

À propos de la stigmatisation : réflexions autour d'un cas d'AVC de Percheron en expertise psychiatrique

Muriel Boven (*), Sylvain Dal (**)

Concerning stigmatization, reflections about a case of Percheron's stroke in psychiatric expertise

Given that health is considered "the silence of organs", let's open our ears. Following a psychiatric expertise in the emergency room, a dementia post-Percheron's stroke was diagnosed. In this context, the authors asked themselves whether stigmatization had played a potential role in the difficulty of establishing the diagnosis. The authors thus attempted to highlight its existence, in addition to its link with mental related issues and its consequences, while also providing suggestions for prevention. Understanding this condition is critical to be in a better position to face it and improve the healthcare quality. In this article, the authors have also stressed the importance of a good partnership between psychiatrists and physicians.

KEY WORDS

Stigmatization, Percheron's stroke, psychiatric expertise

Puisque « la santé est le silence des organes », tendons l'oreille. Au départ d'une expertise psychiatrique réalisée aux urgences, un trouble neurocognitif post accident vasculaire cérébral de Percheron est mis en évidence. C'est dans ce contexte que les auteurs se sont questionnés sur le rôle potentiel qu'a joué la stigmatisation de la maladie mentale dans cette errance diagnostique. Ils tentent donc de nous éclairer quant à son existence, son lien avec la maladie mentale et ses conséquences mais également les moyens de la prévenir. Il semble crucial de la comprendre pour mieux l'affronter et améliorer la qualité des soins. Les auteurs insistent par ailleurs sur l'importance de la collaboration entre psychiatres et somaticiens.

What is already known about the topic?

- Percheron's cerebrovascular accident (CVA) results from the occlusion of Percheron's artery leading to bithalamic infarction. As the clinical features are very diverse, they often contribute to the difficulty of establishing the diagnosis.
- Stigmatization is a drag on healthcare quality.

Que savons-nous à ce propos ?

- L'AVC de Percheron est le résultat de l'occlusion de l'artère de Percheron provoquant un infarctus bithalamique. Sa présentation clinique polymorphe contribue à une errance diagnostique.
- La stigmatisation est un frein majeur à la qualité des soins.

What does this article bring up for us?

This article is meant to be a reflection on stigmatization and aimed to better understand it, prevent it, and improve healthcare quality, as well..

Que nous apporte cet article ?

Cet article ouvre une réflexion concernant la stigmatisation de manière à la comprendre, la prévenir et améliorer la qualité des soins.

INTRODUCTION

Tout comme l'habit ne fait pas le moine, la bizarrerie ne fait pas la psychiatrie. Face à un patient présentant des symptômes neurologiques ainsi que des symptômes psychiatriques et en particulier une bizarrerie du comportement, une tendance à pointer l'étiologie psychiatrique est notable. À partir de ce cas clinique, la question de la place de la stigmatisation se pose.

RAPPORT DE CAS

Un homme d'une soixantaine d'années est amené par la police aux urgences pour une expertise psychiatrique sur réquisitoire du Procureur du Roi. Les officiers l'ont trouvé désorienté, incohérent et errant dans les transports publics. Ceux-ci ont estimé cela inquiétant au vu de l'heure tardive et *a fortiori* au vu de son âge. Le patient a donc bénéficié dans un premier hôpital d'un « vu et soigné », c'est-à-dire un passage bref aux urgences pour exclure une pathologie somatique, et cette mise au point s'est montrée rassurante. La police a donc poursuivi la procédure d'expertise en raison de l'étrangeté du comportement du patient. Celui-ci est alors référé aux urgences d'un second hôpital pour expertise psychiatrique dans le cadre de la loi du 26 juin 1990 liée à la protection de la personne des malades mentaux.

INFORMATIONS RÉCOLTÉES DURANT LES ANAMNÈSES SOMATIQUES ET PSYCHIATRIQUES

Le patient sexagénaire se dit marié et père d'un fils. Lors de son appréhension nocturne par la police, il explique être européen mais ne dispose d'aucun document d'identité. Lors du « vu et soigné », le patient se plaint uniquement de fatigue. Sa glycémie est à 109 mg/dL, sa fréquence cardiaque à 72 bpm, sa température à 36°C et sa tension artérielle à 188/89 mmHg. L'examen clinique étant rassurant et la mise au point sans particularité hormis l'hypertension artérielle, le patient est transféré aux urgences psychiatriques.

Étant endormi à son arrivée dans un service d'urgence universitaire, le patient est installé sans médication en chambre d'isolement et ses paramètres sont surveillés. Il reste hypertendu à 160/80 mmHg. L'entretien psychiatrique à proprement parler a donc lieu à son réveil quelques heures après son admission. Le patient est euthymique mais ralenti et hypovigilant. Il est désorienté aussi bien dans le temps que dans l'espace et sa mimique est réduite. Bien que collaborant durant l'entretien, son attention est réduite et son discours est pauvre avec des troubles de mémoire à court terme apparents. Sa conscience morbide est partielle étant donné qu'il nomme spontanément des troubles mnésiques remontant à plusieurs mois et consécutifs à une chute. Il explique avoir été athlète et se présentera d'ailleurs sous le nom d'un sportif connu mondialement. Ces propos suscitent de l'incrédulité et laissent supposer un état délirant voire mégalomane étant donné qu'il apparaît qu'il ne s'agit bel et bien pas

de ce célèbre sportif. En fin d'entretien, le patient relate de manière vague un épisode d'hallucination auditive et change à plusieurs reprises son adresse. Une enquête plus approfondie est demandée par nos soins à la police de manière à mobiliser le centre de signalement international.

DÉMARCHE DIAGNOSTIQUE

L'examen mental est conduit de manière à investiguer les critères de mise en observation : à savoir la présence d'une maladie mentale décompensée, d'une dangerosité et d'un refus de soins. Par précaution, un bilan somatique est demandé en premier lieu au vu de l'hypertension, de la désorientation spatio-temporelle, des troubles mnésiques, des incohérences dans le discours, des troubles attentionnels et de la fluctuation nyctémérale des troubles. De plus, les éléments paraissant délirants ne peuvent être attribués de façon univoque à une pathologie psychiatrique à ce stade. Signalons également que l'alinéa 2 de la loi du 26 juin 1990 nous ordonne de recueillir toute information utile auprès de tierces personnes et d'enquêter sur les antécédents médico-sociaux mais également de faire réaliser un examen somatique et neurologique dans le cadre de l'expertise psychiatrique (1).

La question du diagnostic différentiel avec une confusion mentale, appelée aussi delirium, se pose. Pour pouvoir poser ce diagnostic, plusieurs critères doivent être présents comme le précise le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-V) (2). La présentation clinique du patient y correspond en partie :

- A. La difficulté à soutenir son attention est bien présente, de même que la désorientation spatio-temporelle au niveau de la perturbation de la conscience.
- B. La rupture avec l'état antérieur et l'installation rapide ne peuvent quant à elles être déterminées au vu de l'anamnèse difficile et de l'absence d'hétéro-anamnèse. La fluctuation et la sévérité de la symptomatologie sont en revanche présente. La forme actuelle est plutôt hypoactive.
- C. Les troubles mnésiques et les incohérences dans le discours constituent d'autres perturbations cognitives.
- D. Bien qu'en dehors d'un contexte de vigilance réduite, on ne peut garantir que les perturbations des critères A et C ne sont pas mieux expliqués par un trouble neurocognitif préexistant.
- E. La mise en évidence via les antécédents, l'examen et les examens complémentaires que l'affection est la conséquence directe d'une autre pathologie, n'est pas objectivée à ce stade.

Le diagnostic de delirium ne peut donc être confirmé à ce stade et pour avancer dans la démarche diagnostique, le diagnostic différentiel se poursuit. Signalons également que la prise en charge par le psychiatre permet une coordination des soins avec les somaticiens (3). Une prise de sang est alors réalisée et la CRP est à 7 mg/dL mais le reste est rassurant. Une mise au point neurologique est ensuite demandée et le neurologue confirme une

désorientation spatio-temporelle ainsi qu'une amnésie. Notons l'absence de troubles phasiques, dysarthriques et sensitivomoteurs. La fiabilité des propos du patient reste quant à elle incertaine. L'anamnèse systématique ne relève pas d'autre point d'appel. Les antécédents personnels, familiaux et pharmacologiques sont inexistantes selon le patient. Un ECG met en évidence une hypertrophie ventriculaire gauche.

À ce stade, le neurologue garde l'hypothèse d'un diagnostic exclusivement psychiatrique alors que nous soutenons l'intérêt de la poursuite des investigations somatiques. Le diagnostic différentiel demeure problématique a fortiori en l'absence d'anamnèse fiable et d'hétéro-anamnèse. Les troubles cognitifs comme les troubles mnésiques sont communs au delirium et à la démence bien que la plupart des démences ne comporte pas de perturbation de la conscience. La temporalité et la réversibilité des symptômes interviennent également puisque le delirium est réversible, aigu et présente une fluctuation. Par ailleurs, le *delirium* est souvent pris pour une affection psychiatrique alors que l'étiologie est majoritairement somatique (3).

En raison des examens cliniques, du tableau explicité ci-dessus mais aussi de la persistance d'un doute quant à la nature exacte du tableau clinique, la décision de poursuivre les investigations est prise et une tomodensitométrie cérébrale est effectuée à notre demande. Contrairement à l'hypothèse du neurologue, le scanner (Fig. 1) conclut à la présence d'un AVC de Percheron avec une atteinte paramédiane bithalamique par occlusion de l'artère de Percheron.

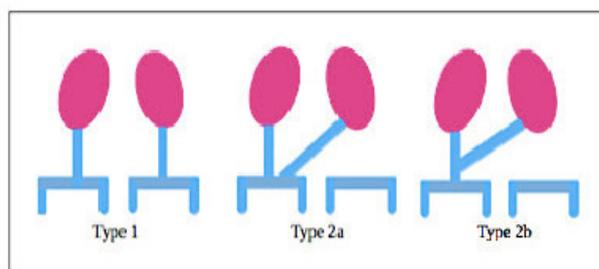
FIGURE 1. Scanner cérébral



Les lésions thalamiques antérieures objectivées sur le scanner cérébral sont compatibles avec des lésions ischémiques de datation incertaine. Notons également la présence de plaques athéromateuses au niveau des siphons carotidiens internes.

Cette imagerie rend donc bien compte de l'expression clinique déficitaire cognitive et mnésique. Cette fameuse artère décrite par Percheron en 1977 est une variante anatomique rare du réseau vasculaire thalamo-mésencéphalique (Fig. 2). L'infarctus bithalamique est connu dans la littérature pour avoir une présentation clinique polymorphe avec malgré tout une triade généralement présente associant un syndrome de Parinaud avec des troubles oculomoteurs à 61%, des troubles mnésiques à 63% et des troubles de conscience à 47%. Bien que ce type d'AVC constitue 0,1 à 0,2% des AVC ischémiques et 4 à 8% des AVC thalamiques, le tableau très aspécifique et l'absence des critères habituels d'AVC contribuent à l'errance diagnostique. Signalons par ailleurs que contrairement à cette situation clinique, le scanner cérébral est souvent non concluant et un recours à la résonance magnétique est nécessaire (4).

FIGURE 2. Vascolarisation artérielle thalamique paramédiane selon Percheron



Adapté de "Infarctus thalamique bilatéral paramédian par occlusion de l'artère de Percheron" (20)

Type 1 : Les artères cérébrales postérieures donnent chacune naissance aux artères paramédianes ; Type 2a : Les artères paramédianes émanent de la même artère cérébrale postérieure ; Type 2b : Les artères paramédianes viennent de l'artère de Percheron issue elle-même d'une artère cérébrale postérieure.

TRAITEMENT

Le patient est finalement hospitalisé pour bilan complémentaire (ETT, Holter, écho-Doppler) en neurologie et un traitement médicamenteux par Asaflow 80 mg est initié. L'étiologie organique des troubles rendant caduque la procédure de mise en observation, un avis négatif est donc rendu pour l'expertise psychiatrique.

ÉVOLUTION

Durant les dix jours d'hospitalisation, on note un trouble de l'encodage majeur et une persistance de la désorientation spatio-temporelle. L'enquête policière ayant suivi son cours, le patient est identifié et il s'avère que ses propos concernant son nom n'étaient finalement pas délirants. Rappelons par rapport à cette question du délire qu'il faut « déplacer la question des énoncés bizarres vers la question de l'énonciation et la place que cela prend dans le discours » (5). Enfin, un contact téléphonique international est pris avec le médecin traitant et celui-ci confirme l'existence déjà connue chez le patient d'un AVC

bithalamique avec risque de fugue. Le patient est rapatrié par sa famille et la conclusion de troubles neurocognitifs sur AVC de Percheron est retenue.

DISCUSSION

À la lumière de la situation clinique précitée, nous proposons de développer une réflexion sur l'impact de la stigmatisation dans le diagnostic différentiel, son lien avec la maladie mentale, ses conséquences et sa prévention.

QUEL LIEN AVEC LA STIGMATISATION ?

La stigmatisation selon le Larousse est « la mise à l'écart d'une personne pour ses différences qui sont considérées comme contraires aux normes de la société ». Il s'agit d'un phénomène social très répandu auquel la psychiatrie tant au niveau des patients que des soignants n'échappe pas. La percevoir est « de l'ordre d'une forme particulière de conscience et ce n'est que rétrospectivement avec la sensibilité qui nous est propre que nous la percevons » (6).

Selon le sociologue Goffman, le stigma est un « attribut profondément discréditant » qui diminue la personne et la réduit souvent à une étiquette menant au rejet (7). Le sujet se considère alors lui-même comme indésirable par le biais de l'auto-stigmatisation. Le phénomène de stigmatisation se fait en 5 étapes (8) : 1) Étiqueter en se basant sur des différences superficielles 2) Stéréotyper en allouant des attributs généraux 3) Séparer en excluant de la société avec l'idée « d'eux et nous » 4) Discriminer en rejetant 5) Retirer le pouvoir comme l'accès au logement et à l'emploi par le biais de la discrimination.

Force est de constater que le patient a bel et bien été victime de stigmatisation et cela déjà en pré-hospitalier. Le label psychiatrique a entraîné une limitation dans les investigations somatiques et une privation temporaire de liberté avec le risque de mise en observation. Le diagnostic différentiel du psychiatre a toutefois permis de suspendre le processus de stigmatisation et de limiter les dégâts qui auraient pu survenir si l'hypothèse de trouble mental n'avait pas été infirmée.

QUEL LIEN ENTRE MALADIE MENTALE ET STIGMATISATION ?

La stigmatisation abonde autour des troubles psychiatriques et de façon plus large autour des troubles du comportement à cause d'une méconnaissance de la psychopathologie mais aussi à cause de l'image effrayante véhiculée par les médias. Les patients psychiatriques font l'objet de préjugés en termes de dangerosité et d'incurabilité. S'en suit une discrimination pouvant être un frein à la réinsertion mais aussi à l'accès aux soins (9). Par ailleurs, en situant les patients psychiatriques du côté pathologique, le discours médical peut être involontairement un relais de la stigmatisation entachant toute leur existence (10).

Le stigma psychiatrique a aussi des racines historiques notamment avec le développement des asiles d'aliénés. Malgré une meilleure compréhension clinico-pathologique la stigmatisation perdure a fortiori lorsqu'on séjourne en institution. Il est aussi important de différencier la discrimination individuelle liée à l'attitude directe du stigmatisateur et la discrimination structurelle plus imperceptible comme l'éloignement des lieux de soins ou la pression médiatique négative (11). Les patients sont souvent jugés responsables de leurs troubles, or 25% de la population mondiale est atteint à un moment donné par des troubles psychiatriques selon l'OMS (7). Ce rejet n'est parfois rien d'autre qu'un moyen de conjurer avec une forme de « pensée magique qu'en tenant la folie loin de soi, on s'assure qu'elle ne nous concerne pas » (12).

QUELLES SONT LES CONSÉQUENCES DE LA STIGMATISATION EN PSYCHIATRIE ?

Les effets de la stigmatisation sont délétères tant sur les patients que sur leurs familles et les soignants en psychiatrie. Les patients ont tendance à éviter les interactions sociales, à avoir plus d'idées suicidaires (13) et moins accès aux emplois et logements. La banalisation de leur diagnostic [14] est un frein à leur rétablissement et les investigations somatiques sont souvent limitées. Ces patients sont plus rejetés que ceux qui ne s'inscrivent pas dans des soins malgré la nécessité d'en bénéficier. De manière paradoxale, une personne qui souffre d'une maladie psychiatrique mais qui ne rentre pas dans un parcours de soins psychiatriques va échapper à la stigmatisation.

Pour ce qui est de la famille des patients, celle-ci « met en acte la stigmatisation en cachant la maladie par honte » (8). Les soignants sont également pointés du doigt comme en témoigne une étude flamande sur des assistants psychiatres dont 75% ont reçu des commentaires négatifs de leurs collègues somaticiens et 50% ont été critiqués par rapport à l'incapacité des psychiatres (15).

QUELLES INTERVENTIONS POUR PRÉVENIR LA STIGMATISATION ET SES CONSÉQUENCES ?

Tout d'abord, le fait de prévenir la stigmatisation passe par l'évolution de la perception du grand public grâce à des stratégies individuelles et sociales. Agir sur chacune des étapes du processus de stigmatisation est intéressant : 1) Informer et sensibiliser dans les médias pour éviter d'étiqueter 2) Différencier la personne de la maladie pour ne pas stéréotyper et cela à tout niveau y compris dans la population générale et notamment dans la police pour limiter les interventions traumatisantes sur base de préjugés 3) Insérer dans la communauté pour familiariser (16) 4) Constituer des associations pour sauvegarder les droits des patients psychiatriques comme l'association *Epsykoj* qui déconstruit les a priori avec des témoignages de patients.

Ensuite, pour lutter contre la stigmatisation, la déclaration d'Helsinki propose également différentes pistes (17) :

- 1) Mieux apprécier l'intérêt du bien-être psychique
- 2) Travailler en partenariat avec les familles
- 3) Offrir un système de soins de santé intégré incluant promotion-prévention-traitement-réadaptation-réinsertion
- 4) avoir des soignants qualifiés bénéficiant d'une formation continue puisqu'ils adhèrent tout autant aux stéréotypes
- 5) S'inspirer de l'expérience des malades notamment avec la pair-aidance.

Enfin, le soignant peut veiller à atténuer les signes visibles de la maladie (11) et présenter le diagnostic en protégeant des effets performatifs des mots (18). L'évaluation du degré d'hétéro- et d'auto- stigmatisation (15) est également importante car tout cela amène une baisse d'estime et majore la sévérité des symptômes (19). L'échelle d'ISMI ou *Internalized Stigma of Mental Illness* (19) est intéressante dans ce contexte. Normaliser l'expérience avec des groupes comme les entendeurs de voix permet de passer de la stigmatisation à la stigmaphilie, c'est à dire se réapproprier positivement des caractéristiques étiquetées négativement. En effet, « l'étrangeté de l'expérience ne la rend pas inhumaine » (11).

RECOMMANDATIONS

L'ensemble de cette réflexion amenée au départ d'une situation clinique met en lumière la problématique qu'est la stigmatisation. La prise en charge de tout patient – à plus forte raison psychiatrique – doit revenir à une observation sans préjugé afin d'offrir des soins de qualité. Il est nécessaire de panser tout en pensant avec une approche bio-psycho-sociale.

CONCLUSION

L'ensemble de cette réflexion amenée au départ d'une situation clinique met en lumière la problématique qu'est la stigmatisation. La prise en charge de tout patient - à plus forte raison psychiatrique – doit revenir à une observation objective sans préjugés afin d'offrir des soins de qualité. Il est nécessaire de panser tout en pensant avec une approche bio-psycho-sociale.

RÉFÉRENCES

1. Moniteur Belge, loi du 26/6/1990 sur <http://www.ejustice.jugov.be/eli/loi/1990/06/26/1990009905/justel>, consulté le 16/12/2021.
2. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Elsevier Masson, Washington, 2015, 5e Edition.
3. American Psychiatric Association. *Practice Guideline for the Treatment of Patients With Delirium*. American Psychiatric Publishing, Washington, 2010.
4. Romary E, Cazes N, Meyran D. Infarctus thalamique bilatéral paramédian par occlusion de l'artère de Percheron. *Annales Françaises de Médecine d'Urgence*. 2019 ; 9 (6) : 379-381.
5. Feys J-L. Transidentité et délire. *L'information psychiatrique*. 2020 ; 96 (8-9) : 667-674.
6. Benoist J. Logiques de la stigmatisation, éthique de la déstigmatisation. *L'information psychiatrique*. 2007 ; 83 (8) : 649-654.
7. Ahmedani B. Mental Health Stigma: Society, Individuals, and the Profession. *The International Journal of Social Work Values and Ethics*. 2011 ; 8 (2) : 41-416.
8. Bichsel N, Conus P. La stigmatisation: Un problème fréquent aux conséquences multiples. *Revue Médicale Suisse*. 2017 ; 13 (551) : 478-481.
9. Giordana J-Y. *La stigmatisation en psychiatrie et en santé mentale*. Elsevier Masson, Paris, 2010.
10. Absil M. La stigmatisation dans le discours des professionnels. Centre Franco Basaglia, Liège, 2015.
11. Bonsack Ch., Morandini S, Favrod J, Conus P. La stigmatisation de la « folie » : de la fatalité au rétablissement. *Revue Médicale Suisse*. 2013 ; 9 (377) : 588-592.
12. Absil M. Les origines de la stigmatisation. Centre Franco Basaglia, Liège, 2015.
13. Oexle N, Waldmann T, Staiger T, Xu Z, Rüscher N. Mental illness stigma and suicidality: the role of public and individual stigma. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*. 2018 ; 27 (2) : 169-175.
14. Nyblade L, Stockton M, Giger K, Bond V, Ekstrand M, McLean R et al. Stigma in health facilities: why it matters and how we can change it. *BMC Medicine*. 2019 ; 17 (1) : 25.
15. Catthoor K, Hutsebaut J, Schrijvers D, De Hert M, Peuskens J, Sabbe B. Preliminary study of associative stigma among trainee psychiatrists in Flanders, Belgium. *World Journal of Psychiatry*. 2014 ; 4 (3) : 62-68.
16. Eksteen H-C, Becker P, Lippi G. Stigmatization towards the mentally ill: Perception of psychiatrists, pre-clinical and post-clinical rotation medical students. *International Journal of Social Psychiatry*. 2017 ; 63 (8) : 782-791.
17. Roelandt J-L, Caria A. Stigma ! Vaincre les discriminations en santé mentale. *L'information psychiatrique*. 2007 ; 83 (8) : 645-648.
18. Lovell A, Henckes N, Troisoeufs A, Velprey L. Sur quelques mauvais jeux de mots : classifications psychiatriques et stigmatisation. *L'information psychiatrique*. 2011 ; 87 (3) : 175-183.
19. Boyd J, Adler E, Otilingam P, Peters T. Internalized Stigma of Mental Illness (ISMI) scale: a multinational review. *Comprehensive Psychiatry*. 2014 ; 55 (1) : 221-231.
20. Romary E, Cazes N, Meyran D. Infarctus thalamique bilatéral paramédian par occlusion de l'artère de Percheron. *Annales Françaises de médecine d'urgence*. 2019 ; 9 (6):379-381.

Absence de tout conflit d'intérêts.

AFFILIATIONS

(*) Médecin, assistante spécialiste en psychiatrie adulte, Service assuétudes, Clinique La Ramée, Belgique.

(**) Médecin, Psychiatre, Chef de service et maître de stage, Clinique Saint-Jean, Belgique.

CORRESPONDANCE

DR. MURIEL BOVEN

Clinique La Ramée

Service assuétudes

Avenue de Boetendael 34

B-1180 Uccle - Belgique

muriel.boven@student.uclouvain.be