant. L'hypnotisabilité, très élevée chez les patients souffrant de troubles dissociatifs et significativement plus faible chez les patients psychotiques peut aussi orienter sur le diagnostic.

Plusieurs auteurs (94) considèrent qu'il existe une association entre les troubles bipolaires et les troubles dissociatifs, et même que la survenue de troubles dissociatifs serait associée à un risque augmenté de début de trouble bipolaire (95) .

Lors d'une étude de cohorte (96) comparant 41 patients bipolaires à 198 sujets sains, les scores à la Des et au DES-Taxon étaient significativement plus élevés chez les patients bipolaires que chez les sujets sains. Une autre étude avance que la présence de symptômes de dépersonnalisation serait associée à un début précoces de troubles bipolaires (97) . En outre les patients bipolaires présentent une fréquence élevées de traumatismes, comme les troubles dissociatifs (98) .

Bien que ces travaux aient quelques limites, comme la spécificité de la DES et la taille relativement réduite des cohortes, l'idée d'une entité clinique associant troubles bipolaires et troubles dissociatifs est envisagée. Ainsi face à des symptômes dissociatifs, il paraît nécessaire d'explorer un trouble bipolaire ou d'envisager une entrée dans la maladie bipolaire par cette présentation symptomatique.

Par ailleurs, comme cela a déjà été exposé dans la question des hallucinations, plusieurs auteurs considèrent la dissociation comme mécanisme amenant à la psychose suite à des traumatismes. Ainsi les traumatismes infantiles serait un facteur de risque de développement de psychose, développement qui se ferait entre autres par le biais de symptômes dissociatifs (99) .

Une étude réalisée en 2005 (99) a exploré les liens entre psychose, exposition au traumatisme et État de stress post traumatique. Elle portait sur une population de 32 patients avec un diagnostic de schizophrénie selon le DSM-4.

Les traumatismes infantiles étaient explorés avec le Trauma History Questionnaire, la dissociation était évaluée par la Dissociative Experience Scale (DES). Les patients ont également bénéficié d'explorations de l'État de Stress post Traumatique avec la Post-traumatic Stress Disorder Symptom Scale – Self- Report (PSS-SR) permettant le diagnostic d'état de stress post traumatique, et le Post-traumatic Cognitions Inventory.

L'exposition au traumatisme dans cet échantillon était très importante, avec 94% des patients rapportant au moins un traumatisme au cours de leur vie. Le nombre d'état de stress post traumatique diagnostiqué grâce à la PSS-SR était en outre très élevé, avec 53,1% soit 17 patients sur les 32.

Les expériences psychotiques étaient associées à la dissociation et à l'état de stress post traumatique. Comme dans une autre étude (85) portant sur des patients psychotiques et non psychotiques, la dépersonnalisation était un facteur prédictif significatif de la survenue d'hallucinations dans cette étude suite à l'analyse de corrélations.

L'étude conclut que la psychose et l'état de stress post traumatique pourrait faire parti du même spectre de réponses à un traumatisme, comme cela avait déjà été avancé (1) .

Une autre étude clinique chinoise (100) publiée en 2013 a également exploré les liens entre troubles dissociatifs et psychose. 569 patients d'un hôpital psychiatrique public de Shanghai ont passé la DES, puis ont été divisés en 4 groupes en fonction de leur score (0-10, 11-20, 21-40 et plus de 41). 10% du premier, 30% du deuxième, 50% du troisième et 100% du dernier groupe ont ensuite été sélectionnés aléatoirement et ont passé la DDIS. Ces 96 patients avaient tous un diagnostic de schizophrénie selon la troisième version de la Classification and Diagnostic Criteria for Mental Disorders (CCMD-3). La prévalence brute de troubles dissociatifs selon le DSM-4 était de 29,2% dans le groupe de 96 patients, et la prévalence pondérée sur l'ensemble des 569 patients était de 15,3% avec respectivement 5,10% d'amnésie dissociative, 0,53% de fugue dissociative, 0,53% de trouble dissociatif de l'identité, 1,58% de dépersonnalisation et 7,5% trouble dissociatif non spécifié. Aucun des patients étudiés n'avaient reçu de diagnostic de trouble dissociatif auparavant.

Par ailleurs, 11 patients avec un score inférieur à 20 à la DES, soit bien inférieur au cut-off généralement considéré (25 ou 30 selon les auteurs) ont finalement reçu un diagnostic de trouble

dissociatif avec la DDIS (cf infra), ce qui pose la question de la sensibilité de la DES pour la détection de ce genre de trouble.

Enfin cette étude indiquerait que le diagnostic de trouble dissociatif ne serait pas incompatible avec celui de psychose, et plus particulièrement de schizophrénie, et que les troubles dissociatifs auraient au contraire une prévalence plus importante chez les patients psychotiques. Une autre hypothèse serait celui que le diagnostic de trouble dissociatif serait plus adapté que celui de schizophrénie chez ces patients, ou qu'il ne s'agisse de faux positifs pour le diagnostic de trouble dissociatif, d'autant qu'un peu moins de la moitié des patients diagnostiqués le sont pour le trouble dissociatif non spécifié.

3-Diagnostic différentiel avec le trouble personnalité limite

Des symptômes dissociatifs s'observent souvent chez les patients avec un trouble personnalité limite (101) .

Certains critères du trouble personnalité limite sont communs avec ceux de pathologie dissociative, notamment l'état de stress post traumatique. Ainsi la perte de confiance envers les autres, l'irritabilité, la colère et l'instabilité affective sont communes aux deux diagnostics, même s'ils interviennent avec une temporalité différente.

Dans une étude portant sur des patients borderline ayant passé la DES avec comparaison avec groupe témoins, les patients borderlines avaient des scores significativement plus élevés à la DES que les autres, avec une prévalence des expériences d'amnésie et de dissociation (102) .

De plus, les patients borderline présentent un taux élevé de traumatismes rapportés, ce qui les rapprochent des patients avec troubles dissociatifs, dans la perspective d'une origine traumatique de la dissociation (103) . On retrouve souvent des conditions familiales chaotiques et des abus sexuels dans l'histoire de vie des patients borderline.

Comparés à des sujets normaux les patients borderline et ceux en état de stress post traumatique ont des noyaux réduits de l'hippocampe et de l'amygdale, impliquée dans la modulation des réactions de peurs et des émotions importantes (71) .

Les traumatismes répétés ou négligences dans l'enfance pourrait induire des difficultés d'intégration des expériences émotionnelles et affectives. Ce défaut d'intégration de la conscience pourrait entraîner des symptômes dissociatifs, exacerbés par de nouveaux traumatismes chez ces patients. La

dissociation pourrait en outre être un mécanisme de défense chez ces patients., pour se protéger des expériences traumatiques.

Les patients borderline partagent donc des traits communs avec les patients souffrant de troubles dissociatifs, notamment au niveau du terrain traumatique et des certains aspects de la présentation clinique (73) .

4-La simulation

La simulation consciente est un diagnostic différentiel délicat des troubles dissociatifs Le diagnostic reposera sur une observation prolongée et attentive du patient, une étude de sa personnalité, le contexte de l'installation du trouble, et les conséquences supposées pour le patient d'une guérison ou de la persistance de l'incapacité.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL NEUROLOGIQUE

1-Dépersonnalisation/déréalisation

Face à une symptomatologie de dépersonnalisation et de déréalisation, il faudra rechercher une épilepsie, notamment temporelle interne.

2-Fugue dissociative

Là encore, un des principaux diagnostics différentiels de la fugue dissociative est l'épilepsie temporelle, et dans une moindre mesure les crises de Petit Mal et les crises frontales, qui peuvent être responsables d'automatisme, soit d'actes moteurs complexes associés à un état de conscience altéré.

Les crises épileptiques temporelles sont la forme d'épilepsie la plus retrouvée dans les symptomatologies d'automatisme. On retrouve classiquement une combinaison de symptômes de déréalisation, dépersonnalisation, altération de la conscience, avec également des hallucinations olfactive, gustative, des sensations épigastriques et des stéréotypies bucco-faciales (mouvements de suctions, de mastication, léchage labial), des variations thymiques. Une amnésie de l'épisode est retrouvée, ainsi qu'une confusion post-ictale.

Ainsi dans un article (104) datant de 1964, McCaldon considère trois types d'automatisme, qu'il caractérise par ailleurs comme la présence d'actes complexes alors que l'état de conscience est altéré:

-L'automatisme normal, qui correspond à l'hypnose, et au somnambulisme qui sont tous deux des formes de dissociation.

-L'automatisme organique, pour lequel il cite en premier lieu l'épilepsie temporelle.

-L'automatisme psychogène, qui correspond à la fugue dissociative, décrit à l'époque comme un automatisme hystérique.

D'autres atteintes neurologiques peuvent être responsables (tumeur cérébrale, traumatisme crânien, démence), ainsi que des intoxications ou abus de substance diverses.

3-Annésie dissociative

La démarche diagnostique neurologique face à une amnésie s'attache à rechercher une crise d'épilepsie partielle, un accident vasculaire cérébral, un traumatisme crânien. La prise de substances, notamment l'alcool ou des benzodiazépines et leurs dérivés peut également être à l'origine de perte de mémoire (33) .

Enfin l'ictus amnésique peut être évoqué devant une amnésie antérograde et rétrograde, de moins de 24 heures, sans étiologie neurologique retrouvée, généralement chez une personne de cinquante ans ou plus. L'épisode s'accompagne souvent d'une anxiété importante mais le comportement de la personne reste adapté. Le patient garde ensuite une amnésie de l'épisode. L'ictus amnésique serait d'origine vasculaire, une des explications avancées serait un hypodébit dans les régions temporales et la formation réticulée. Bien que pouvant aussi être déclenché par des chocs émotionnels, l'ictus se distingue de l'amnésie dissociative en plusieurs points. L'amnésie dissociative peut concerner des données électives, systématisées, et des périodes précises, ou bien entraîner une perte d'identité complète, alors que dans l'ictus l'amnésie rétrograde concerne quelques mois ou années sans systématisation particulière. En outre il n'y a pas d'amnésie antérograde dans l'amnésie dissociative, et l'ictus est un phénomène ponctuel (105) .

4-Trouble dissociatif de l'identité

Des changements de personnalité chez des patients épileptiques ont été décrits, Pour autant ces changements de personnalité ont tendance à être transitoire et se retrouvent dans les périodes pré ou post-ictales. Par ailleurs ces changements ne sont jamais aussi persistants et élaborés que les différentes personnalités décrites dans les DID (106) .

5-Troubles dissociatifs de la motricité et des organes des sens

Certains troubles neurologiques à évolution progressive peuvent avoir la présentation clinique de troubles dissociatifs, comme le lupus érythémateux disséminé ou la sclérose en plaque. Cette dernière peut en outre être associée en début de maladie à des réactions de détresse et des tentatives

d'attirer l'attention de l'entourage, qui peuvent orienter à tort vers le diagnostic de trouble dissociatif.

OUTILS D'ÉVALUATION

1-La DES

La DES, ou Dissociative Experience Scale, est un bref questionnaire écrit, conçu en 1986 par Eve Bernstein Carlson et Frank W. Putnam. (107) .

Il est composé de 28 items qui permettent d'évaluer la fréquence de symptômes dissociatifs chez les adultes de plus de 18 ans. On cote de 0 à 100 la fréquence de survenue des expériences décrites, puis on fait la moyenne des 28 scores.

En population générale, les scores moyens varient entre 3,7 et 7,8. Chez les patients hospitalisés en psychiatrie, les scores moyens varient de 14,6 à 17. Bernstein et Putnam conseillent d'utiliser un cut-off à 30 pour le diagnostic, mais un cut-off à 25 est parfois utilisé. Pour autant, le diagnostic doit être confirmé ou exclu avec un interview diagnostique plus conséquent et structuré, comme la SCID-D

Certains auteurs considèrent que la DES manque de spécificité pour mesurer la dissociation. Ainsi certains items de la DES mesurent l'absorption, qui est un terme anglo-saxon désignant la tendance à être absorbé par ses propres activités mentales, notamment imaginaires (108) et qui peut se mesurer par la Tellegen Absorption Scale. Les relations entre l'absorption et la dissociation sont complexes. Les individus souffrant de troubles dissociatifs ont en général des scores élevés d'absorption, mais l'absorption peut également se retrouver chez des individus sans psychopathologie particulière liée à la dissociation.

Certains items seraient en outre peu discriminants pour les patients ayant une « *personnalité encline à l'imagination* », ou « *fantasy prone personality* ». Les items 15 « *Certaines personnes font l'expérience de ne pas être sûres si les choses dont elles se souviennent être arrivées, sont réellement arrivées ou si elles les ont juste rêvées.* » et 18 « *Certaines personnes constatent parfois qu'elles deviennent si impliquées dans une pensée imaginaire ou dans une rêverie qu'elles les ressentent comme si c'étaient réellement en train de leur arriver.* » peuvent effectivement correspondre à ce type de personnalité, ce qui pourrait expliquer les corrélations retrouvées entre dissociation et personnalité encline à l'imagination. Selon certains auteurs (108) ce manque de

précision de la DES est en partie à l'origine de la théorie liant les troubles dissociatifs à la "*fantasy proneness*" et non au traumatismes infantiles.

Par ailleurs, chez les patients bipolaires, certains items manqueraient de spécificité aux troubles dissociatifs (troubles dissociatifs et troubles affectifs)

Ainsi l'item 22 « *Il arrive à certaines personnes de réagir d'une manière tellement différente dans une situation comparée à une autre situation, qu'elles se ressentent presque comme si elles étaient deux personnes différentes.* » peut traduire assez bien les variations d'humeur ressenties chez les patients bipolaires, et l'item 23 « *Certaines personnes constatent parfois que dans certaines situations, elles sont capables de faire avec une spontanéité et une aisance étonnantes, des choses qui seraient habituellement difficiles pour elles (par exemple sports, travail, situations sociales...).* » peut correspondre à un état maniaque ou hypomaniaque chez un patient bipolaire.

Le DES-Taxon, composé de 8 des 28 items de la DES est plus caractéristique d'un état dissociatif pathologique. Il est composé des items 3, 5, 7, 8, 12, 13, 22 et 23 et permettrait d'améliorer en partie la spécificité de l'outil en limitant les facteurs de confusions.

Item 3 Certaines personnes font l'expérience de se trouver dans un lieu et de n'avoir aucune idée sur la façon dont elles sont arrivées là.

Item 5 Certaines personnes font l'expérience de trouver des objets nouveaux dans leurs affaires sans se rappeler les avoir achetés.

Item 7 Certaines personnes ont parfois la sensation de se trouver à côté d'elles-mêmes ou de se voir elles-mêmes faire quelque chose, et de fait, elles se voient comme si elles regardaient une autre personne.

Item 8 On dit parfois à certaines personnes qu'elles ne reconnaissent pas des amis ou des membres de leur famille.

Item 12 Certaines personnes font parfois l'expérience de ressentir comme irréels, d'autres gens, des objets, et le monde autour d'eux.

Item 13 Certaines personnes ont parfois l'impression que leur corps ne leur appartient pas.

Item 22 Il arrive à certaines personnes de réagir d'une manière tellement différente dans une situation comparée à une autre situation, qu'elles se ressentent presque comme si elles étaient deux personnes différentes.

Item 23 Certaines personnes constatent parfois que dans certaines situations, elles sont capables de faire avec une spontanéité et une aisance étonnantes, des choses qui seraient habituellement difficiles pour elles (par exemple sports, travail, situations sociales...).

2-La SCID-D

La SCID-D ou structured clinical interview for DSM-IV Dissociative Disorders est une forme d'entretien semi-dirigé qui a pour but de diagnostiquer et d'évaluer la sévérité des troubles dissociatifs selon le DSM-4 conçu par Marlene Steinberg à l'université de Yale. Il a été conçu en 1985, puis révisé en 1993 et 1994 (on parle donc de SCID-D-R). Cette échelle évalue 5 composantes essentielles des troubles dissociatifs: l'amnésie, la dépersonnalisation, la déréalisation, la confusion d'identité et l'altération d'identité. Elle estime également leur nature, sévérité et fréquence. elle est considérée comme la référence pour le diagnostic, et a prouvé avoir une bonne fiabilité premier test-deuxième test (test-retest fiability) sur 141 patients psychiatriques à 2 semaines et 6 mois d'intervalles, tant pour le diagnostic que pour la sévérité. Elle est considéré comme ayant une bonne valeur discriminante, dans des populations variées. Ainsi il existe des versions traduites en hollandais, allemand, norvégien et turc (109) .

Plusieurs critiques ont cependant été émises quand à la fiabilité de la SCID-D-R. Elle s'appuie sur les critères du DSM-4 des troubles dissociatifs, qui manquent parfois de précision, notamment en ce qui concerne la mémoire dans le trouble dissociatif de l'identité. Ainsi la SCID-D-R explore uniquement la fréquence des oublis, et non pas les données qualitatives de la mémoire. Pour le TDI, elle met surtout l'accent sur la mémoire et les identités alternantes, ce qui ne permet peut être pas d'embrasser la complexité du diagnostic.

En outre, conformément au DSM-4, la SCID-D-R n'inclut aucune question sur les troubles de conversion, ce qui peut être discutable selon certaines conceptions (110) .

3-La DDIS

La DDIS, ou Dissociative Disorders Interview Schedule, est une autre forme d'interview semi dirigé développé par le Dr Ross, (111) pour les diagnostics du DSM-5 de trouble à symptomatologie somatique, trouble de personnalité borderline, syndrome dépressif majeur ainsi que les troubles

dissociatifs. Il explore en outre les symptômes de schizophrénie, de trouble dissociatif de l'identité et les abus de substance. Il peut être conduit en 30 à 45 minutes.

4-L'ITDST

L'interview pour les troubles dissociatifs et les symptômes liés au trauma (ITDST) (110) est une forme d'entretien semi dirigé que certains cliniciens préfèrent, en alternative à la SCID-D-R. Il est utilisé pour explorer les troubles dissociatifs et les états de stress post-traumatiques complexes.

L'entretien est divisé en 4 séries de questions. La première partie concerne les éléments biographiques, professionnels du patient, ses antécédents psychiatriques, et ses consommations de médicaments ou de substances. La seconde partie retrace les antécédents physiques du patient et les symptômes dissociatifs somatoformes. La troisième partie explore les symptômes potentiellement liés au traumatisme de manière assez large, avec des questions concernant les troubles de l'alimentation, du sommeil, de l'image de soi, de la régulation de l'humeur, ainsi que les troubles anxieux, relationnels ou sexuels et les comportements auto-agressifs.

Enfin la quatrième partie explore les symptômes dissociatifs proprement dit, avec des questions sur l'amnésie, la dépersonnalisation, la déréalisation, le trouble de l'identité et les symptômes schneideriens. Voici des exemples non exhaustifs de questions proposées pour explorer chaque ces symptômes :

L'amnésie :

-Y a-t-il parfois des périodes durant lesquelles vous avez des difficultés de vous rappeler de ce que vous avez fait durant la journée?

-Vous est-il déjà arrivé que vous vous trouviez à un endroit et que vous ne vous rappeliez pas comment vous étiez arrivé là (autrement qu'à cause du fait d'être sous influence de substances)?

La dépersonnalisation :

-Vous êtes-vous déjà senti irréel?

-Est-ce que vous vous êtes déjà senti comme agissant comme un robot ou un automate?

La déréalisation :

-Avez-vous déjà eu le sentiment que votre entourage familial ou les gens que vous connaissez bien vous semblaient étranges ou irréels?

-Avez-vous déjà eu le sentiment que votre entourage ou les gens autour de vous semblaient vagues, comme si vous étiez en train de regarder à travers une sorte de brouillard?

Le trouble de l'identité :

-Êtes-vous parfois pas sur ou confus sur qui vous êtes vraiment?

-Avez-vous déjà eu le sentiment qu'il y avait une lutte à l'intérieur de vous-même ou que vous avez de forts sentiments d'ambivalences ou de conflits?

Les symptômes schneideriens :

-Y a-t-il une discussion intérieure qui se passe durant cette interview?

-Est-ce que vous entendez parfois une voix dans votre tête qui commente ce que vous faites ou qui vous donne des ordres?

Si il y a une suspicion de trouble dissociatif de l'identité au cours de l'entretien, l'ITDST propose des questions sur les parties dissociées de la personnalité :

-Comment est-ce que vous remarquez qu'il y a d'autres parties de votre personnalité?

-de quelle manière est-ce que ces parties (aspects/côtés) diffèrent de vous?

L'ITDST propose également des questions lorsqu'il y a une suspicion de simulation de la part du patient pour le diagnostic de TDI :

-Avez-vous déjà lu quelque chose sur le diagnostic de TDI?

-Avez-vous des amis ou de la famille qui pensent que vous avez un TDI?

THÉRAPEUTIQUE

1-Prise en charge des troubles dissociatifs

Une controverse existe par rapport à l'hypnose et les différents diagnostics de troubles dissociatifs. L'hypnose a été accusée d'induire des troubles dissociatifs, notamment pour les cas de troubles dissociatifs de l'identité. La polémique a pu être alimentée dès la fin du 19^{ème} siècle et le début du 20^{ème} siècle par les nombreuses explorations sous hypnose des dédoublements de personnalité, notamment par Janet, qui induisait certaines capacités aux diverses personnalités de ces cas d'hystérie. Il n'y a actuellement pas de preuves que l'hypnose soit à l'origine du trouble, les symptomatologies sont antérieures au contacts avec le clinicien hypnothérapeute (30).

L'hypnose et l'EMDR sont généralement utilisés dans les troubles dissociatifs, surtout quand une composante traumatique est identifiée.

Une étude portant sur la dissociation chez les sujets sains a constaté que la pleine conscience était corrélée négativement avec la dissociation. Il pourrait s'agir de mécanismes opposés de fonctionnement, et les thérapies centrées sur la pleine conscience pourraient avoir un intérêt thérapeutique dans la prise en charge de symptômes dissociatifs invalidants, mais il y aurait nécessité d'explorations complémentaires sur le sujet (82).

Par ailleurs, dans le cas de symptômes dissociatifs liés à une activité électrophysiologique anormale du lobe temporal interne, les traitements anticonvulsivants peuvent se révéler très efficaces (2).

2-Prise en charge spécifique du TDI

Revue de la littérature

Une revue de la littérature a été réalisée en 2011 (42) sur la prise en charge des cas de possessions, s'appuyant sur tous les revues de cas publiés en anglais entre 1988 et 2010. La revue s'appuyait sur les diagnostics sur la base du DSM-4, où la possession était rattachée au diagnostic de transe et non pas à celui de TDI comme c'est désormais le cas dans le DSM-5. Des données pour 114 patients dans 19 articles ont été retrouvées.

La psychothérapie a été la technique la plus utilisée, rapportée chez 59% des patients avec une bonne efficacité. La médecine traditionnelle correspondante au contexte culturel du patient a été utilisée dans 30% des cas, et a été considérée efficace chez tous les patients sauf deux. 7% des patients ont eu un exorcisme, avec une efficacité variable selon les cas.

Des traitements médicamenteux ont été prescrits dans 30% des cas. 9 patients ont reçu des antipsychotiques, parmi lesquels 5 ont montré une amélioration des symptômes, dont 2 avec des faibles doses, et 4 aucune amélioration. 2 patients ont eu des antidépresseurs et 3 patients des traitements anxiolytiques, avec une bonne amélioration des symptômes. Pour les 19 patients restants, les détails des traitements utilisés ne sont pas rapportés.

Par ailleurs 6 patients ont été hospitalisés et un patient a eu des séances d'électro-convulsivo thérapie, sans succès thérapeutique constaté.

Ces données, bien que parcellaires et uniquement basée sur des revues de cas, montrent que la psychothérapie est la méthode privilégiée dans la prise en charge des cas de possession. Plusieurs traitements médicamenteux sont également utilisés, avec une efficacité variable. Cette étude montre en outre l'ampleur de l'utilisation de techniques avec une forte composante culturelle dans la prise en charge de ses cas, avec parfois une efficacité constatée qu'il faut interpréter avec prudence (42).

Une étude de cas de 2005 (112) rapporte l'efficacité du traitement par Perospirone d'un cas de trouble dissociatif de l'identité chez une patiente japonaise de 30 ans qui présentait le trouble depuis 13 ans, dans un contexte de traumatismes physiques sévères dans l'enfance par son père. Elle présentait deux identités alternatives, une femme de 17 ans et un homme de 23 ans, avec d'autres noms et caractéristiques que la personnalité principale.

Elle a bénéficié d'un traitement par Perospirone, à la dose initiale de 12mg par jour, augmenté à 24mg en un mois, suite à quoi elle aurait présenté une amélioration significative de son état, avec moins d'anxiété, moins d'hallucination auditives, et moins d'altération de l'identité. Le traitement a été maintenu 5 mois, puis progressivement arrêté à 9 mois de traitement sans recrudescence dissociative, avec un recul d'un an. La Perospirone est un antipsychotique atypique, conçu et utilisé au Japon depuis 2001, non commercialisé en France, qui bloque le récepteur D2 de la dopamine et le récepteur 5HT2, ce qui pourrait avoir un effet sur les hallucinations, et stimule le récepteur 5HT1A post synaptique, ce qui pourrait réduire l'anxiété.

Il s'agit du seul cas rapporté d'efficacité de ce traitement dans le TDI, les preuves d'intérêt de la Perospirone dans la prise en charge sont donc extrêmement fragiles.

Une autre étude de cas (113) évoque quant à elle l'efficacité d'une thérapie associant la Mirtazapine et le Risperdal pour un cas de TDI chez une jeune patiente de 16 ans. La patiente présentait des antécédents de violences physiques dans l'enfance. Depuis 6 mois, elle présentait 4 personnalités distinctes, chaque personnalité ayant ses propres façons de penser et d'agir. Ces personnalités provoquaient des comportements d'automutilation et d'hétéro-agressivité verbale et physique. Elle a bénéficié d'un traitement par Mirtazapine à 30mg et de Risperidone à 2mg par jour. Après une semaine de traitement, les alternances entre les personnalités ont diminué, ainsi que les comportements agressifs. À distance de l'instauration du traitement, la patiente décrivait que sa personnalité d'origine avait repris le contrôle dans ses pensées, et que les trois autres personnalités étaient plus discrètes. L'amélioration a persisté 6 mois après l'instauration du traitement. L'auteur avance une efficacité de la Risperidone sur le système dopaminergique mésolimbique et mésocorticale et une efficacité de la Mirtazapine sur le système sérotoninergique, ces réseaux pouvant être perturbés dans la suite de traumatismes répétés dans l'enfance.

Là encore il ne s'agit que d'un seul cas d'efficacité de ces traitements, il est donc difficile de conclure à un intérêt formel d'une bithérapie par Risperidone et Mirtazapine dans le traitement du TDI.

Recommandations de la SIETD

La société internationale pour l'étude du trauma et de la dissociation (SIETD, en anglais ISSTD) a rédigé des lignes directrices en français en 2011 (41) pour la prise en charge spécifique du TDI. La première rédaction date de 1994, puis a été révisé en 1997, 2005, 2009 puis 2010, avant d'être traduite en français en 2011.

La SIETD s'appuie sur la théorie de la dissociation structurelle de la personnalité, où le TDI est d'origine traumatique et présente une partie émotionnelle et une partie apparemment normale de la personnalité développée plus haut. Elle ne considère pas le TDI comme étant susceptible d'être du à la simulation ou la suggestion.

Le but du traitement est le fonctionnement intégré de l'ensemble des diverses parties de la personnalité. Le thérapeute doit considérer le patient comme une personnalité adulte entière avec

des identités qui se partagent la responsabilité de la vie quotidienne, et doit impliquer toutes ces identités dans la thérapie.

L'approche thérapeutique promue est divisée en trois phases. L'objectif thérapeutique est la fusion, c'est à dire le moment où deux identités alternantes s'expérimentent entre elles et que le sentiment de séparation subjective entre les deux disparaît. La « *fusion finale* », ou « *unification* » (41) est visée, ou à défaut un fonctionnement suffisamment intégré et coordonné des identités restantes.

Une phase de stabilisation du symptôme et de sécurisation du patient. Elle repose sur la mise en confiance du patient, la mobilisation de ses capacités, l'amélioration de la tolérance au stress et l'identification des situations potentiellement dangereuses. Il s'agirait également d'identifier les différentes identités alternantes, et d'encourager la coopération interne et une forme de conscience entre les identités.

S'ensuit une phase de confrontation, d'élaboration et d'intégration des souvenirs traumatiques. Cette phase est centrée sur le travail des souvenirs traumatiques, avec remémoration, intégration et tolérance de ces souvenirs. La SIED fait également référence à l'abréaction, comme une libération d'émotions fortes en lien avec un événement vécu, notion développée par Breuer. Ce processus d'intégration des souvenirs traumatiques est censé déjà permettre un rapprochement voire des fusions d'identités alternantes.

Enfin une phase d'intégration et de réhabilitation, où le thérapeute doit construire avec le patient un sentiment du Soi plus solide et stable et permettre l'intégration des différentes identités alternantes. Il s'agit d'accompagner les fusions d'identités, parfois avec la mise en place de « *rituels de fusion* » (41) pour permettre d'aboutir à un moi plus unifié et permettre un vécu plus apaisé vis à vis des souvenirs traumatiques.

La SIETD conseille plutôt une prise en charge ambulatoire avec un rythme hebdomadaire. Une orientation psychothérapeutique n'est pas clairement préférée, sont évoqués la psychothérapie individuelle orientée par la psychodynamique, les thérapies cognitivo-comportementales, les théories de l'apprentissage. L'hypnose peut être utilisée, tant pour accéder aux identités alternantes, travailler le traumatisme ou enseigner au patient l'auto hypnose dans une population en général facilement hypnotisable. L'EMDR est également évoqué pour travailler le matériel traumatique.

CAS CLINIQUES

Mme S

Histoire de la maladie

Mme S est une patiente de 25 ans hospitalisée en pavillon d'entrant à l'hôpital psychiatrique général suite à une intoxication médicamenteuse volontaire avec plusieurs comprimés d'Hydroxyzine en décembre 2016. Elle décrit une possession par un esprit prénommé Karim qui contrôle en partie ses gestes depuis 2 ans. Elle a fait ce geste pour se débarrasser de Karim. Elle parle de Karim comme une entité qui est présente en elle depuis ses 5 ans, âge auquel elle aurait été victime d'attouchements de la part de son grand père. Elle décrit également un viol à l'âge de 11 ans commis par un ami de son frère. Karim prend le contrôle de ses gestes, pensées et émotions depuis environ 2 ans. Elle rapportera plus tard que Karim était son mari dans une vie antérieure, qui serait rentré en elle suite à ce traumatisme à l'âge de 5 ans.

A son entrée on décrit une présentation théâtrale. Le contact est bon, le discours structuré et cohérent, mais elle banalise ses troubles. Elle est calme mais présente des mouvements anormaux, désordonnés et accrus pendant les entretiens, qu'elle attribue à Karim. Elle est ambivalente par rapport à Karim, qui lui est à la fois odieux et sympathique, qu'elle aime mais dont elle veut se débarrasser. Celui ci lui ferait faire de mauvaises choses, mais pour lui apporter de belles ressources. Cet esprit la ferait notamment coucher avec des hommes dont elle n'aurait pas voulu si elle contrôlait ses faits et gestes. Karim communique avec elle via des sensations corporelles ou des voix.

Suite à l'apparition de ses états de possession, elle a consulté un psychiatre libéral en novembre 2015 qui lui a prescrit successivement plusieurs antipsychotiques: Risperidone, Amisulpride, Zuclopenthixol qui ont été interrompu par la patiente car mal toléré. Suite à une persistance de la symptomatologie, elle a été hospitalisée pendant deux semaines en clinique psychiatrique en janvier 2016 où un diagnostic de schizophrénie a été établi et une demande d'allocation adulte handicapée faite. À l'arrêt du suivi psychiatrique du fait de la retraite de son psychiatre traitant, la patiente décrit une accentuation de l'emprise de Karim sur elle. Elle décide de consulter une chamane pour communiquer avec l'esprit de Karim et créer une symbiose avec lui. Les séances ont permis un apaisement de la patiente, mais elle ne les a pas poursuivies parce qu'elles étaient trop chères. En juillet 2016, elle consulte une psychiatre hypnothérapeute dans le public. La psychiatre

hésite entre le diagnostic de trouble dissociatif et celui de psychose, et préconise de l'hypnose si la psychose est éliminée, mais la patiente ne revient pas en consultation, entre autres du fait de réticences de Karim par rapport à cette thérapie. Elle fait ensuite sa tentative de suicide en décembre 2016.

Mode de vie

La patiente habite chez sa mère dans le Var, a travaillé comme esthéticienne dans un institut puis à son compte pendant un an. Elle a un frère de 27 ans qui n'habite pas avec eux. Elle était en couple jusqu'à une rupture sentimentale en 2014.

Antécédents

Elle a pour antécédent notable des crises tonico-cloniques généralisées à l'âge de 11 ans, pour lesquelles la patiente avait consulté un neurologue libéral qui n'avait pas mis en place de traitement, puis un hypnothérapeute. Les crises se sont amendées à l'âge de 12 ans.

Évolution dans le service

Durant l'hospitalisation, la symptomatologie persiste malgré l'introduction d'un traitement par Olanzapine. Karim est toujours là, et les mouvements anormaux, rattachés à sa présence par la patiente sont toujours présent. Pour autant la patiente est décrite comme peu anxieuse, et ne présente plus d'idées suicidaires. Il est rapporté une importante ambivalence de sa part concernant l'hospitalisation. Le diagnostic initial de schizophrénie est remis en question pour celui de trouble dissociatif.

La patiente a accepté de passer le taxon de la DES durant cette hospitalisation.

Item 3 Certaines personnes font l'expérience de se trouver dans un lieu et de n'avoir aucune idée sur la façon dont elles sont arrivées là: 0%

Item 5 Certaines personnes font l'expérience de trouver des objets nouveaux dans leurs affaires sans se rappeler les avoir achetés: 99%

Item 7 Certaines personnes ont parfois la sensation de se trouver à côté d'elles-mêmes ou de se voir elles-mêmes faire quelque chose, et de fait, elles se voient comme si elles regardaient une autre personne: 0%

Item 8 On dit parfois à certaines personnes qu'elles ne reconnaissent pas des amis ou des membres de leur famille: 0%

Item 12 Certaines personnes font parfois l'expérience de ressentir comme irréels, d'autres gens, des objets, et le monde autour d'eux: 0%

Item 13 Certaines personnes ont parfois l'impression que leur corps ne leur appartient pas: 99%

Item 22 Il arrive à certaines personnes de réagir d'une manière tellement différente dans une situation comparée à une autre situation, qu'elles se ressentent presque comme si elles étaient deux personnes différentes: 0%

Item 23 Certaines personnes constatent parfois que dans certaines situations, elles sont capables de faire avec une spontanéité et une aisance étonnantes, des choses qui seraient habituellement difficiles pour elles (par exemple sports, travail, situations sociales...): 50%

Le score du DES taxon est de 31, au delà du cut-off généralement utilisé qui est à 30, et qui est le plus spécifique.

La patiente rapporte au cours de l'hospitalisation que Karim lui redonnerait peu à peu le contrôle de son corps bien qu'il soit toujours présent, et qu'il serait plus bienveillant qu'avant l'hospitalisation.

La patiente sort finalement après une hospitalisation prolongée. Elle décrit toujours à sa sortie la présence de Karim, mais se sent plus apaisée. Les idées suicidaires ont totalement disparu.

Mme M

Madame M, 52 ans est hospitalisé en soins libres en octobre 2015 pour prise en charge d'hallucinations intrapsychiques et acoustico verbales. C'est une patiente divorcée ayant deux filles ne vivant plus à domicile femme de ménage sans emploi depuis 2 ans.

Elle a été amenée aux urgences par sa fille infirmière pour des hallucinations qui duraient depuis 2 mois.

À l'entrée, elle est vue par le médecin de garde, qui note que le contact est bon, que la présentation est normale et que l'on ne note pas de désorganisation idéique et comportementale. La patiente a comme antécédent une dépression soignée deux ans auparavant soignée par Escitalopram. Après son licenciement, elle s'est initié au Rei-ki, science ésotérique chinoise qui utiliserait le magnétisme pour soigner par apposition des mains et en faisant des passes magnétiques. Depuis elle découvre une autre spiritualité, elle peut faire des voyages astraux: son esprit sort de son corps et elle peut

voyager dans le temps et l'espace. Un an et demi auparavant, elle a eu une apparition, un être de lumière lui a apparu très brièvement sans lui parler. Elle a eu très peur et s'est rendu compte pour la première fois selon elle de la réalité du monde des esprits. Deux mois auparavant lors d'une séance de Rei-ki, elle sent quelque chose rentrer en elle, la contrôler, lui faire faire des passes qu'elle n'a jamais apprises. Cette entité, comme elle la nomme, commence ensuite à lui parler avec une voix d'homme. L'entité critique ses choix de vie, notamment son apprentissage du Rei-ki. Bien que ce soit vécu de manière très angoissante, cela n'entraîne pas de décompensation dépressive ni d'altération du fonctionnement. Elle n'en parle à ses filles qu'au bout de deux mois. Une de ses filles l'amène aux urgences et ensuite, alors que les examens paracliniques, notamment le scanner cérébral sont normaux, elle est adressée en psychiatrie. La patiente refuse tout examen complémentaire supplémentaire (IRM et EEG) et refuse tout traitement. Elle n'accepte de rester hospitalisée que parce qu'elle attend le retour d'un des praticiens hospitaliers qui pratique l'hypnose, seule thérapie dont elle espère une efficacité.

La patiente demande rapidement sa sortie avec un RDV en consultation avec l'hypnothérapeute le vendredi suivant. Elle est alors très anxieuse, les voix lui reprochant son séjour en psychiatrie. Du Risperdal lui est prescrit en mettant en avant son côté anxiolytique. Le lundi suivant elle est de nouveau hospitalisée en psychiatrie suite à une tentative de suicide médicamenteuse (Benzodiazépines, escitalopram)

Elle a laissé une lettre dans laquelle dans la première partie elle explique son geste. La seconde partie est écrite par l'entité elle-même. Cette partie commence par „*j'ai pris possession de votre mère il y a deux mois*“. L'effondrement dépressif est franc, la patiente affirme qu'elle n'a pas voulu se suicider, que c'est l'entité qui lui a fait faire ça pour que cela lui serve de leçon. Elle se frappe en entretien en disant que c'est l'entité qui la frappe. On n'arrive pas à lui faire préciser avec quel pronom l'entité s'adresse à elle ni ses propos exacts. Un antidépresseur et un neuroleptique lui sont prescrits. Les éléments dépressifs et hallucinatoires s'aggravent pendant six jours, la patiente arrive à nommer son entité qui s'appelle Gérard et qui serait un ancien adepte du Rei-ki qu'elle avait croisé autrefois. Nous n'aurons jamais plus d'explications.

Elle est calme dans l'unité mais pas en entretien où il lui arrive de se frapper. Elle informe que nous ne pourrions rien faire pour empêcher de se suicider si l'entité en a décidé autrement.

Cette présentation clinique change brutalement et le lundi suivant son entrée l'entité a presque totalement disparu. Gérard est là, mais en arrière plan, et ne parle pas. L'humeur est bonne, la

patiente souriante. Elle affirme ne pas se souvenir des propos tenus ni de ses comportements de la semaine précédente et en sourit quand on lui en parle. Le tableau est stable pendant 15 jours et la patiente sort avec un rendez-vous.

Son état reste stable pendant encore deux semaines, à savoir qu'elle sent Gérard en elle mais qu'il ne se manifeste pas. Elle prend son traitement mais l'adhésion est partielle. Puis Gérard se manifeste à nouveau, il la critique et lui dit qu'elle doit « *cesser de faire son intéressante, que tenter de se suicider ne lui servira à rien* », elle dit que Gérard la détruit mais la stimule également. C'est lui qui la force à se lever le matin, à prendre soin d'elle. Elle n'arrive toutefois pas à entrevoir qu'il puisse avoir parfois un effet bénéfique. Elle va voir un prêtre exorciste et un médium, mais rien ne se passe.

Deux séances d'hypnose sont finalement pratiquées à la demande de la patiente. En transe, le thérapeute prend quelques précautions: éviter la fusion entre voix du thérapeute et voix intérieure du patient (comme la phrase « *peut-être que votre inconscient peut permettre à ma voix, le temps de cette séance, de devenir votre voix intérieure* »), éviter la dissociation motrice (comme une lévitation spontanée du bras), favoriser l'absorption de la patiente et utilise les techniques de renforcement de l'ego et de la confiance en soi, de modification du point de vue pour l'amener à voir Gérard comme ayant aussi une action bénéfique sur elle.

La patiente est ensuite perdue de vue pendant deux mois. Quand elle est revue, elle a arrêté son traitement, Gérard est parti, la sensation a commencé à s'estomper dans la semaine suivant la deuxième séance d'hypnose, et a disparu ensuite.

La patiente est de nouveau perdue de vue pendant 8 mois. À la reprise de contact, la patiente avait repris son travail et était stable.

Mr X

Mr X est un patient de 57 ans adressé par le service de neuropsychologie de la Timone pour évaluation d'un syndrome dépressif. C'est un ancien barman avec pour ATCD une consommation chronique d'alcool évaluée par le patient à 4 verres par jour et de cannabis, ainsi qu'un accident sur la voie publique en moto, avec fracture tibiale gauche en 2010.

Le 22/12/2016 il est hospitalisé en neurologie à l'hôpital de la Timone pour prise en charge d'un épisode neurologique aigu, à type de confusion et de troubles phasiques et sensitivo-moteur. Il

décrit une asymétrie faciale, hypoesthésie de l'hémiface droite et une faiblesse distale du membre supérieur droit d'apparition brutale.

Durant l'examen d'entrée, le patient présente une rupture de contact, une déviation oculaire droite, des tremblements de la cuisse droite, des mouvements automatiques de la mâchoire et un trouble de la compréhension des ordres simples et troubles phasiques.

L'IRM cérébrale, l'EEG ainsi que le scanner corps entier étaient sans particularité. La ponction lombaire est revenue normale. Le PET-SCANNER retrouvait quand à lui un hypométabolisme temporal interne, fronto-orbitaire préfrontal mnésial bilatéral, et cingulaire antérieur. Le dosage des toxiques était positif pour l'alcool et le cannabis.

L'examen neurologique ne retrouve aucune explication au déficit neurologique focal.

l'anamnèse retrouve l'apparition de troubles du comportement six mois avant cet épisode neurologique aigu. Le patient décrit des troubles de l'orientation spatiale d'origine attentionnelle ; le patient peut se retrouver à un endroit différent de celui désiré lorsqu'il prend les transports en communs. Il décrit également des pertes d'objets, des oublis divers: oublie d'acheter des aliments lorsqu'il va faire des courses, jette l'argent à la poubelle et garde le ticket devant le distributeur automatique de billet, oublie des rendez-vous, perd le fil d'un livre lorsqu'il lit. Une altération plus marquée du comportement est constatée une semaine avant l'épisode aigu, notamment des propos incohérents rapportée par sa sœur. Le patient dit avoir un cancer, invite des amis et dit qu'il a des étrangers à la maison.

On ne retrouve aucune étiologie pour ce déficit neurologique focal, une évaluation neuropsychologique est programmée à distance et le patient sort sous benzodiazépines.

Lors de cette évaluation, on retrouve à l'entretien un ralentissement psychomoteur avec fluence verbale spontanée diminuée, une aboulie, un émoussement affectif, des idées d'autodépréciation et des idées suicidaires.

Le Mini Mental State (MMS) est à 26/30 avec des erreurs sur l'orientation temporelle et spatiale, le calcul et le rappel différé. La Batterie Rapide d'Efficiences Mentales (BREF) est à 11/18. Le test des cinq mots est à 7/10. Le test de l'horloge conclut à une mauvaise planification.

L'évaluation conclut à des troubles mnésiques dans un contexte de dépression sévère et le patient est adressé en consultation de psychiatrie en Centre Médico-psychologique.

En consultation, le patient met d'abord en avant ses épisodes de désorientation avec oublis de période longue pendant la journée qu'il décrit comme des trous noirs, des objets qui se déplacent sans qu'il se souvienne les avoir déplacés, ses difficultés à parfois faire la différence entre ses rêves et la réalité. Il se sent triste, se déprécie et a un sentiment d'incurabilité, il se replie activement chez lui car n'arrive plus à organiser ses journées et à s'organiser pour les transports en communs. Il affirme ne boire de l'alcool et ne fumer du cannabis qu'occasionnellement depuis l'hospitalisation en neurologie deux mois auparavant. Il décrit des troubles du sommeil à type de difficultés d'endormissement et réveils fréquents.

Il évoque ensuite sa propre voix intérieure qui lui parle, c'est à dire qu'il entend une voix, qu'il ne contrôle pas mais qu'il identifie comme la sienne. Il dit parfois qu'il s'entend pleurer dans sa tête, ce qui le fait pleurer. Le patient affirme que depuis le début du phénomène quelques semaines avant de rentrer à l'hôpital, cela a toujours été sa propre voix. Les propos de ses voix ne sont jamais insultant, ne le mets pas en danger, et n'ont pas de caractère saugrenu.

Le seul antécédent traumatique retrouvé est son accident de moto en 2010, le patient évite la moto mais on ne retrouve pas d'arguments en faveur d'un état de stress post traumatique.

Le patient accepte de passer le taxon DES qui retrouve:

Item 3 Certaines personnes font l'expérience de se trouver dans un lieu et de n'avoir aucune idée sur la façon dont elles sont arrivées là: 90%

Item 5 Certaines personnes font l'expérience de trouver des objets nouveaux dans leurs affaires sans se rappeler les avoir achetés: 70%

Item 7 Certaines personnes ont parfois la sensation de se trouver à côté d'elles-mêmes ou de se voir elles-mêmes faire quelque chose, et de fait, elles se voient comme si elles regardaient une autre personne: 0%

Item 8 On dit parfois à certaines personnes qu'elles ne reconnaissent pas des amis ou des membres de leur famille: 65%

Item 12 Certaines personnes font parfois l'expérience de ressentir comme irréels, d'autres gens, des objets, et le monde autour d'eux: 100%

Item 13 Certaines personnes ont parfois l'impression que leur corps ne leur appartient pas: 70%

Item 22 Il arrive à certaines personnes de réagir d'une manière tellement différente dans une situation comparée à une autre situation, qu'elles se ressentent presque comme si elles étaient deux personnes différentes: 70%

Item 23 Certaines personnes constatent parfois que dans certaines situations, elles sont capables de faire avec une spontanéité et une aisance étonnantes, des choses qui seraient habituellement difficiles pour elles (par exemple sports, travail, situations sociales...): 0%

Le score du DES-Taxon est donc de 58,125 soit largement au dessus du Cut-off.

L'hypothèse diagnostique est alors celle d'un épisode dépressif majeur associé à un trouble dissociatif non spécifié. Un traitement par MIRTAZAPINE est instauré, qui est bien toléré. On constate une amélioration de son humeur et de son insomnie, ainsi qu'une disparition des idées d'autodépréciation. Les éléments dissociatifs se sont également amendés: Le patient ne confond plus ses rêves et la réalité, ne présente plus d'épisodes d'amnésie et n'entend plus sa voix

Sept semaines après la première évaluation, le DES-taxon est à nouveau réalisé et retrouve:

Item 3 Certaines personnes font l'expérience de se trouver dans un lieu et de n'avoir aucune idée sur la façon dont elles sont arrivées là: 0%

Item 5 Certaines personnes font l'expérience de trouver des objets nouveaux dans leurs affaires sans se rappeler les avoir achetés: 0%

Item 7 Certaines personnes ont parfois la sensation de se trouver à côté d'elles-mêmes ou de se voir elles-mêmes faire quelque chose, et de fait, elles se voient comme si elles regardaient une autre personne: 0%

Item 8 On dit parfois à certaines personnes qu'elles ne reconnaissent pas des amis ou des membres de leur famille: 20%

Item 12 Certaines personnes font parfois l'expérience de ressentir comme irréels, d'autres gens, des objets, et le monde autour d'eux: 20%

Item 13 Certaines personnes ont parfois l'impression que leur corps ne leur appartient pas: 0%

Item 22 Il arrive à certaines personnes de réagir d'une manière tellement différente dans une situation comparée à une autre situation, qu'elles se ressentent presque comme si elles étaient deux personnes différentes: 30%

Item 23 Certaines personnes constatent parfois que dans certaines situations, elles sont capables de faire avec une spontanéité et une aisance étonnantes, des choses qui seraient habituellement difficiles pour elles (par exemple sports, travail, situations sociales...): 0%

Le score du DES-Taxon est alors de 8,75

Le patient continue son suivi au CMP.

Mme T

Mme T est une patiente de 60 ans hospitalisée à Marseille en décembre 2013 suite à un épisode de fugue dissociative à Narbonne où elle se serait rendue en train. On retrouve grâce à sa carte de mutuelle qu'elle travaille comme médecin libéral et habite à Marseille, et la patiente est donc transférée depuis les urgences de Narbonne.

À l'entrée, la patiente n'a aucun souvenir antérieur à son arrivée à Narbonne. Elle est calme, son discours est organisé, mais ses réponses sont très évasives. Elle semble assez détachée et indifférente, et on ne retrouve aucun élément anxieux. Le lendemain de son arrivée, le discours évolue et la patiente décrit une situation de surmenage professionnel et de difficultés administratives, mais elle présente toujours une froideur affective, notamment en ce qui concerne l'épisode de fugue dont elle minimise la gravité. Certains éléments biographiques lui reviennent : elle est divorcée et a deux enfants. Dans les jours suivants, elle décrit un syndrome dépressif précédant la fugue, avec une tristesse de l'humeur, une anhédonie. Elle évoque en outre un antécédent d'épisode dépressif soigné par Paroxétine.

L'imagerie cérébrale par AngioIRM revient normale. L'EEG ne retrouve que quelques discrètes activités lentes de type thêta, soit isolées soit en bouffées lors des activations. Le bilan biologique est sans particularités, notamment la TSH les folates et la vitamine B12 sont normaux.

Le diagnostic d'amnésie dissociative et d'épisode dépressif majeur est posé et la patiente sort avec un traitement par Paroxétine.

Par la suite, la patiente arrête son traitement et est retrouvée dans la rue, devant son cabinet, à errer et à faire la manche. Elle a rompu tout contact avec sa famille. Elle décrit cette mendicité comme une tentative d'échapper à sa famille et ses codes sociaux étouffants, dont elle se sent persécutée. Ces éléments délirants de persécution s'accompagnent d'une anhédonie, d'une incapacité à faire face et d'un ralentissement psychomoteur. Le diagnostic d'épisode dépressif majeur avec

caractéristiques psychotique est posé, et un traitement par antipsychotique atypique par Risperidone et Venlafaxine est instauré. Son état clinique s'améliore ensuite, et elle peut reprendre le travail.

Elle est suivie depuis par un psychiatre libéral. En 2017, elle a toujours son traitement par Venlafaxine et Risperidone, est parfaitement stabilisée. Elle n'a refait aucun épisode dépressif ou délirant, continue à travailler, et est décrite comme une personnalité anxieuse par son psychiatre traitant, qui la qualifie en outre de Typus Melancholicus. Cette description fait référence à un être au monde décrit par Tellenbach dans les années 1960 (114) et qui se caractérise par un attachement à l'ordre, une intolérance à l'ambiguïté et une conscience morale importante. On décrit également une dépendance affective importante, et une importance de l'identité sociale sur l'identité personnelle. Ce profil serait particulièrement sensible à la mélancolie unipolaire.

Mr B

Mr B est un patient de 23 ans hospitalisé en Neurologie à la Timone en Février 2016 pour bilan de confusion, de désorientation temporo-spatiale et de troubles mnésiques dans les suites d'un accident sur la voie publique en scooter de haute vitesse (environ 70km/h) avec traumatisme crânien sans perte de connaissance.

Il est décrit en neurologie un déni de son identité, même lorsqu'on lui présente sa propre carte d'identité qu'il reconnaît par ailleurs comme la sienne.

Le bilan neurologique paraclinique, comprenant un body-scanner, une IRM cérébrale, un PET-Scanner cérébral ne retrouve aucune anomalie. Le patient bénéficie de plusieurs EEG qui sont sans particularités hormis quelques éléments Thêta temporaux bilatéraux.

L'avis psychiatrique évoque des troubles dissociatifs devant une méconnaissance partielle de son identité. Il Dit avoir un autre nom et prénom, avoir 28 ans, vivre à Lyon, être divorcé et avoir une fille de 3 ans, mais reconnaît tous ses proches, bien qu'il se trompe parfois de lien de parenté. Il avance des fabulations explicatives assez maladroites par rapport à sa nouvelle identité : ses parents se tromperaient sur son identité car il est parti vivre à Lyon depuis 3 ans.

Un syndrome de Ganser est évoqué par la psychiatrie de liaison devant des réponses élaborées mais systématiquement à côté lors de tests cognitifs. Le patient évoque par ailleurs des hallucinations auditives sous la forme de murmures nocturnes. La symptomatologie s'accompagne d'une anxiété

importante et d'une certaine méfiance vis à vis de membres du service. Un traitement par Quétiapine à 300mg est instauré.

Le patient est ensuite adressé en service de psychiatrie. Il décrit une scolarité chaotique, avec des difficultés à trouver un établissement du fait de son comportement, mais a toutefois fait un bac professionnel. Son père le décrit comme bien inséré, très sportif, avait monté son entreprise, projetait de se marier. Le patient doit en outre payer d'importantes amendes, qu'il refuse parfois d'assumer, les attribuant à son ancienne identité.

Les hallucinations se sont amendées avec l'hospitalisation, mais le patient avance toujours une autre identité que la sienne. L'alliance avec l'équipe est par ailleurs fragile, le patient restant méfiant et souvent tendu. Il est en outre décrit par l'équipe comme très perméable aux symptômes des autres patients, et se les attribue parfois.

Un suivi ambulatoire est proposé par la suite. Plus d'un an après l'accident, le patient persiste dans son identité alternative, et s'énerve lorsqu'on l'appelle par son nom.

Conclusion

Ces cas cliniques illustrent bien la variété des troubles dissociatifs, et la complexité à établir un diagnostic.

La première patiente, Mme S peut être considéré comme un cas de possession, mais plutôt dans le cadre d'un syndrome *chronique et récurrent de symptômes dissociatifs mixtes* du DSM-5, car son expérience de possession ne s'accompagne pas d'oublis, ce qui aurait permis de la rattacher au diagnostic de TDI. Pour autant, elle a eu un diagnostic de schizophrénie paranoïde en clinique, cette expérience de possession ayant été considéré comme un délire avec une composante persécutoire et de mécanisme hallucinatoire et cénesthésique.

Outre la présentation clinique assez évocatrice, la présence de traumatismes infantiles chez cette patiente permet d'orienter le diagnostic vers les troubles dissociatifs. Ainsi Karim est apparu suite à un abus sexuel rapporté dans l'enfance, et l'expérience de possession proprement dite fait suite à une rupture sentimentale. Par ailleurs, on pourrait discuter la possibilité de crises non épileptiques psychogènes chez cette patiente dans l'enfance, les crises ayant survenues suite à un autre traumatisme sexuels et se sont amendées sans traitement antiépileptiques, mais nous n'avons que trop peu d'éléments à ce sujet.

La deuxième patiente, Mme M, rentre dans la catégorie diagnostique de trouble dissociatif de l'identité du DSM-5 avec son expérience de possession qui s'est accompagné d'oublis d'une partie de son hospitalisation. Il n'y pas de notion de traumatisme chez cette patiente qui restait réticente à confier son passé, mais la symptomatologie est assez évocatrice, et le diagnostic de psychose n'a pas été évoqué.

Ces deux patientes présentaient quelques similarités, comme une ambivalence importante par rapport à l'entité qui les possèdent, et par rapport aux différentes propositions thérapeutiques. On retrouve également un bon fonctionnement social antérieur à la survenue des symptômes.

Le troisième patient, Mr X a une symptomatologie un peu moins bien définie et assez riche. Un diagnostic neurologique est rapidement écarté devant l'absence de lésion ou de déficit neurologique objectif, et l'épisode pourrait être qualifié avec prudence de *Troubles dissociatifs de la motricité et des organes des sens* dans la CIM-10. Ce diagnostic fait partie des troubles dissociatifs dans la CIM-10 mais son pendant dans le DSM-5, le *trouble de conversion*, est rattaché aux *troubles à symptomatologie somatique et apparenté*. Ce diagnostic ne peut être envisagé que dans la mesure où le patient a bénéficié d'une hospitalisation en neurologie avec des explorations paracliniques et un bilan neuropsychologique concluant à l'absence d'atteinte neurologique.

La présentation clinique retrouvée en consultation de psychiatrie évoque par la suite un *trouble dissociatif mixte*. Le diagnostic d'amnésie dissociative aurait ici le défaut de ne pas prendre en compte les autres composantes dissociatives chez ce patient, comme les hallucinations auditives, ou la difficulté à différencier le réel du rêve, même si l'amnésie, d'origine dissociative, est effectivement au premier plan. La composante dissociative était en outre associée ici à un épisode dépressif majeur.

Là encore le diagnostic de psychose n'a pas été évoqué devant la présence d'hallucinations auditives. Ici la voix que le patient entend est clairement identifiée comme la sienne, et aucun élément délirant n'est avancé pour expliquer sa présence. Si les caractéristiques des voix ne permettent pas de distinguer franchement les troubles dissociatifs des psychoses, elles permettent ici d'orienter un peu le diagnostic, d'autant que le patient présente d'autres éléments dissociatifs. On peut par contre se poser la question du rôle du cannabis et de l'alcool dans la symptomatologie de Mr X.

Pour Mme T, c'est le diagnostic d'amnésie dissociative qui est retenu. Un bilan d'ictus amnésique avait toutefois été réalisé suite à un avis neurologique en service et est revenu normal. Cependant

l'absence d'amnésie antérograde rapportée, l'absence de composante anxieuse marquée suite à l'amnésie n'est pas en faveur de ce diagnostic. Le diagnostic initial d'amnésie dissociative est accompagné de celui d'épisode dépressif majeur chez cette patiente et traité comme tel. Par la suite l'épisode dépressif majeur a évolué avec la survenue de caractéristiques psychotique. Ce cas clinique permet d'illustrer les liens possibles entre trouble dissociatif et épisodes thymiques, qui se sont succédé chez cette patiente. Pour autant, cet épisode de fugue dissociative ne semble pas avoir été un mode d'entrée dans un trouble bipolaire chez cette patiente, au vu du recul de quelques années sans nouvel épisode thymique et pendant lesquelles la patiente est restée parfaitement stabilisée et insérée.

Enfin pour Mr B, la symptomatologie dissociative est assez riche. On peut retenir le trouble dissociatif de l'identité, du fait d'une composante amnésique associée à une perturbation importante de l'identité. Les hallucinations auditives peuvent s'intégrer dans le cadre d'un trouble dissociatif de l'identité, ou plus largement dans le spectre des troubles dissociatifs. Le patient a par ailleurs présenté un syndrome de Ganser au début de l'hospitalisation. Ce cas clinique illustre la durabilité potentielle des troubles dissociatifs, le patient persistant dans son identité alternative plus d'un an après le début des troubles.

Le taxon de la DES se révèle dans ces cliniques un outil correct de repérage des troubles dissociatifs, notamment au niveau de la sensibilité, pour les deux patients qui l'ont passé. Ainsi tous deux avaient un score largement au dessus du Cut-Off.

Au niveau thérapeutique, chez Mme S, le traitement par antipsychotique a permis une amélioration incomplète de la symptomatologie. Suite à l'hospitalisation, la patiente, même si elle décrit toujours la présence de Karim, ne présente plus d'anxiété ni d'idées suicidaires. On constate un fonctionnement intégré de l'ensemble des diverses parties de la personnalité ce qui peut constituer en soi un objectif thérapeutique satisfaisant.

Chez Mme M, le travail par l'hypnose a permis un amendement complet de la symptomatologie. L'hypnose a entre autre permis un fonctionnement plus apaisé et coordonné entre Mme M et Gérard L'hypnothérapeute se pose quand même la question de ce qui vraiment fonctionné chez cette patiente : l'hypnose ou le fait d'accéder à sa demande d'hypnose. Si l'hypnose peut avoir pour but la fusion des personnalités alternatives, elle permet aussi de travailler le lien thérapeutique, ce qui est primordial dans cette prise en charge.

Chez Mr X, la prise en charge s'est révélée très efficace, comme en témoigne le score DES-taxon après sept semaines de traitement, confirmé par la présentation clinique, nettement améliorée. Là encore se pose la question de l'efficacité du traitement antidépresseur prescrit. Celui-ci a peut-être fait diminuer la composante dissociative du fait d'un effet antidépresseur et anxiolytique, ou a eu un effet propre sur la composante dissociative, qui a ensuite permis une amélioration de l'humeur. Bien entendu, on peut également interroger la part de la mise en place d'un espace de parole et d'une relation de confiance en consultation dans l'amélioration constatée.

Chez Mme T, la symptomatologie dissociative s'est amendée progressivement et spontanément, et l'association d'un antidépresseur et d'un antipsychotique s'est révélée très efficace pour le traitement de la dépression délirante apparue par la suite.

Chez Mr B, le traitement par antipsychotique n'a eu que peu d'incidence sur la symptomatologie dissociative qui persiste.

Pour deux de ces patients, le début des troubles a entraîné une hospitalisation en Neurologie, ce qui souligne le caractère trans-disciplinaire, atypique et mal systématisé de la présentation des troubles dissociatifs.

On constate par contre pour deux patients (Mme T et Mr B), l'EEG a retrouvé une activité Thêta à l'EEG, ce qui est concordant avec les données neurobiologiques des troubles dissociatifs, même si aucune conclusion diagnostique ne peut être faite sur la seule base de ces éléments.

Ces différentes situations cliniques soulignent la pertinence du diagnostic différentiel de troubles dissociatifs dans les tableaux atypiques, ou comme diagnostic différentiel de psychose, notamment devant la présence d'hallucinations auditives. Le taxon de la DES peut être un outil de dépistage avec une sensibilité correcte, d'autant qu'il n'est pas très long à faire passer. La thérapeutique privilégie la psychothérapie, parfois accompagnée de traitements médicamenteux adjuvants, surtout si les troubles dissociatifs sont associés à d'autres troubles.

DISCUSSION

Les troubles dissociatifs sont donc des troubles relativement méconnus, même dans le milieu psychiatrique et son sujets à de nombreuses controverses. Le concept est initialement rattaché à l'hystérie, et s'est développé à l'époque de Charcot avec les théories de Janet et Freud. L'essor de la psychanalyse amènera des divergences de plus en plus grande entre les deux sur le concept de dissociation, et l'apport de Bleuler, sur les mêmes bases associationnistes que Janet, va accroître la confusion sur ce terme. La schizophrénie de Bleuler, qui a voulu rendre plus dynamique la description des psychoses auparavant rattachées aux démences précoces de Kraepelin, laissera au final peu de place à l'hystérie pour décrire les manifestations de la folie. Henri Ey, en décrivant les hallucinations chez l'hystérique, et Maleval, en tentant de réhabiliter une forme de folie hystérique face au diagnostic ubiquitaire de psychose, ont tenté de rattacher certaines manifestations cliniques en s'appuyant sur les thèses de Janet de la dissociation et de l'hystérie.

Finalement redécouvert plus tard, notamment aux États Unis, les troubles dissociatifs auront perdu leur lien avec l'hystérie mais ne seront pas consensuels pour autant.

La part de suggestion dans ces diagnostics est toujours débattue. Les plus récentes études se sont employées à écarter une éventuelle simulation consciente comme étant à l'origine des présentations symptomatiques, mais la question d'une simulation inconscience peut toujours se poser. Par ailleurs, face à la composante suggestible supposée de certains de ces troubles, le développement de techniques thérapeutiques extrêmement spécifiques comme c'est le cas pour le Trouble dissociatif de l'Identité pourrait poser problème : ces thérapies pourraient être à l'origine d'une multiplication du nombre de diagnostics et de symptomatologies différentes de ces troubles, ce qui entraînerait à son tour la nécessité de thérapies encore plus spécifiques.

Le trouble dissociatif de l'identité n'est pas toujours considéré comme une entité clinique à part entière en dehors des États Unis, malgré des théories développées sur les mécanismes sous-jacents comme la théorie de la dissociation structurelle de la personnalité, elle même appuyée par des données d'imagerie fonctionnelle.

Si la plupart des auteurs s'accordent désormais sur une origine traumatique des troubles dissociatifs, s'appuyant notamment sur les caractéristiques du trouble stress post traumatique, le caractère dimensionnel de la dissociation, ou ses qualités adaptatives, font encore débat.

Les troubles dissociatifs sont désormais considérés comme ayant des caractéristiques communes avec les troubles psychotiques, les troubles bipolaires et le trouble personnalité limite plutôt qu'avec l'hystérie. Ils seraient en outre largement sous-diagnostiqués en psychiatrie, les présentations cliniques les faisant assez rapidement basculer dans le diagnostic de schizophrénie. Ainsi les hallucinations auditives entraînent souvent un diagnostic de psychose, alors qu'elles peuvent être autant rattachées aux troubles dissociatifs qu'à la schizophrénie. L'utilisation de tests spécifiques en pratique courante, comme la DES et plus particulièrement son taxon, serait donc intéressante dans cette perspective.

Les troubles dissociatifs mettent en lumière des perspectives radicalement différentes selon les approches : symptômes d'hystérie, pathologie de l'identité idem ou identité ipse, trouble complexe des intégrations consécutif à un traumatisme, trouble rattaché à la psychose, au trouble bipolaire ou borderline, composante dimensionnelle ou adaptative, etc...

Il est donc nécessaire que les troubles dissociatifs soient mieux connus en pratique psychiatrique courante, d'autant qu'ils sont de plus en plus décrits avec le retour de l'hypnose sur le devant de la scène. Il y a peu de recherches sur le sujet en France, et pas de recommandations spécifiques pour la prise en charge.

Enfin les troubles dissociatifs offrent la possibilité de concevoir certains troubles en dehors de la schizophrénie ou de la psychose, alors qu'ils y sont trop souvent rattachés.

BIBLIOGRAPHIE

1. Longden E, Madill A, Waterman MG. Dissociation, trauma, and the role of lived experience: Toward a new conceptualization of voice hearing. *Psychol Bull.* 2012;
2. Bob P. Dissociation and neuroscience: new perspectives. *Intern J Neurosci.* 2003;113:903–14.
3. Lazignac C, Cicotti A, Bortoli A-L, Kelley-Puskas M, Damsa C. Des états dissociatifs vers une clinique des troubles dissociatifs From dissociation to dissociative disorders: clinical findings. *Ann Médico Psychol.* 2005;
4. Carroy J, Plas R. La genèse de la notion de dissociation chez Pierre Janet et ses enjeux. *Evol Psychiatr.* 2000;65(1):9–18.
5. Maleval J-C. le délire hystérique n'est pas un délire dissocié. In: *Folies hystériques et psychoses dissociatives.* Paris: Payot; 1981. p. 15–59.
6. Rancher B, Zimra G, Rondepierre J-P, Viillard A. Bleuler, entre psychiatrie et psychanalyse? In: *Dementia Praecox ou groupe des schizophrénies.* EPEL-GREC. Paris; 1993.
7. Hulak F. La dissociation, de la séjonction à la division du sujet. Genèse et évolution d'un concept. *L'Évolution Psychiatr.* 2000;65:19–30.
8. Brown W. Theories of Suggestion. *Proc R Soc Med.* 1928;
9. Charcot JM. La foi qui guérit. 1893.
10. Charcot JM. Leçons sur les maladies du système nerveux faites à la Salpêtrière recueillies et publiées par Babinski, Bernard, Féré, Guinon, Marie et Gilles de la Tourette. Delahaye A, Lecrosnier E, editors. Paris; 1887.
11. Janet P. L'anesthésie systématisée et la dissociation des phénomènes psychologiques. *Rev Philos France Let.* 1887;
12. Janet P. L'automatisme psychologique, essai de psychologie expérimentale sur les formes inférieures de l'activité humaine. *Encyclopédie Psychologique.* Paris: Librairie Felix Alcan; 1889.
13. Bottéro A. Une histoire de la dissociation schizophrénique. www.neuropsychiatrie.fr *Neuropsychiatr Tend Débats.* 1999;6:7–14.
14. Janet P. L'état mental des hystériques. Alcan F, editor. Paris; 1911.
15. Castillo RJ. spirit possession in south asia, dissociation or hysteria? part 1: theoretical background. 1994;(1981):1–21.

16. Janet P. Névroses et idées fixes Tome I Études expérimentales sur les troubles de la volonté, de l'attention, de la mémoire, sur les émotions, les idées obsédantes et leur traitement. Paris: Librairie Felix Alcan; 1898.
17. Laplanche J, Pontalis J-B. vocabulaire de psychanalyse. Paris; 1971. 1-14 p.
18. Freud S, Breuer J. Etudes sur l'hystérie. In: Sigmund Freud Oeuvres complètes Tome II. Paris: Presses universitaires de France; 1895.
19. Freud S. Sigmund Freud présenté par lui même. Paris: Gallimard; 1935.
20. Freud S. Les psychonévroses de défense. In: Névrose, psychose et perversion. Presses universitaires de France; 1894.
21. Freud S. Etude comparative des paralysies motrices organiques et hystériques. Arch Neurol. 1893;29–43.
22. Bernheim H. Morceaux choisis. De la suggestion (1886), L'hystérie (1913), Hypnotisme, suggestion, psychothérapie (1891). La Rev lacanienne [Internet]. 2011;10(2):53. Available from: <http://www.cairn.info/revue-la-revue-lacanienne-2011-2-page-53.htm>
23. BLEULER E. Dementia praecox or the group of schizophrenias (J. Zinkin, trans.). Dementia praecox or the group of schizophrenias (J. Zinkin, trans.). 1950.
24. Bottéro A. Une histoire de la dissociation schizophrénique. Evol Psychiatr. 2001;66(1):43–60.
25. Bottéro A. Un siècle de schizophrénie. Inf Psychiatr. 2010;86:391–403.
26. Maleval J-C. schizophrénie et folie hystérique. In: Folies hystériques et psychoses dissociatives. Paris: Payot; 1981. p. 280–312.
27. Laferri M, Lecomte T. La schizophrénie dissociative existe-t-elle ? 2017;
28. Claude H. Rapport de l'hystérie avec la schizophrénie. Ann Med Psychol (Paris). 1937;94(7).
29. Ey H. les hallucinations dans les névroses. In: Traité sur les hallucinations. Masson. 1973. p. 855–95.
30. Fahy T. Multiple personality disorder: where is the split? J R Soc Med [Internet]. 1990;83(9):544–6. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1292809&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
31. kapsambelis V. Manuel de psychiatrie clinique et psychopathologique de l'adulte. Paris: Presses universitaires de France; 2012.
32. Josse E. Troubles dissociatifs, quoi de neuf dans le DSM-5 ? WwwResilience-PsyCom. 2013; (1952):3–6.

33. Guiraudet O, Colas MD, Gault C, Vallet D. Démarche étiopathogénique face à une amnésie transitoire. À propos d'un cas. *Ann Med Psychol (Paris)*. 2008;166(4):303–7.
34. Spiegel D, Loewenstein RJ, Lewis-Fernández R, Sar V, Simeon D, Vermetten E, et al. Dissociative disorders in DSM-5. *Depress Anxiety*. 2011;
35. PUTNAM FW. Traumatic Stress and Pathological Dissociation. *Ann N Y Acad Sci*. 1995;771(1):708–15.
36. Reynolds EH. Hysteria, conversion and functional disorders: A neurological contribution to classification issues. *British Journal of Psychiatry*. 2012.
37. ICD-10 World Health Organization. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. *Int Classif*. 1992;
38. American Psychiatric Association. Task Force on DSM 5. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-5. DSM-5. 2013.
39. Thomas-Antérion C. L'amnésie dissociative: Une rare situation de voyage dans le temps perdu. *Ann Med Psychol (Paris)*. 2012;170(3):181–4.
40. Spiegel D, Loewenstein RJ, Lewis-Fernández R, Sar V, Simeon D, Vermetten E, et al. dissociative disorders in DSM-5. *Depress Anxiety*. 2011;28:824–52.
41. International Society for the Study of Trauma and Dissociation. Guidelines for Treating Dissociative Identity Disorder in Adults. *J Trauma Dissociation*. 2011;
42. During EH, Fanny ;, Elahi M, Taieb O, Moro M-R, Baubet T. A Critical Review of Dissociative Trance and Possession Disorders: Etiological, Diagnostic, Therapeutic, and Nosological Issues. *Can J Psychiatry*. 2011;56(4).
43. van Duijl M, Nijenhuis E, Komproe IH, Gernaat HBPE, de Jong JT. Dissociative symptoms and reported trauma among patients with spirit possession and matched healthy controls in Uganda. *Cult Med Psychiatry*. 2010;34(2):380–400.
44. Castillo RJ. Spirit possession in South Asia, dissociation or hysteria? Part 2: Case histories. *Cult Med Psychiatry*. 1994;18(2):141–62.
45. Newberg AB, Wintering NA, Morgan D, Waldman MR. The measurement of regional cerebral blood flow during glossolalia: A preliminary SPECT study. *Psychiatry Res - Neuroimaging*. 2006;148(1):67–71.
46. van der Kruijs SJM, Bodde NMG, Carrette E, Lazeron RHC, Vonck KEJ, Boon PAJM, et al. Neurophysiological correlates of dissociative symptoms. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2014;
47. Freud S, Breuer J. Pour une théorie de l'attaque hystérique. In: Résultats, idées, problèmes Tome I. Paris: Presses universitaires de France; 1892. p. 25–30.

48. Freud S. Un cas de guérison hypnotique avec des remarques sur l'apparition de symptômes hystériques par la "contre-volonté." In: Résultats, idées, problèmes Tome I. Paris: Presses universitaires de France; 1892. p. 25–43.
49. Freud S. Nouvelles remarques sur les psychonévroses de défense. In: Névrose, psychose et perversion. Paris: Presses universitaires de France; 1896. p. 61–81.
50. Freud S. Cinq leçons sur la psychanalyse. Paris: Payot; 1910.
51. Freud S. Considérations générales sur l'attaque hystérique. In: Névrose, psychose et perversion. Paris: Presses universitaires de France; 1909. p. 161–7.
52. Barker LC. Medical History "Toujours la Chose Génitale": Charcot, Freud, and the Etiology of Hysteria in the Late 19th Century. *UTMJ*. 2015;93(1):9–13.
53. Freud S. La décomposition de la personnalité psychique. In: Nouvelle suite des leçons d'introduction à la psychanalyse. Paris: Presses universitaires de France; 1932. p. 140–63.
54. Freud S. Le clivage du moi dans les processus de défense. In: Résultats, idées, problèmes Tome II. Paris: Presses universitaires de France; 1938. p. 283–6.
55. Maleval J-C. la logique du délire. Rennes: Presses universitaires de France; 2011.
56. Jang KL, Paris J, Zweig-Frank H, Livesley WJ. Twin Study of Dissociative Experience. *J Nerv Ment Dis*. 1998;
57. Bower GH. Mood and Memory. *Am Psychol*. 1981;
58. Krüger C, Bartel P, Fletcher L. Dissociative Mental States Are Canonically Associated with Decreased Temporal Theta Activity on Spectral Analysis of EEG. *J Trauma Dissociation*. 2013;
59. de Ruiter MB, Veltman DJ, Phaf RH, van Dyck R. Negative words enhance recognition in nonclinical high dissociators: An fMRI study. *Neuroimage* [Internet]. 2007;37(1):323–34. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.neuroimage.2007.04.064>
60. García-Campayo J, Fayed N, Serrano-Blanco A, Roca M. Brain dysfunction behind functional symptoms: neuroimaging and somatoform, conversive, and dissociative disorders. *Curr Opin Psychiatry*. 2009;
61. de Pascalis V. Psychophysiological correlates of hypnosis and hypnotic susceptibility. *Int J Clin Exp Hypn*. 1999;
62. Pyka M, Burgmer M, Lenzen T, Pioch R, Dannlowski U, Pfleiderer B, et al. Brain correlates of hypnotic paralysis-a resting-state fMRI study. *Neuroimage*. 2011;
63. Demertzi A, Soddu A, Faymonville ME, Bahri MA, Gosseries O, Vanhaudenhuyse A, et al. Hypnotic modulation of resting state fMRI default mode and extrinsic network connectivity. *Prog Brain Res*. 2011;

64. Lemche E, Surguladze SA, Brammer MJ, Phillips ML, Sierra M, David AS, et al. Dissociable brain correlates for depression, anxiety, dissociation, and somatization in depersonalization-derealization disorder. *CNS Spectr*. 2013;
65. Sierra M. Depersonalization disorder: pharmacological approaches. *Expert Rev Neurother*. 2008;
66. Giesbrecht T, Lynn SJ, Lilienfeld SO, Merckelbach H. Cognitive Processes in Dissociation: An Analysis of Core Theoretical Assumptions. *Psychol Bull*. 2008;
67. Schlumpf YR, Reinders AATS, Nijenhuis ERS, Luechinger R, Van Osch MJP, Jäncke L. Dissociative part-dependent resting-state activity in dissociative identity disorder: A controlled fMRI perfusion study. *PLoS One*. 2014;
68. Dumas R, Boyer L, Richieri R, Guedj E, Auquier P, Lançon C. Qualité de vie liée à la santé dans la dépression après stimulation magnétique transcrânienne basse fréquence. *Encephale*. 2014;
69. Reinders AATS, Willemsen ATM, Vos HPJ, den Boer JA, Nijenhuis ERS. Fact or factitious? a psychobiological study of authentic and simulated dissociative identity States. *PLoS One*. 2012;
70. Peres JF, Moreira-Almeida A, Caixeta L, Leao F, Newberg A. Neuroimaging during Trance State: A Contribution to the Study of Dissociation. *PLoS One*. 2012;
71. Wingenfeld K, Spitzer C, Rullkötter N, Lowe B. Borderline personality disorder: hypothalamus pituitary adrenal axis and findings from neuroimaging studies. *Psychoneuroendocrinology*. 2010;
72. Lanius RA, Williamson PC, Boksman K, Densmore M, Gupta M, Neufeld RWJ, et al. Brain activation during script driven imagery induced dissociative responses in PTSD a functional magnetic resonance imaging investigation. *Biol Psychiatry*. 2002;
73. Renaud S. Comprendre la dissociation chez les patients avec un trouble de personnalité limite. *Sante Ment Que* [Internet]. 2011;36(1):217. Available from: <http://id.erudit.org/iderudit/1005822ar>
74. Abettan C. L'hystérie : une pathologie de l'attestation ? *PSN*. 2014;12(3):73–84.
75. Heidegger M. Être Et Temps. *Bibliothèque Philos*. 2007;
76. Ricœur P. Soi-même comme un autre. *L'Ordre philosophique*. 1990.
77. Dastur F. L'ipséité: son importance en psychopathologie. *PSN*. 2005;III(12):88–97.
78. Charbonneau G. Ipséité et psychose. *La Lett du Psychiatre*. 2004;I(4):120–7.
79. Dastur F, Naudin J. Ipséité et pathologie mentale débat entre Françoise Dastur et Jean Naudin. *PSN*. 2005;III(12):59–64.

80. Vion-dury J, Naudin J. Peut-on transposer les modèles de la neurologie à la psychiatrie ? « Cette science n'a rien à nous dire ... ». In: Abel Guillen Essais d'épistémologie pour la psychiatrie de demain. ERES; 2017. p. 33–50.
81. Laroï F, Sommer IE, Blom JD, Fernyhough C, Ffytche DH, Hugdahl K, et al. The characteristic features of auditory verbal hallucinations in clinical and nonclinical groups: State-of-the-art overview and future directions. *Schizophr Bull.* 2012;
82. Perona-Garcelán S, García-Montes JM, Rodríguez-Testal JF, López-Jiménez AM, Ruiz-Veguilla M, Ductor-Recuerda MJ, et al. Relationship Between Childhood Trauma, Mindfulness, and Dissociation in Subjects With and Without Hallucination Proneness. *J Trauma Dissociation.* 2014;
83. Morrison A, Haddock G, Tarrier N. Intrusive Thoughts and Auditory Hallucinations: A Cognitive Approach. *Behav Cogn Psychother.* 1995;23:265.
84. Putnam FW, Guroff JJ, Silberman EK, Barban L, Post RM. The clinical phenomenology of multiple personality disorder: review of 100 recent cases. *J Clin Psychiatry.* 1986;
85. Perona-Garcelán S, Cuevas-Yust C, García-Montes JM, Pérez-Álvarez M, Ductor-Recuerda MJ, Salas-Azcona R, et al. Relationship Between Self-Focused Attention and Dissociation in Patients With and Without Auditory Hallucinations. *J Nerv Ment Dis.* 2008;
86. Moskowitz A, Corstens D. Auditory Hallucinations: Psychotic Symptom or Dissociative Experience? *J Psychol Trauma.* 2008;
87. Allen JG, Coyne L, Console DA. Dissociative detachment relates to psychotic symptoms and personality decompensation. *Compr Psychiatry.* 1997;38(6):327–34.
88. Read J, van Os J, Morrison AP, Ross C. Childhood trauma, psychosis and schizophrenia: a literature review with theoretical and clinical implications. *Acta Psychiatr Scand.* 2005;
89. Whitfield CL, Dube SR, Felitti VJ, Anda RF. Adverse childhood experiences and hallucinations. *Child Abuse & Neglect.* 2005.
90. Brown KW, Ryan RM. The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *J Pers Soc Psychol* [Internet]. 2003;84(4):822–48. Available from: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/0022-3514.84.4.822>
91. Alderson-Day B, McCarthy-Jones S, Bedford S, Collins H, Dunne H, Rooke C, et al. Shot through with voices: Dissociation mediates the relationship between varieties of inner speech and auditory hallucination proneness. *Conscious Cogn.* 2014;
92. Mortati K, Grant AC. A patient with distinct dissociative and hallucinatory fugues. *BMJ Case Rep* [Internet]. 2012;2012. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22665872> <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC3263119>

93. Dorahy MJ, Shannon C, Seagar L, Corr M, Stewart K, Donncha Hanna t, et al. Auditory Hallucinations in Dissociative Identity Disorder and Schizophrenia With and Without a Childhood Trauma History Similarities and Differences. *J Nerv Ment Dis.* 2009;197:892–8.
94. Montant J, Adida M, Belzeaux R, Cermolacce M, Pringuey D, Da Fonseca D, et al. Troubles dissociatifs et troubles affectifs. *Encephale.* 2014;
95. Leopold K, Ritter P, Correll CU, Marx C, ??zg??rdal S, Juckel G, et al. Risk constellations prior to the development of bipolar disorders: Rationale of a new risk assessment tool. *Journal of Affective Disorders.* 2012.
96. Latalova K, Prasko J, Pastucha P, Grambal A, Kamaradova D, Diveky T, et al. Bipolar affective disorder and dissociation--comparison with healthy controls. *Biomed Pap Med Fac Univ Palacky Olomouc Czech Repub.* 2011;
97. Mula M, Pini S, Preve M, Masini M, Giovannini I, Cassano GB. Clinical correlates of depersonalization symptoms in patients with bipolar disorder. *J Affect Disord.* 2009;
98. Hernandez JM, Cordova MJ, Ruzek J, Reiser R, Gwizdowski IS, Suppes T, et al. Presentation and prevalence of PTSD in a bipolar disorder population: A STEP-BD examination. *J Affect Disord.* 2013;
99. Kilcommons AM, Morrison AP. Relationships between trauma and psychosis: An exploration of cognitive and dissociative factors. *Acta Psychiatr Scand.* 2005;
100. Yu J, Ross CA, Keyes BB, Li Y, Dai Y, Zhang T, et al. Dissociative Disorders Among Chinese Inpatients Diagnosed With Schizophrenia. *J Trauma Dissociation.* 2010;11(3):358–72.
101. Şar V, Akyüz G, Kundakçi T, Kiziltan E, Doğan O. Childhood Trauma, Dissociation, and Psychiatric Comorbidity in Patients With Conversion Disorder. *Am J Psychiatry.* 2004;
102. Zanarini MC, Ruser T, Frankenburg FR, Hennen J. The dissociative experiences of borderline patients. *Compr Psychiatry.* 2000;
103. Yen S, Shea MT, Battle CL, Johnson DM, Zlotnick C, Dolan-Sewell R, et al. Traumatic exposure and posttraumatic stress disorder in borderline, schizotypal, avoidant, and obsessive-compulsive personality disorders: Findings from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study. *J Nerv Ment Dis.* 2002;
104. McCaldon RJ. Automatism. *Can Med Assoc J [Internet].* 1964;91:914–20. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1927961&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
105. Gil R, Abdul-Samad F, Mathis S, Neau JP. L'ictus amnésique était-il vraiment confondu avant les années 1950 avec les amnésies psychogènes? *Rev Neurol (Paris).* 2010;166(8–9):699–703.

106. Bowman ES, Coons PM. The differential diagnosis of epilepsy, pseudoseizures, dissociative identity disorder, and dissociative disorder not otherwise specified. *Bull Menninger Clin.* 2000;164–80.
107. Carlson EB, Putnam FW. An update on the Dissociative Experience Scale. *Dissociation.* 1993;
108. Bremner JD. Cognitive processes in dissociation: Comment on Giesbrecht et al. (2008). *Psychol Bull.* 2010;
109. Steinberg M, Hall P, Lareau C, Cicchetti D. Recognizing the validity of dissociative symptoms, using the SCID-D-R: guidelines for clinical and forensic evaluations. 2015;1(1):8–23.
110. Boon S, Draijer N, Mattheß 2007 H. Interview pour troubles dissociatifs et symptômes liés au trauma. 2007.
111. Ross CA, Heber S, Norton GR, Anderson D. The Dissociative Disorders Interview Schedule: A structured interview. *Dissociation Prog Dissociative Disord.* 1989;
112. Okugawa G. Letter to the Editor Perospirone for treatment of dissociative identity disorder. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2005;59.
113. Lai C-H. Dissociative identity disorder may be relieved by the combined treatments of mirtazapine and risperidone: Case report of an adolescent. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* [Internet]. 2012;24(2):E34. Available from: <http://neuro.psychiatryonline.org/data/Journals/NP/24390/E34.pdf> %5Cn<http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=emed10&NEWS=N&AN=2012486511>
114. Belzeaux R, Naudin J. Des phénomènes aux phénotypes: Le typus melancholicus comme endophénotype de la dépression. *Inf Psychiatr.* 2007;83(3):179–82.

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans **aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions**. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas **usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité**.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai **jamais leur confiance** et **n'exploiterai pas le pouvoir hérité** des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. **Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers** et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.