

> régulièrement confronté à ces cas où s'estompe la frontière entre ce qui tient du corps et de l'esprit. Certaines études estiment qu'environ 10% des diagnostics psychiatriques sont erronés, passant à côté d'une cause organique sous-jacente.

DÉPRESSION ? NON ! MANQUE DE VITAMINES

Mais revenons à Nicolas. Comment un simple manque de vitamines peut-il déclencher des symptômes aussi sévères ? La vitamine B12 est impliquée dans plusieurs cycles enzymatiques essentiels. Dès lors, sa carence entraîne le dysfonctionnement des « chaînes de fabrication » de certains neuromédiateurs clés – comme la sérotonine, impliquée dans la régulation émotionnelle –, dont la quantité diminue dans le cerveau. En outre, des dérivés toxiques s'accumulent, déclenchant une inflammation cérébrale. Certaines molécules produites lors de cette réaction (comme les cytokines) provoquent une hypersensibilité de l'axe du stress, une diminution supplémentaire de la production de neuromédiateurs et toutes sortes d'autres réactions qui affectent le psychisme. Au final, une carence en vitamine B12 peut perturber gravement l'humeur, voire se traduire par des troubles psychotiques chez certains patients vulnérables.

Outre les vitamines, les hormones ont une influence capitale sur le psychisme. Nombre de pathologies endocriniennes sont alors confondues avec des maladies psychiatriques. La thyroïde, une petite glande située à la base de notre cou, produit par exemple plusieurs hormones « activatrices » – qui stimulent le métabolisme –, essentielles au fonctionnement cérébral. Par conséquent, une hypothyroïdie (un manque d'hormones thyroïdiennes) peut ressembler à une dépression et une hyperthyroïdie (un excès de ces hormones) à un syndrome maniaque. Autre exemple, certaines maladies des glandes surrénales, qui fabriquent le cortisol – l'hormone du stress –, entraînent un excès chronique de cette hormone et provoquent des symptômes anxieux ou dépressifs.

En général, les médecins connaissent ces manifestations psychiatriques et contrôlent les taux d'hormones. « Tous les endocrinologues rapportent des histoires de patients présentant des signes de dépression et d'anxiété qui ont disparu après un contrôle et un rééquilibrage de leur taux d'hormone thyroïdienne », rapporte ainsi Barbara Demeneix, spécialiste de cette hormone, dans son livre *Cocktail toxique*. Toutefois, notre expérience nous incite à penser que certains cas passent sous les radars, car nous avons constaté que des modifications très minimes, dans la limite des valeurs considérées comme normales, ont parfois d'importantes répercussions sur le fonctionnement psychique. Surtout si le patient est habitué à un

taux d'hormones thyroïdiennes stable depuis de nombreuses années.

Parfois, c'est une maladie du cœur qui fausse le diagnostic. Il arrive ainsi qu'un trouble du rythme cardiaque soit pris pour un trouble anxieux : par moments, le cœur s'emballe, déclenchant une sensation d'étouffement et de vertige, doublée d'une forte angoisse – bref, tous les symptômes d'une crise de panique. Mais c'est le trouble organique qui cause le problème psychique, et non l'inverse. Le traitement de l'arythmie cardiaque permet de supprimer totalement ces « fausses » attaques de panique.

Les cancers peuvent aussi se manifester en premier lieu par des symptômes psychiatriques. Il n'est pas rare que la progression de la tumeur cause fatigue, perte d'appétit et de poids, notamment parce qu'elle provoque une inflammation chronique. Souvent, les médecins attribuent à tort ces symptômes à une baisse de moral, voire à une dépression, avant de soupçonner un cancer. En particulier chez les patients qui n'ont aucun facteur de risque associé à cette dernière maladie : ceux qui sont jeunes, non fumeurs, sportifs...

Dans de rares cas, des anticorps particuliers, susceptibles d'activer ou de détruire divers récepteurs cérébraux, sont fabriqués lors de l'inflammation. Ces récepteurs sont situés dans des structures impliquées dans la régulation émotionnelle, les images mentales, les sensations sonores... S'ensuit toute une série de manifestations psychiatriques extrêmement variables : troubles de l'humeur, psychose, hallucinations, catatonie (le patient est mutique et présente divers symptômes moteurs, comme une alternance entre passivité absolue et agitation soudaine)... On parle d'encéphalite limbique auto-immune.

L'origine de ces troubles mentaux est d'autant plus difficile à détecter que la tumeur n'est pas forcément localisée dans le cerveau. Chez Marie, une jeune femme de 22 ans que nous avons reçue il y a quelques années, elle se situait dans un ovaire (c'est souvent le cas pour un type particulier d'encéphalite, qualifié d'« anti-NMDA », du nom des récepteurs cérébraux attaqués par les anticorps). À l'origine,

10%

**DES DIAGNOSTICS
PSYCHIATRIQUES**

seraient erronés, prenant à tort
une pathologie organique pour
une maladie mentale.

**Parfois, c'est une
maladie du cœur qui
fausse le diagnostic**

cette patiente avait été hospitalisée pour une dépression très sévère. Devant l'inefficacité des traitements proposés, elle a fini par être adressée à notre service et nous avons recherché des anticorps anormaux dans son liquide céphalorachidien, grâce à une ponction lombaire. C'est ainsi que nous avons découvert qu'une encéphalite expliquait ses symptômes.

Des collègues chirurgiens ont procédé à l'ablation de la tumeur et Marie a reçu un traitement immunosuppresseur qui, bien souvent, atténue les symptômes, et les supprime parfois totalement. Après quelques semaines de traitement, son état s'est tellement amélioré qu'elle a pu rentrer chez elle.

D'autres maladies organopsychiatriques rares résultent d'une accumulation de certaines molécules dans le cerveau, dont le fonctionnement est perturbé. Dans la maladie de Niemann-Pick de type C, qui touche environ 1 personne sur 120000, il s'agit de dérivés du cholestérol. Cette pathologie provoque parfois un tableau psychiatrique proche de celui de la schizophrénie : les pensées et les comportements sont erratiques, le patient se replie sur lui-même, victime d'hallucinations... Les protéines qui transportent ou transforment les produits alimentaires à l'origine du cholestérol sont alors anormales, en raison de mutations génétiques.

Ce cas illustre bien les difficultés à repérer les pathologies organopsychiatriques, puisqu'en moyenne, dix ans s'écoulent entre les premiers symptômes psychiatriques et le diagnostic. Dans l'intervalle, on prescrit souvent des médicaments psychotropes, qui restent largement inefficaces.

S'il existe de multiples dysfonctionnements organiques susceptibles de causer des symptômes psychiatriques, à l'inverse, des symptômes physiques ont parfois une cause psychiatrique. C'est ce qu'on appelle un trouble conversif (autrefois nommé conversion hystérique). Le patient présente alors des symptômes moteurs (paralysie, mouvements anormaux) ou des déficits sensoriels, comme une cécité ou une surdité soudaine. Il peut aussi être victime de crises convulsives – qui ressemblent à des crises épileptiques, sauf qu'on ne détecte aucune anomalie lorsqu'on mesure l'activité cérébrale par électroencéphalographie.

La fréquence exacte du trouble conversif est difficile à évaluer, du fait de la diversité de ses manifestations, mais il n'a rien de rare. Certaines études estiment qu'il concerne 4% des patients qui viennent consulter pour des troubles du mouvement.

UNE MALADIE GLOBALE DU CERVEAU

Souvent catégorisée comme une création de l'esprit, cette pathologie est pourtant bien réelle – les symptômes ne sont en rien « imaginaires ». Récemment, plusieurs travaux utilisant l'imagerie par résonance magnétique fonctionnelle (IRMf) ont montré qu'elle est associée à de multiples anomalies du fonctionnement cérébral. « Le trouble conversif peut être considéré comme une maladie "globale" du cerveau », selon Ismaël Conejero et ses collègues de l'université de Montpellier, qui ont récemment dressé la synthèse de ces travaux. La cause ? Un mauvais fonctionnement de réseaux neuronaux impliqués dans la planification, l'organisation et l'exécution des mouvements volontaires, mais aussi dans la conscience du corps et dans l'agentivité (le sentiment d'être à l'origine de ses propres actions). Les chercheurs ont aussi mis en évidence des liens inhabituels entre les régions cérébrales sous-tendant les émotions et les systèmes sensoriel et moteur.

Néanmoins, ce trouble est la source de nombreuses erreurs de diagnostic, notamment parce qu'on peine parfois à le distinguer d'une simulation pure et simple. Mais aussi parce que les cliniciens ont tendance à l'incriminer dès qu'ils ne trouvent pas de cause organique : « Si on n'a rien d'évident, c'est que c'est hystérique »... Tout particulièrement quand le patient est une femme (elles sont certes plus touchées) ou présente un « trouble de la personnalité histrionique », caractérisé par des émotions exacerbées ➤

POURQUOI TANT D'ERREURS DE DIAGNOSTIC

La plupart du temps, les cliniciens posent leur diagnostic en se fondant sur un entretien non standardisé, qu'ils interprètent selon leur expérience et leurs opinions personnelles au lieu d'utiliser une approche systématique. Certes, ils tranchent ainsi plus rapidement que s'ils devaient passer en revue un grand nombre de causes potentielles, et parviennent à se décider même lorsqu'ils ne disposent que d'informations incomplètes, mais ils risquent aussi davantage de se tromper. Soit parce qu'ils se sont forgé une représentation typique de la maladie, et donc échouent à identifier cette dernière dès qu'elle s'écarte un peu de ce prototype, soit parce qu'ils attribuent un poids excessif à certains symptômes. Par exemple, pour la schizophrénie, les psychologues américaines Nancy Kim et Woo-Kyoung Ahn ont montré en 2002 que les cliniciens considèrent le délire et les hallucinations comme plus significatifs que la présence d'un discours désorganisé ou de symptômes « négatifs » (anxiété, apathie, retrait social) ; pourtant, toutes les études concluent que ces critères sont en réalité bien plus caractéristiques de la maladie.

Ces méthodes intuitives, qualifiées d'heuristiques, conduisent en outre souvent à poser un diagnostic psychiatrique dès qu'un symptôme évoque ce type de maladie, et à passer à côté d'une cause organique. C'est d'autant plus problématique qu'on ne dispose pas d'exams complémentaires en psychiatrie : si un patient est diagnostiqué dépressif ou schizophrène, aucun marqueur biologique, détectable par exemple à l'aide d'un test sanguin ou d'une IRM, ne permettra de confirmer ou d'infirmer ce diagnostic. Cela viendra peut-être : de nombreux laboratoires sont à la recherche de tels marqueurs...