

Université de POITIERS

Faculté de Médecine et de Pharmacie

ANNEE 2019

Thèse n°

**THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN PHARMACIE**
(arrêté du 17 juillet 1987)

présentée et soutenue publiquement
le 4 Juin 2019 à POITIERS
par Monsieur SICAIRE Patrick
né le 4 Septembre 1992

**Le délire d'infestation cutanée : prise en charge par l'hypnose et rôle du
pharmacien d'officine.**

Composition du jury :

Président : Madame PAIN Stéphanie, Maître de conférences en Toxicologie

Membres : Madame IMBERT Christine, Professeur en Parasitologie
Monsieur MARTY Jean-Eudes, Docteur en Pharmacie

Directeur de thèse : Madame IMBERT Christine, Professeur en Parasitologie

Université de POITIERS

Faculté de Médecine et de Pharmacie

ANNEE 2019

Thèse n°

**THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN PHARMACIE**
(arrêté du 17 juillet 1987)

présentée et soutenue publiquement
le 4 Juin 2019 à POITIERS
par Monsieur SICAIRE Patrick
né le 4 Septembre 1992

Le délire d'infestation cutanée : prise en charge par l'hypnose et rôle du pharmacien d'officine.

Composition du jury :

Président : Madame PAIN Stéphanie, Maître de conférences en Toxicologie

Membres : Madame IMBERT Christine, Professeur en Parasitologie
Monsieur MARTY Jean-Eudes, Docteur en Pharmacie

Directeur de thèse : Madame IMBERT Christine, Professeur en Parasitologie



Faculté de Médecine et de Pharmacie

Année universitaire 2018-2019

PHARMACIE

Professeurs

- CARATO Pascal, Chimie Thérapeutique
- COUET William, Pharmacie Clinique
- DUPUIS Antoine, Pharmacie Clinique
- FAUCONNEAU Bernard, Toxicologie
- GUILLARD Jérôme, Pharmaco chimie
- IMBERT Christine, Parasitologie
- MARCHAND Sandrine, Pharmacocinétique
- OLIVIER Jean Christophe, Galénique
- PAGE Guylène, Biologie Cellulaire
- RABOUAN Sylvie, Chimie Physique, Chimie Analytique
- RAGOT Stéphanie, Santé Publique
- SARROUILHE Denis, Physiologie
- SEGUIN François, Biophysique, Biomathématiques

Maîtres de Conférences

- BARRA Anne, Immunologie-Hématologie
- BARRIER Laurence, Biochimie
- BODET Charles, Bactériologie (HDR)
- BON Delphine, Biophysique
- BRILLAULT Julien, Pharmacologie
- BUYCK Julien, Microbiologie
- CHARVET Caroline, Physiologie
- DEBORDE Marie, Sciences Physico-Chimiques
- DELAGE Jacques, Biomathématiques, Biophysique
- FAVOT Laure, Biologie Cellulaire et Moléculaire
- GIRARDOT Marion, pharmacognosie, botanique, biodiversité végétale
- GREGOIRE Nicolas, Pharmacologie (HDR)
- HUSSAIN Didja, Pharmacie Galénique (HDR)
- INGRAND Sabrina, Toxicologie
- MARIVINGT-MOUNIR Cécile Pharmaco chimie

- PAIN Stéphanie, Toxicologie (HDR)
- RIOUX BILAN Agnès, Biochimie
- TEWES Frédéric, Chimie et Pharmaco chimie
- THEVENOT Sarah, Hygiène et Santé publique
- THOREAU Vincent, Biologie Cellulaire
- WAHL Anne, Pharmaco chimie, Produits naturels

AHU

- BINSON Guillaume

PAST - Maître de Conférences Associé

- DELOFFRE Clément, Pharmacien
- HOUNKANLIN Lydwin, Pharmacien

Professeur 2nd degré

- DEBAIL Didier
- GAY Julie

Poste de Doctorant

- FREYSSIN Aline

Remerciements

La réalisation de cette thèse a été possible grâce au soutien de plusieurs personnes à qui je voudrais témoigner toute ma reconnaissance.

Je tiens tout d'abord à remercier chaleureusement ma directrice de thèse, Madame Christine Imbert, pour son soutien, sa disponibilité, sa patience ainsi que ses précieux conseils sur la rédaction de cette thèse. Soyez assurée, Madame, de ma reconnaissance et de mon profond respect.

Je remercie particulièrement Madame Stéphanie Pain de présider ce jury. Son enseignement et sa bienveillance m'ont accompagné tout au long de mes études.

Je remercie aussi Monsieur Jean-Eudes Marty, qui me fait l'honneur de juger ce travail et pour sa disponibilité.

Mes sincères remerciements vont au Docteur Pascal Delaunay, pour sa participation à cette thèse et sa bienveillance.

Ce travail n'aurait pas été possible sans l'encadrement présent au sein de l'UFR Médecine et Pharmacie de l'Université de Poitiers.

Je remercie celles et ceux qui me sont chers et qui m'ont soutenu tout au long de mon parcours étudiant. Ma famille, en particulier mes parents, pour leur patience et leur soutien sans faille. Mes amis Alex, Betty, Clément, David, JB, Jeudes, Ju, LL, Manu, les deux Marion, Max, Phi, Py, Thibal, Val, qui m'ont supporté durant toutes ces années, et tous les autres avec qui j'ai passé de bons moments. Et enfin Marjolaine, pour sa présence et son soutien, pour cette thèse comme au quotidien.

Plan de la thèse

Remerciements.....	4
1 Introduction	8
2 Généralités sur les parasites (1).....	10
2.1 Introduction à la parasitologie.....	10
2.1.1 Le saprophytisme.....	10
2.1.2 Le commensalisme	10
2.1.3 La symbiose.....	10
2.1.4 Le parasitisme.....	11
2.2 Définition d'un parasite.....	11
2.3 Modes d'infestation.....	12
2.4 Modes d'action.....	13
2.4.1 L'action spoliatrice	13
2.4.2 L'action mécanique, traumatique	13
2.4.3 L'action irritative.....	14
2.4.4 L'action toxique.....	14
2.4.5 L'action infectieuse	14
2.4.6 L'action immunodépressive	14
2.5 Classification, Diversité, Spécificité	15
2.5.1 Classification	15
2.5.2 Diversité.....	18
2.5.3 Spécificité	18
2.6 Principales ectoparasitoses cutanées (7, 8)	19
3 Le délire d'infestation cutanée	21
3.1 Historique	21
3.2 Définition.....	23
3.3 Epidémiologie	24
3.3.1 Âge.....	24

3.3.2	Sex-ratio.....	25
3.3.3	Incidence et prévalence	25
3.3.4	Durée	26
3.3.5	Caractéristiques sociales et mode de vie	27
3.4	Symptômes	27
3.4.1	Hygiène, auto-thérapie et blessure	28
3.4.2	Signes du spécimen	29
3.4.3	Doctor hopping	29
3.4.4	Atteinte de l'entourage	29
3.4.5	Localisation de l'infestation	30
3.4.6	Autres symptômes associés	30
3.5	Etiologie et diagnostic	31
3.5.1	Etiologie.....	31
3.5.2	Diagnostic.....	32
3.6	Parasites impliqués	35
3.7	Traitement	36
4	L'hypnose	38
4.1	Historique	38
4.2	Définitions	39
4.2.1	L'hypnose	39
4.2.2	Hypnotisabilité et suggestibilité	40
4.2.3	Différentes approches (55)	41
4.3	Caractéristiques de l'état hypnotique	41
4.4	Mécanisme neurophysiologique de l'hypnose	42
4.5	Déroulement d'une séance	43
4.5.1	L'alliance thérapeutique	43
4.5.2	L'induction	44
4.5.3	La dissociation	44
4.5.4	La perceptude	44

4.5.5	Précisions sur l'autohypnose	44
4.6	Recommandations et indications	45
4.6.1	Recommandations	45
4.6.2	Indications	45
5	Entretien avec le Dr Pascal Delaunay	46
6	Discussion.....	51
7	Rôle du pharmacien d'officine	52
8	Conclusion	53
	Bibliographie.....	54
	Annexes.....	61
	Annexe 1 : Groupes Incertae sedis dans les Eucaryotes, d'après Adl et al. (2005).	61
	Annexe 2 : Indications de l'hypnose d'après le rapport de l'INSERM 2015 (55).	62
	Résumé.....	63

Table des illustrations

Figure 1	Classification phylogénétique des eucaryotes proposée par Burki et al. en 2008 (2).....	16
Figure 2	Lésions produites par une patiente souffrant de délire d'infestation cutanée en tentant de retirer les « insectes » présents sous sa peau (23).	28
Figure 3	Principales étapes du diagnostic de délire d'infestation cutanée (22).	33

Tableau 1	Classification des eucaryotes au plus haut niveau proposée par Adl et al. en 2012 (6).....	17
Tableau 2	Principales ectoparasitoses cutanées chez l'Homme.	20
Tableau 3	Recommandations pour le diagnostic et le traitement du délire d'infestation cutanée (29).....	34

1 Introduction

L'Homme peut être parasité par différents organismes eucaryotes microscopiques ou macroscopiques, unicellulaires ou pluricellulaires. Parmi ces parasites on retrouve les ectoparasites, qui intéressent plus particulièrement ce travail de thèse et qui sont localisés sur les téguments de l'hôte. Les ectoparasites sont habituellement des arthropodes qui provoquent des lésions plus ou moins typiques et de gravité généralement modérée.

Par ailleurs, il arrive que certaines personnes souffrent d'un délire d'infestation cutanée. Le délire d'infestation cutanée, aussi appelé syndrome d'Ekbom, est décrit comme la conviction inébranlable et erronée d'être infesté par des parasites au niveau de la peau. Il touche deux à trois fois plus souvent les femmes que les hommes, et on dénombre environ vingt nouveaux cas par an par million d'habitants. Les patients atteints présentent des symptômes d'ordre psychiatrique plutôt que dermatologique mais refusent cependant de l'admettre. Leur prise en charge peut donc s'avérer difficile.

Le choix de ce sujet de thèse a été motivé d'une part par le caractère insolite de cette pathologie, et d'autre part par son caractère méconnu au sein de la population générale mais aussi des professionnels de santé.

Dans une première partie, nous développerons quelques notions de base de parasitologie. La deuxième partie portera sur les connaissances acquises au cours du temps concernant le délire d'infestation cutanée, nous aborderons également les démarches diagnostiques et thérapeutiques de cette pathologie. La partie suivante portera spécifiquement sur l'hypnose dont nous décrirons les principes et indications. En effet, utilisée notamment dans la prise en charge de la douleur ou dans le traitement de certaines addictions, l'hypnose s'avère être un outil aux applications multiples et est de plus en plus reconnue dans le milieu médical, l'imagerie fonctionnelle ayant permis de confirmer son action sur le cerveau.

La quatrième partie portera sur l'utilisation de l'hypnose dans le traitement du délire d'infestation cutanée. Nous nous appuierons ici sur un entretien que nous avons eu avec le Dr Pascal Delaunay, pharmacien, entomologiste et parasitologue, praticien au CHU de Nice. En effet, le Dr Pascal Delaunay utilise l'hypnose pour accompagner les patients atteints de délire d'infestation cutanée.

Pour finir, nous nous intéresserons à la place et au rôle que peut avoir le pharmacien d'officine dans cette pathologie.

2 Généralités sur les parasites (1)

2.1 Introduction à la parasitologie

Les êtres vivants peuvent établir entre eux différents types d'interactions durables. Ces derniers déterminent différents modes de vie et comportements des êtres vivants, qui peuvent aller de la forme libre indépendante jusqu'à la forme parasitisme.

2.1.1 Le saprophytisme

Un organisme est dit saprophyte lorsqu'il se nourrit de matières organiques en décomposition, donc issues d'organismes morts. On ne peut donc pas parler ici d'une relation entre êtres vivants.

2.1.2 Le commensalisme

C'est une association entre deux organismes différents qui est avantageuse pour l'un des organismes (appelé commensal) sans affecter l'autre (hôte). Chez l'Homme ce type d'interaction est par exemple retrouvé avec la flore commensale : les bactéries de la flore intestinale synthétisent par exemple de la vitamine K, nécessaire à la synthèse de certains facteurs de coagulation.

2.1.3 La symbiose

C'est une collaboration étroite et synergique entre deux êtres vivants : l'association est bénéfique aux deux organismes (symbiotes). Exemple : L'association Flagellés-Termite, dans laquelle les Flagellés tirent avantage des conditions optimales pour eux de la panse rectale des Termite, qui eux ont un besoin absolu des Flagellés pour assimiler la cellulose (2).

2.1.4 Le parasitisme

C'est une association étroite entre deux êtres vivants qui est bénéfique pour le parasite mais nocive pour l'hôte. À la différence de la prédation qui est instantanée et où le prédateur tue sa proie, le parasitisme est une relation qui s'inscrit dans la durée.

2.2 Définition d'un parasite

Un parasite est défini comme un être vivant eucaryote animal ou champignon (règne des Fungi) qui, pendant une partie ou la totalité de son existence, vit aux dépens d'autres êtres vivants organisés (appelés hôtes) qui sont également des organismes eucaryotes et envers qui le parasite exerce une action nocive (1). Il peut s'établir à l'intérieur de son hôte et l'on dit que c'est un endoparasite, tel l'ascaris dans le tube digestif de l'Homme (3). On dit que c'est un ectoparasite s'il se développe sur les téguments externes de son hôte ou s'y pose pour s'y nourrir (exemple : puces, moustiques).

Les parasites peuvent être qualifiés de permanents lorsque leur existence entière se déroule dans un ou plusieurs hôtes (exemple : ténias) ; de temporaires lorsqu'ils partagent leur vie entre un mode de vie libre dans l'environnement et un mode de vie parasitaire (exemple : douves) ; et de facultatifs, lorsqu'ils ont une vie saprophytique mais occasionnellement parasitaire (exemple : champignons du genre *Aspergillus*) (1).

On distingue plusieurs types d'hôtes selon que la colonisation par le parasite est définitive ou transitoire (3) :

- L'hôte définitif : il héberge les formes adultes ou sexuées du parasite.
- L'hôte intermédiaire : à l'intérieur duquel les formes larvaires ou asexuées vont se transformer en forme infestante pour l'hôte définitif.

L'hôte intermédiaire peut être « actif » : il est alors qualifié de vecteur car il transmet activement le parasite à l'hôte définitif. La glossine ou le phlébotome (respectivement impliqués dans la transmission de la trypanosomose africaine et de la leishmaniose) sont deux exemples d'hôtes intermédiaires vecteurs.

L'hôte intermédiaire peut aussi être « passif » : il abrite alors la forme infestante jusqu'à une transmission accidentelle chez l'hôte définitif, par ingestion (exemple : poissons) ou par diffusion dans l'environnement (exemple : mollusques) (4).

2.3 Modes d'infestation

Il existe plusieurs façons pour le parasite d'infester son hôte.

Ainsi, on retrouve dans la nature des formes infestantes libres qui peuvent contaminer l'hôte par différentes voies : la voie buccale, trophique (exemple : douves), la voie transcutanée (exemple : schistosomes), la voie aérienne (exemple : spores de champignons), la voie sexuelle (exemple : *Trichomonas vaginalis*).

La transmission du parasite à l'hôte définitif peut aussi s'effectuer via un hôte intermédiaire passif ou actif.

Taenia spp. se transmet par exemple par voie buccale après ingestion par l'Homme de viande de bœuf ou de porc insuffisamment cuite ; ces animaux sont des hôtes intermédiaires passifs.

Le vecteur transmet le parasite à l'hôte définitif par piquûre ou bien au moyen de ses déjections (exemple : déjection de punaise pour la maladie de Chagas).

Enfin, l'infestation peut aussi avoir lieu par voie transplacentaire (exemple : contamination mère-enfant en cas de toxoplasmose), par transfusion sanguine ou lors d'une greffe d'organe parasité (exemple : paludisme).

Afin d'assurer la pérennité de sa propre espèce, le parasite est amené à subir des transformations, à adopter des voies évolutives parfois extrêmement complexes : c'est le cycle parasitaire.

L'existence d'un réservoir de parasites est nécessaire (qui peut être un Homme malade ou porteur sain, un réservoir animal ou tellurique), ainsi que la présence éventuelle d'un ou plusieurs hôtes intermédiaires ou vecteurs pour assurer la transformation et la pénétration du parasite chez l'Homme.

Les cycles parasitaires peuvent être indirects ou directs.

Dans le cas d'un cycle direct, l'intégralité du cycle se déroule chez un seul hôte, par exemple l'Homme. En revanche, si un cycle est indirect, le parasite passe par plusieurs hôtes intermédiaires ou vecteurs successifs. Par exemple, le cycle d'*Ascaris lumbricoides* est direct, faisant seulement intervenir l'Homme, tandis que celui de *Plasmodium falciparum* est indirect, faisant successivement intervenir l'Homme et l'anophèle.

Lorsqu'un cycle est direct, on fait la différence entre cycle direct "court", lorsque le parasite est directement infestant dès sa sortie de l'hôte, et cycle direct "long", lorsque le parasite doit subir une étape de maturation dans le milieu extérieur avant de parvenir au stade infestant, il peut par exemple s'agir d'une étape d'embryonnement (pour un œuf) ou d'une phase de maturation larvaire (exemple : larves d'*Ascaris*) (3).

2.4 Modes d'action

Une fois l'hôte infesté par le parasite, l'équilibre qui assure sa survie est fragile, dépendant à la fois du parasite et des défenses de l'hôte.

L'objectif du parasite est l'exploitation de l'hôte, sur lequel il exerce un effet négatif. Pour cela il possède plusieurs mécanismes d'action possibles (certains parasites combinent plusieurs de ces actions) (1, 4, 5) :

2.4.1 L'action spoliatrice

Un parasite qui vit aux dépens de son hôte est par définition spoliateur. Le prélèvement direct de nourriture à partir de la matière vivante de l'hôte représente l'expression la plus évidente de cette spoliation. Plus les parasites sont nombreux, plus la spoliation est importante.

Exemple : perte sanguine par hémolyse (hématozoaires dans le cas du paludisme).

2.4.2 L'action mécanique, traumatique

C'est un mode d'action fréquent dont les conséquences varient en fonction de la taille des parasites et de leur localisation. Cette action peut être microscopique (telle que

dans le cas d'une atteinte des cellules de la rétine par le toxoplasme) ou macroscopique (par exemple dans le cas d'une occlusion intestinale par des ascaris).

Un parasite qui perfore une muqueuse ou le revêtement cutané peut générer une porte d'entrée microbienne, pouvant entraîner une septicémie (exemples : amibes intestinales et abcès amibiens).

2.4.3 L'action irritative

Elle peut être réflexe, comme par exemple lors de diarrhées et spasmes de l'intestin agressé.

2.4.4 L'action toxique

Elle peut être due à l'émission de produits toxiques d'arthropodes au niveau du site de la piqûre, ou à l'émission de produits métabolisés par le parasite qui peuvent avoir de multiples actions:

- Allergisantes.
- Anaphylactiques.
- Histolytiques (exemple : amibes nécrosantes).
- Hémolytiques (exemple : paludisme).
- Nécrotiques (exemple : tiques).

2.4.5 L'action infectieuse

Cette action est observée en cas de coexistence entre un parasite et une bactérie.

Exemple : le couple bilharzies-salmonelles où la salmonelle enchâssée dans le schistosome échappe à la thérapie curative.

2.4.6 L'action immunodépressive

C'est celle de tout corps étranger qui pénètre un corps qui va alors se défendre.

2.5 Classification, Diversité, Spécificité

2.5.1 Classification

2.5.1.1 *Classification « biologique et morphologique »*

Biologiquement et morphologiquement, on classe les parasites en quatre grands groupes (1).

2.5.1.1.1 Les protozoaires

Ce sont des êtres unicellulaires hétérotrophes qui ont la capacité de se mouvoir grâce à des pseudopodes (rhizopodes), des flagelles, une membrane ondulante ou des cils. Ils sont mobiles ou enkystés, intra ou extracellulaires, et leur cycle passe ou non par une forme sexuée.

2.5.1.1.2 Les helminthes ou vers

Ce sont des métazoaires, des êtres pluricellulaires possédant des tissus différenciés. Ils peuvent adopter plusieurs stades morphologiques : adultes des deux sexes, adultes parthénogénétiques, formes larvaires, stades embryonnaires ou ovulaires.

2.5.1.1.3 Les arthropodes

Ce sont des métazoaires qui peuvent se présenter sous forme adulte (imago mâle ou femelle), œuf, larve et nymphe.

2.5.1.1.4 Les Fungi ou micromycètes

Ils constituent un règne à part entière. Ce sont des champignons microscopiques qui peuvent être identifiés soit sous forme de spores isolées ou regroupées soit sous forme de filaments libres ou tissulaires.

2.5.1.2 *Classification phylogénétique*

La classification des organismes telle que présentée dans la partie précédente est en fait erronée d'un point de vue phylogénétique. En effet, de nombreux taxons ne

répondent pas aux caractéristiques de l'approche cladistique. Ainsi, des remaniements de la classification ont été effectués lors des dernières décennies et les grandes lignes de la classification phylogénétique sont représentées sur la Figure 1 et le Tableau 1.

Adl et al. (6) ont proposé une classification très détaillée des Eucaryotes qui n'est pas reportée ici du fait de sa "taille".

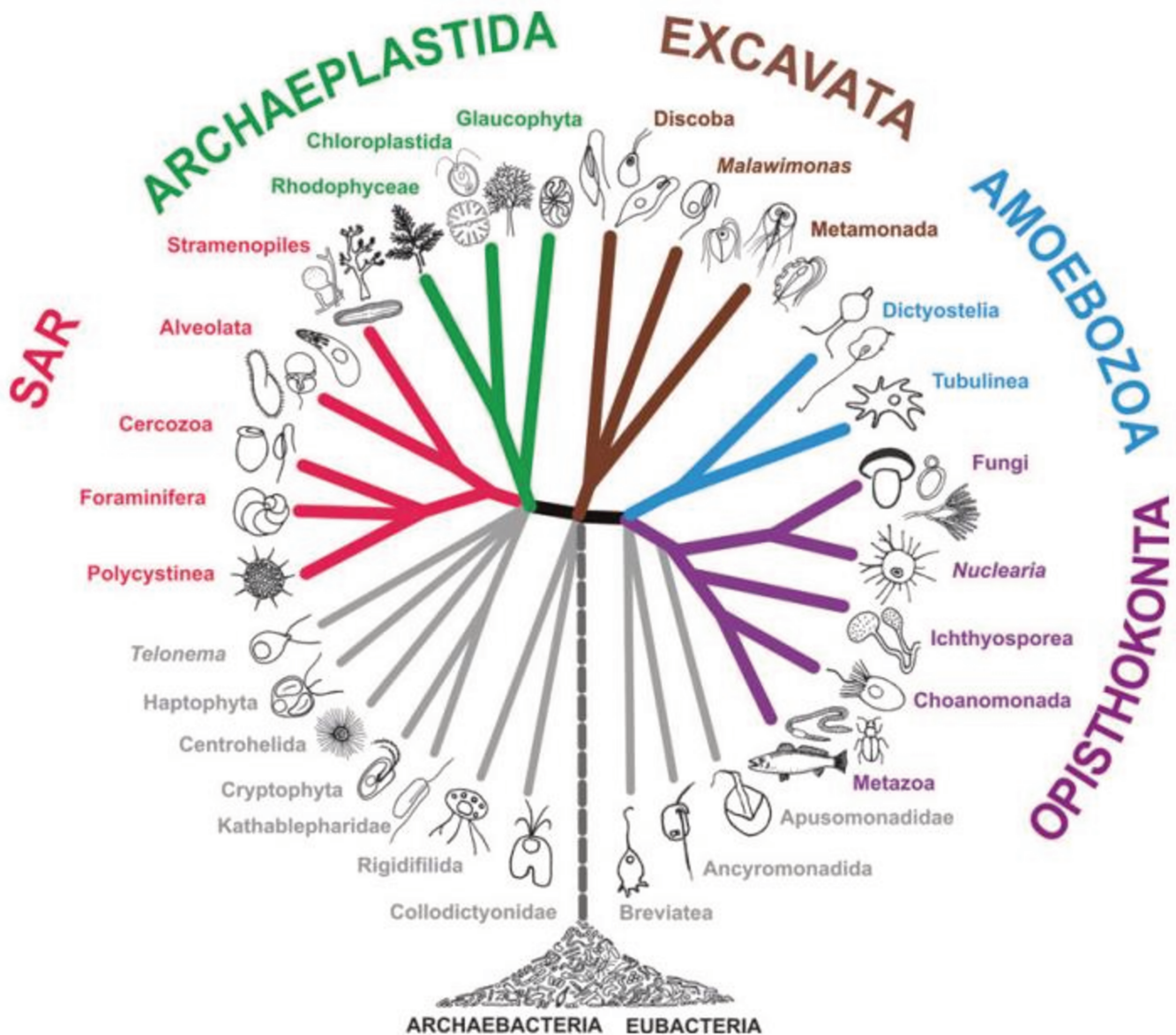


Figure 1 Classification phylogénétique des eucaryotes proposée par Burki et al. en 2008 (2).

Tableau 1 Classification des eucaryotes au plus haut niveau proposée par Adl et al. en 2012 (6).

	Super-groups	Examples
Eukaryota	Amoebozoa	Tubulinea Mycetozoa
	Amorphea	Opisthokonta
		Fungi Choanomonada Metazoa
		Apusomonada
		Breviata
	Excavata	Metamonada Malawimonas Discoba
	Diaphoretickes	Cryptophyceae
		Centrohelida
		Telonemia
		Haptophyta
	Sar	Cercozoa Foraminifera "Radiolaria"
		Alveolata
		Stramenopiles
	Archaeplastida	Glaucophyta Rhodophyceae Chloroplastida
	Incertae sedis Eukaryota	Incertae sedis, and table 3

Le Tableau 1 reprend la classification de la Figure 1 et introduit deux nouveaux assemblages de niveau supérieur de taxons : Amorphea (du grec a « sans » et morphe « forme ») et Diaphoretickes (du grec diaphoretikés « divers »).

Incertae sedis « de siège incertain » désigne un taxon dont la position dans la classification n'est pas encore totalement définie. Les organismes qui le composent sont listés dans l'Annexe 1.

2.5.2 Diversité

Les parasites sont extrêmement variés, de part leur morphologie mais aussi leur biologie (mobilité, reproduction, métabolisme), et ce parfois même au sein de la même famille (1).

La taille d'un parasite peut en effet varier de 10 mètres voire plus (*Tænia*) à environ un micromètre (*Plasmodium*), et leur recherche peut ainsi être assurée soit à l'œil nu soit nécessiter une loupe ou un microscope.

Les stades parasitaires successifs d'une espèce parasite donnée peuvent prendre différentes formes morphologiques selon qu'ils évoluent dans le milieu extérieur, chez l'hôte intermédiaire ou chez l'hôte définitif.

En effet selon le stade de développement, ces stades morphologiques peuvent être macroscopiques ou microscopiques, intracellulaires ou extracellulaires, sous forme adulte ou sous forme larvaire, etc.

2.5.3 Spécificité

Les parasites sont plus ou moins étroitement liés à leur hôte.

La spécificité parasitaire est définie comme la propriété dont sont doués certaines espèces parasites de ne pouvoir s'adapter qu'à certaines espèces hôtes rigoureusement définies et sélectionnées, chez lesquelles elles peuvent vivre et se reproduire. Ces espèces hôtes forment le « spectre d'hôte » du parasite (5).

Elle est stricte, oïoxène, quand une étape du cycle parasitaire ne peut se faire que chez une seule espèce hôte. Exemple : *T. saginata* et *T. solium*, adultes chez l'Homme. *Plasmodium falciparum*, chez l'Homme dans sa phase aséxuée.

Elle est étroite, sténoxène, quand le parasite accepte des hôtes directement apparentés pour effectuer une étape donnée de son cycle. Exemple : le cestode, *Echinococcus granulosus* adulte, parasite les canidés.

Elle est large, euryxène, quand le parasite réalise une étape de son cycle chez de nombreux hôtes dont la ressemblance est plus écologique que systématique. Exemple : la larve hydatide de *Echinococcus granulosus*, chez certains herbivores et l'Homme.

2.6 Principales ectoparasitoses cutanées (7, 8)

Les parasitoses cutanées sont principalement dues à des arthropodes. Ce sont des animaux invertébrés, à squelettes externes rigides et à corps segmentés dont les membres sont composés d'articles.

On distingue les insectes (adultes comportant tête, thorax, abdomen, trois paires de pattes) des acariens (adultes ayant un corps globuleux non segmenté et quatre paires de pattes).

Ces organismes ont un comportement parasite en se nourrissant directement chez l'Homme, de façon temporaire ou permanente.

Ils peuvent assurer la transmission d'un pathogène d'un hôte à un autre (vecteurs) ou être simplement responsable de lésions cutanées (nuisants), souvent prurigineuses et au diagnostic parfois difficile.

Les ectoparasitoses les plus couramment retrouvées chez l'Homme sont listées dans le Tableau 2 suivant.

Tableau 2 Principales ectoparasitoses cutanées *chez l'Homme*.

Ectoparasitoses	Agents en cause	
Thrombiculose	Trombicula autumnalis	
Démodécidose	Demodex folliculorum Demodex brevis	Demodex
Pédiculoses	Pediculus humanus var capitis	Pou de la tête
	Pediculus humanus var Corporis	Pou du corps
Phtirose	Phtirus pubis	Pou de poil
Pulicose	Pullex irritans	Puce de l'Homme
	Ctenocephalides felis Xenopsylla cheopis	Puce du chat Puce du rat
Morsures de punaises de lit	Cimex lectularius	Punaise de zone tempérée
	Cimex hemipterus	Punaise de zone tropicale
Scabiose (gale humaine)	Sarcoptes scabiei var hominis	Sarcopte
Morsure de Tique	Ixodidae	« Tiques dures »
	Argasidae	« Tiques molles »

3 Le délire d'infestation cutanée

3.1 Historique

En 1889, Valentin Magnan, psychiatre français exerçant à l'hôpital Saint-Anne de Paris, décrit chez trois patients cocaïnomanes des hallucinations de la sensibilité générale, qui ont pour caractère particulier de faire naître la sensation d'un corps étranger sous la peau. Les patients vont jusqu'à se mutiler, dans le but de retirer cristaux de cocaïne, microbes ou petits vers présents selon eux sous la peau (9).

En 1894, le dermatologue français George Thibierge réalise la première description historique d'un tableau clinique de délire d'infestation (10). Thibierge utilise le terme d'« acarophobes » pour décrire des patients convaincus à tort d'avoir la gale.

En 1896, un autre dermatologue français du nom de Perrin parle lui de « névrodermies parasitophobiques », dans son étude décrivant des patients ayant la conviction d'être sujets à une infestation parasitaire (11).

Thibierge et Perrin emploient tous les deux le terme inadapté de « phobie », qui à l'époque ne faisait pas référence au symptôme névrotique tel qu'on le conçoit de nos jours mais qui avait une signification plus générale et était utilisé pour désigner différentes formes d'idées anormales regroupées sous l'appellation d'« idées fixes » (12).

En 1928, le psychiatre MacNamara publie cinq cas cliniques de patients malades, et décrit « les hallucinations » cutanées et visuelles comme une des caractéristiques principales de ce syndrome (13).

C'est en 1938 que le psychiatre suédois Karl Axel Ekbom publie une étude regroupant tous les cas de délire parasitaire précédemment publiés auxquels il ajoute sept cas tirés de ses observations personnelles. Il utilise le terme « délire d'infestation présénile » pour décrire la pathologie (14).

Ekbom souligne l'évolution insidieuse, l'analogie avec la paranoïa et l'hypochondrie délirante, mais pour lui cela ne s'apparente pas à une phobie; les patients n'ont pas peur d'avoir des parasites sous la peau, ils en sont certains. Contrairement à MacNamara, Ekbom suggère qu'il ne s'agit pas d'hallucinations tactiles mais de perceptions sensorielles réelles dues à une paresthésie présénile, interprétées de manière délirante.

Son nom est souvent employé pour évoquer la pathologie, même s'il peut être source de confusion, « Ekbom » faisant aussi référence au syndrome des jambes sans repos. Le syndrome des jambes sans repos (SJSR) est un trouble chronique caractérisé par un besoin impérieux (urgent et irrésistible) de bouger les jambes, associé à des sensations désagréables au niveau des membres inférieurs (picotements, tiraillements, fourmillements, impression de « décharge électrique », douleur).

En 1946, Wilson et Miller réexaminent eux aussi tous les cas répertoriés, ils en ajoutent six de plus et décrivent ainsi quatre étiologies différentes : intoxication, schizophrénie, dépression de la personne âgée, et troubles délirants/paranoïaques. Ils font apparaître le terme de « délire de parasitose » (de l'anglais « delusional parasitosis »), qui deviendra ensuite le terme le plus souvent employé dans la littérature (15).

Depuis, on préfère parler de « délire d'infestation », nom qui ne se réfère plus à une seule espèce mais qui couvre tous les types d'agents pathogènes imaginaires, y compris les formes émergentes, en se référant au terme générique d'"infestation" (16).

En 1978, Alistair Munro rattache les symptômes du délire d'infestation à un groupe de troubles psychotiques appelés « psychose monosymptomatique hypocondriaque ». De plus, il montre que le pimozide (antipsychotique neuroleptique) peut être un traitement efficace (17). En 1994, une étude indienne montre que l'utilisation d'antipsychotiques autres que le pimozide mais aussi de l'électro-convulsivothérapie peut s'avérer tout aussi efficace (18).

Depuis le début du XXI^e siècle, plusieurs études se sont intéressées à l'usage d'antipsychotiques de deuxième génération dans le traitement du délire d'infestation (19, 20).

En 2008, Freudenmann et Lepping ont proposé un nouveau protocole pour le diagnostic et le traitement du délire d'infestation (21). Ils ont publié en 2009 une étude résumant les connaissances actuelles sur le délire d'infestation (22).

Au début des années 2010, plusieurs publications centrées sur les patients se sont intéressées notamment à leur prise en charge ainsi qu'à la difficulté d'établir un diagnostic (23, 24).

Bien que le délire d'infestation soit connu depuis maintenant plus de cent ans, les travaux de recherche n'ont pas encore permis d'aboutir à des conclusions formelles. De nos jours, les études les plus récentes ont pour sujets :

- l'étiologie du délire d'infestation (25, 26, 27).
- le diagnostic du délire d'infestation (28, 29).
- la prise en charge clinique et le traitement des patients atteints de délire d'infestation. (29, 30).
- les effets des antipsychotiques dans le délire d'infestation (31, 32).

3.2 Définition

Le délire d'infestation cutanée est une pathologie rare, dans laquelle le patient a la conviction inébranlable et erronée d'être infesté par des pathogènes qui grouillent sur ou sous la peau, et ce malgré l'absence de preuve médicale (22, 33, 34).

Les patients atteints expérimentent des sensations de morsures, de piqûres ou de rampement en absence de preuve d'infestation (28, 30). Comme dans n'importe quel autre trouble délirant, les patients n'ont pas conscience de l'origine psychiatrique de leurs croyances et ne doutent pas de la réalité de leurs convictions (28).

Il existe deux formes de délire d'infestation, selon l'existence ou non une cause sous-jacente.

La forme primaire ou forme « pure » est caractérisée par un trouble délirant monosymptomatique sans aucun trouble psychopathologique associé, le patient étant tout à fait rationnel sauf au sujet de l'infestation (22, 35, 36).

La forme secondaire se traduit par l'expression du délire à la suite d'une pathologie sous-jacente, d'origine psychiatrique, neurologique, générale ou toxique (32, 37).

Freudenmann et Lepping ont décrit quatre profils de patients typiques (22) :

- Une femme d'âge mûr, ayant peu de contact social, pas d'historique psychiatrique et présentant des fonctions cognitives et sociales normales.
- Un patient atteint de plusieurs morbidités dont une démence avec de possibles troubles visuels et/ou auditifs, qui développe graduellement des symptômes du délire d'infestation en plus d'idées paranoïaques associées, comme le fait d'être

persécuté ou volé (le délire d'infestation et la paranoïa sont secondaires à la démence).

- Un patient âgé, atteint d'encéphalopathie vasculaire et atrophie corticale (avec ou sans démence) et qui développe des symptômes du délire d'infestation à cause d'un trouble cérébral.
- Un jeune homme présentant des symptômes de délire d'infestation soudains et transitoires, à la suite d'une consommation de THC (delta-9-tetrahydrocannabinol), d'amphétamines ou de cocaïne.

3.3 Épidémiologie

Le délire d'infestation est généralement considéré comme rare, en particulier par les psychiatres plutôt que par les dermatologues. En effet, les patients consultant davantage ces derniers, les psychiatres ont tendance à sous-estimer le nombre de cas (22).

Jusque dans les années 2010, les enquêtes épidémiologiques portant sur un nombre important de patients étaient rares et la littérature s'appuyait notamment sur les travaux de Trabert, Skott et Lyell datant respectivement de 1978, 1983 et 1995 (22).

Des chiffres plus récents sont désormais disponibles, issus de plusieurs publications de 2012 (38, 39), 2016 (28) et 2018 (40).

3.3.1 Âge

Le délire d'infestation est principalement retrouvé chez les personnes d'âge moyen ainsi que les personnes âgées (22).

Le patient le plus jeune connu est de 9 ans, le plus âgé est de 92 ans (28).

Dans la méta-analyse portant sur plus de 1200 cas menée par Trabert (35), l'âge moyen au premier examen est de 57,02 ($\pm 14,6$) ans. Les patients hommes étaient plus jeunes que les femmes de 3,2 ans.

Pour Skott, l'âge moyen du début des troubles est de 64 ans (36).

Ce chiffre diffère peu de celui évoqué par des articles de 2012 (38), 2016 (28) et 2018 (40) qui indiquent, lors du diagnostic du délire d'infestation, des âges moyens respectifs de 61ans, 61,4 ans et 64,5 ans.

L'analyse statistique menée par l'hôpital Mayo (38) trouve un âge moyen de 57 ans, ce qui est en accord avec les résultats de Trabert.

3.3.2 Sex-ratio

La majorité des études montrent que le délire d'infestation touche davantage les femmes que les hommes.

Au cours d'une étude portant sur 282 cas, Lyell a observé un sex-ratio de deux femmes atteintes pour un homme en moyenne, le ratio étant de 1:1 avant 50 ans et de 3:1 après 50 ans (41).

Trabert indique de son côté un ratio de 2,36:1 et celui de Skott est de 2,8:1 (35, 36).

Les données récentes sont cohérentes avec les plus anciennes.

Les données relatives à l'hôpital Mayo indiquent un sex-ratio de 2,89:1 (38).

Enfin, Vulink met en évidence une distribution équivalente entre hommes et femmes avant 50 ans et 2,5 fois plus de femmes que d'hommes après 50 ans (28).

3.3.3 Incidence et prévalence

Trabert a mené en Allemagne deux enquêtes épidémiologiques dans les années 90 (42, 43):

- L'une regroupait les données issues de tous les services de psychiatrie, neurologie, gériatrie et dermatologie, ainsi que des services de santé publique sur l'année 1988. Au total 1015 institutions ont été sollicitées, et 341 ont répondu et participé.
- L'autre était complémentaire et sollicitait des cabinets privés.

Les résultats obtenus ont permis de calculer une prévalence de 5,58 cas pour 1 million d'habitants dans les services de soins publics, contre 83,23 cas pour 1 million d'habitants dans les cabinets privés.

Ces chiffres suggèrent que les patients atteints préfèrent consulter en dehors du contexte hospitalier, et qu'ils consultent possiblement plusieurs médecins différents.

Les taux d'incidence annuels estimés étaient respectivement de 2,37 et 17 pour un million d'habitants.

Ces données sont difficiles à comparer avec les données actuelles à cause d'un manque de données épidémiologiques à grande échelle (28).

Cependant une étude américaine menée à grande échelle dans le comté d'Olmsted a été publiée en 2014 (44).

Le taux d'incidence annuel donné était de 1,9 pour 100 000 personnes, soit 19 pour un million.

Cette publication précise que l'incidence augmente à travers l'espérance de vie, en particulier après l'âge de 40 ans, et qu'elle a tendance à augmenter dans la population générale au cours des 40 dernières années (durée de l'étude).

De plus, le délire d'infestation paraît plus répandu qu'auparavant (comparaison avec les résultats précédents de Trabert). On peut en partie expliquer cette augmentation en faisant l'hypothèse que ce n'est pas le nombre de cas de délire d'infestation qui a augmenté, mais le nombre de cas détectés et diagnostiqués. En effet de nos jours le syndrome est beaucoup plus documenté dans la littérature et donc connu par les praticiens.

3.3.4 Durée

L'évolution clinique de la maladie est très variable, notamment selon qu'il s'agit d'une forme primaire ou secondaire (cf paragraphes suivants). Cette évolution peut être épisodique ou chronique (36).

La forme primaire a un début insidieux et une évolution chronique, habituellement sur plusieurs années.

La forme secondaire résultant d'intoxication est aiguë et ne dure que quelques heures, jours ou semaines.

Une évolution chronique de la forme secondaire peut cependant être retrouvée pour les formes secondaires dues à une dépression sévère (22).

Parmi les différentes formes du délire d'infestation, la durée moyenne de la maladie est de 3 ans entre le début des symptômes et le diagnostic (35).

3.3.5 Caractéristiques sociales et mode de vie

Selon Lyell, un dermatologue a décrit ses patients atteints de délire d'infestation comme plutôt intelligents, ayant souvent une personnalité étrange (41).

Beaucoup de patients ont un bon niveau d'instruction (29).

La plupart des patients sont isolés socialement, au moins 47% vivent seuls.

69,7% d'entre eux sont célibataires, divorcés ou veufs (ce chiffre descend à 44% dans l'étude de Foster et collaborateurs (38)).

Il n'est pas évident de déterminer si l'isolement social est une cause ou une conséquence du délire d'infestation.

D'autres études s'intéressant au sujet ont montré que l'isolement peut être un facteur de risque préexistant (22).

3.4 Symptômes

Les deux principaux symptômes, considérés comme un critère minimal d'atteinte par le délire d'infestation cutanée sont (22, 45) :

- Une conviction d'être infesté par des agents pathogènes, sans preuve médicale ou microbiologique.
- Des sensations cutanées anormales expliquées par le premier critère.

Toutes les parties du corps peuvent être concernées, les sensations sont localisées sous, dans ou sur la peau.

On distingue aussi de nombreux symptômes associés qui seront abordés dans les paragraphes ci-après.

3.4.1 Hygiène, auto-thérapie et blessure

Environ 80% des patients adoptent une méthode compulsive (41), intensive et parfois dangereuse de nettoyage pour se débarrasser de l'espèce parasite qu'ils sont convaincus de porter (14) ; des changements et lavages répétés des vêtements et du linge de lit, plusieurs désinfections par jour de toute la maison sont ainsi rapportés. Le rituel peut durer plusieurs jours et être confondu avec un trouble obsessionnel compulsif (22).

Les patients peuvent aller jusqu'à se blesser en cherchant à « extraire » le pathogène : arrachement de la peau avec les ongles, incision au scalpel, emploi de produits corrosifs... (41, 36, 43, 46).

Les lésions peuvent être nombreuses et profondes (Figure 2).



Figure 2 Lésions produites par une patiente souffrant de délire d'infestation cutanée en tentant de retirer les « insectes » présents sous sa peau (23).

3.4.2 Signes du spécimen

Le signe du spécimen est un symptôme caractéristique. Le patient apporte lors de la consultation une « preuve », le plus souvent dans une boîte d'allumettes, un morceau de papier ou de plastique, de ce qu'il considère être le parasite dont il est infesté (16).

Généralement, la « preuve » consiste en un morceau de peau, une croûte, un cheveu, un morceau de vêtement, de la poussière ou du sable (22).

Perrin en 1896 avait déjà décrit ce signe comme caractéristique (11), il est aussi connu sous le nom de « signe de la boîte d'allumette ».

Des publications plus récentes font mention de récipients très variés, comme des enveloppes, des pots de prélèvement pour urine, des boîtes de pétri, des morceaux de tissus ou encore du ruban adhésif (39, 47, 48).

3.4.3 Doctor hopping

Ce terme anglais traduit la démarche du patient de passer d'un praticien à un autre. En effet, il se sent incompris devant l'absence de résultat et de diagnostic établi après que les différents tests dermatologiques et microbiologiques se soient révélés négatifs.

Cependant, les patients demandent avant tout un traitement et non un diagnostic dont ils ont déjà connaissance.

Ils consultent le plus souvent un dermatologue et refusent de consulter un psychiatre, ne croyant pas être sujet à une maladie psychiatrique (22, 29, 30).

Certains patients deviennent de plus en plus désespérés dans l'attente d'un traitement et développent des symptômes de dépression. Le patient développe souvent une dépression secondaire au cours de l'évolution du délire d'infestation (22). Des idées suicidaires, tentatives de suicide et suicides sont parfois rapportés (16, 28, 49).

3.4.4 Atteinte de l'entourage

Dans certains cas, le malade est persuadé que son entourage est également infesté, il peut s'agir des amis, de la famille, des contacts, et même de son animal domestique : MacNamara décrit une patiente qui passe son temps à nettoyer son chien, persuadée qu'il a des poux (13).

Il est aussi possible que le délire soit partagé par un proche du malade, on parle dans ce cas de « trouble délirant partagé » ou « trouble psychotique partagé » (SPD en anglais pour Shared Psychotic Disorder). Les croyances délirantes d'une première personne sont adoptées par une ou plusieurs personnes. On parle alors également de « folie à deux » (13, 35, 36, 41).

3.4.5 Localisation de l'infestation

Les localisations les plus fréquentes de l'infestation sont la peau des mains, des bras, des pieds, du bas des jambes, du cuir chevelu, du haut du dos et de la poitrine ainsi que des organes génitaux.

Les orifices du corps comme le nez, les oreilles, la bouche, l'anus et le tractus gastro-intestinal sont souvent "atteints", principalement chez les personnes âgées (22).

Dans de très rares cas, des atteintes des yeux ou du corps entier ont été décrites.

La plupart des patients rapportent que les agents pathogènes sont « sur » la peau (43%), tandis que les descriptions plus profondes, « dans » ou « sous » la peau, sont moins fréquentes (20% chacune) (43).

3.4.6 Autres symptômes associés

D'autres symptômes, psychotiques ou non psychotiques peuvent être retrouvés. Cependant, les autres symptômes psychotiques sont rares chez les patients atteints de délire d'infestation. Il peut s'agir d'hallucinations visuelles, olfactives ou auditives (22).

Dans le cas d'un délire d'infestation de forme secondaire, le trouble délirant émerge d'un autre trouble majeur médical, neurologique ou psychiatrique. Il s'agit le plus souvent de schizophrénie, démence, dépression, diabète, neuropathies et troubles cardiovasculaires. De nombreux patients atteints de délire d'infestation souffrent de troubles psychiatriques coexistants ou sous-jacents (29).

Dans une étude américaine portant sur 147 patients, 81% des patients atteints avaient un historique d'une ou plusieurs maladies psychiatriques (38).

3.5 Etiologie et diagnostic

3.5.1 Etiologie

Avant d'affirmer qu'un individu souffre du délire d'infestation cutanée, il est essentiel d'écarter toute autre cause sous-jacente qui pourrait être à l'origine des symptômes (22, 23, 28, 50) :

- Une infestation réelle due à un parasite (parasitose) ;
- Une pathologie générale responsable d'un prurit chronique (pathologie d'ordre dermatologique, hépatique, rénale, hématologique, endocrinologique, neurologique) ;
- Un prurit sénile ou psychogène ;
- Un prurit médicamenteux ;
- Une grossesse ;
- Une schizophrénie ;
- Une dépression ;
- Une démence
- Un trouble obsessionnel compulsif (TOC) ;
- Une trichotillomanie ;
- Une hypochondrie ;
- Une dermatite artefacta ;
- Une psychose toxique (notamment par amphétamine, cocaïne ou cannabis).

D'après Munro, la forme primaire serait une forme de psychose hypochondriaque monosymptomatique (17). Diverses intoxications pourraient en être la cause (alcool, cocaïne, datura, belladone, etc.) (33). Une carence en vitamine B pourrait aussi être

responsable (50). Toutefois, le délire d'infestation peut être de forme secondaire et fait suite dans ce cas à l'une des pathologies précédemment listées.

Le tableau clinique, qu'elle qu'en soit l'étiologie, est aggravé par les perturbations sensorielles liées à l'âge (50).

La collaboration entre dermatologues, entomologistes et parasitologues est d'une importance primordiale pour exclure toute infestation réelle possible.

Si le diagnostic est incertain, le fait de suggérer que les symptômes sont causés par des ectoparasites, ou par une maladie rare ou exotique risque seulement de renforcer la conviction du patient que son problème est réel. Il est plus important de traiter les patients avec empathie, leur permettant d'exprimer leur détresse sans être stigmatisés (29).

Dans la littérature, quelques cas de délire d'infestation cutanée secondaires à l'utilisation d'inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (IRS) ont été rapportés. Ainsi chez un patient atteint du syndrome d'Ekbom, une étiologie médicamenteuse doit être recherchée, notamment si il y a eu une prescription récente d'un IRS (51).

3.5.2 Diagnostic

Freudenmann et Lepping ont schématisé en 2009 une procédure diagnostique type dans le cas d'un délire d'infestation (Figure 3).

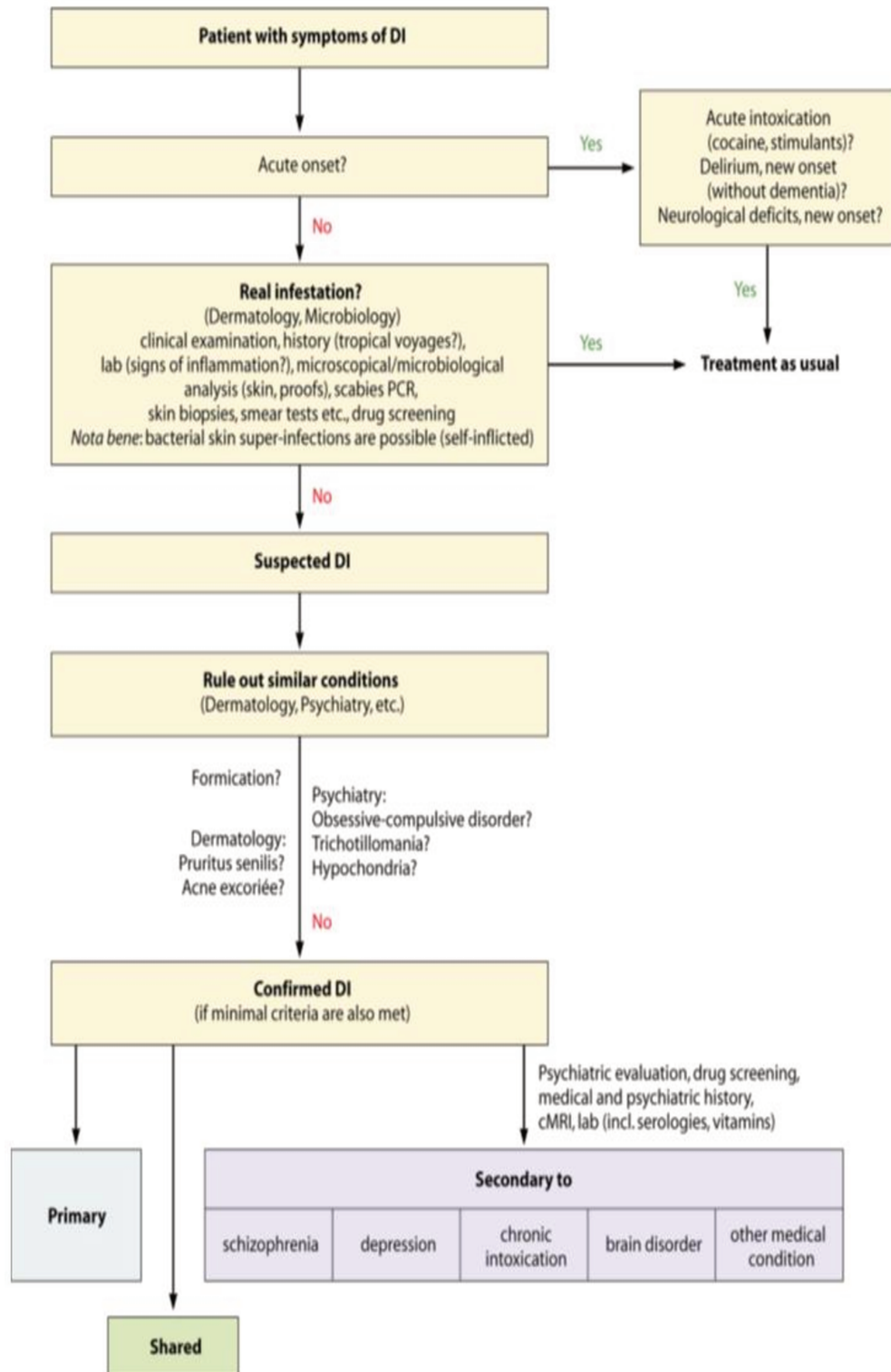


Figure 3 Principales étapes du diagnostic de délire d'infestation cutanée (22).

Cette procédure diagnostique comporte plusieurs étapes (33). Si un patient présente des symptômes du délire d'infestation cutanée, la première étape consiste à éliminer du diagnostic une infection aigüe ou une infestation réelle (exemple : en vérifiant si l'historique du patient montre un voyage dans une zone tropicale, en réalisant un examen clinique, des analyses microbiologiques, des biopsies cutanées). La deuxième étape sera d'éliminer toutes pathologies similaires (cf 3.5.1 Etiologie). En l'absence d'explication et si les critères minimaux d'atteintes sont présents, alors le diagnostic de délire d'infestation cutanée est confirmé. La troisième étape sera alors de préciser le type de délire : délire primaire, délire secondaire ou délire partagé.

Mumcuoglu et al. (29) ont publié en 2018 une liste de recommandations pour le diagnostic et le traitement, présentée dans le tableau ci-dessous.

Tableau 3 Recommandations pour le diagnostic et le traitement du délire d'infestation cutanée (29).

Allow sufficient time to obtain a careful history of the patient's distress
Ask whether there are other family members with the same symptoms or pet animals in the house
Inquire about recent trips to exotic/developing countries
Carefully examine the patient for any real parasitic infestation of dermatological ailment
Contact parasitologists, dermatologists, and psychiatrists when necessary
Treat patients with empathy, providing a place where they can express their distress without being stigmatized
Avoid words such as delusional, psychotic, psychologic, and psychiatric
Do not continuously contradict patients
Indicate that you are familiar with the problem and that you were able to help other patients; however, treatment took a while
Prescribe medications for the relief of symptoms such as pruritus, pain, and superinfections
Try to persuade the patient to ask for professional help due to a stressful life
In more severe cases, prescribe psychopharmacological medication
Do not give any anti-parasitic medication, not even a placebo, and suggest to the patient that this could help
Do not mention any possible diagnoses if you are not sure what is causing the symptoms

Parmi ces recommandations, l'empathie nécessaire du soignant envers le malade est soulignée. Il s'agit de prendre au sérieux sa détresse, de ne pas le stigmatiser. Les mots employés doivent être choisis avec soin : ne pas utiliser des mots comme « délire », « psychiatrique » etc. Il faut aller dans le sens du patient et ne pas le contredire continuellement. On préférera éviter de donner un diagnostic si l'on n'est pas sûr de la cause des symptômes.

3.6 Parasites impliqués

Les infestations décrites par les patients atteints de délire d'infestation sont très variées. Certains emploient des termes généraux comme « parasites », « insectes » ou « animaux » tandis que d'autres sont plus précis et décrivent la présence de « poux », de « vers », d'« acariens », de « gale », ou encore d'« araignées » etc. (16, 22). Dans de rares cas, des pathogènes tels que des « bactéries » ou des « virus » sont rapportés par le patient (47).

Les infestations peuvent aussi être dues selon les patients à de la matière inanimée, comme des « fibres », des « fils », des « brins », de la « poussière » ... (39, 46, 48).

Dans une étude rétrospective portant sur 385 cas, les patients ont rapporté les pathogènes suivants : les insectes (84%), les vers (14%), les bactéries (2%) et les champignons (1%) (22).

Les chiffres obtenus dans l'étude américaine menée à la clinique Mayo, regroupés dans deux publications (38, 48) et portant sur 147 patients sont les suivants: les insectes (79%) arrivent en premier, puis suivent les vers (27%), les fibres (20%), et enfin d'autres éléments tels que par exemple des points noirs, des points blancs, du duvet, du verre, etc. (31%). Certains patients prétendent être infestés par plusieurs pathogènes à la fois.

Une étude rétrospective européenne de 2012 regroupant 148 patients issus de 6 centres différents montre qu'un patient sur trois seulement emploie le terme de « parasites ». Si dans certains centres c'est le terme le plus fréquemment utilisé pour décrire le pathogène imaginaire, il n'est pas ou très peu utilisé dans les autres centres (39).

Selon les études, les espèces d'agents pathogènes imaginaires varient donc grandement.

Selon les patients, la couleur des pathogènes est souvent noire, grise ou blanche, mais toutes les couleurs sont possibles, par exemple couleur chair (22).

La source imaginaire la plus fréquente de l'infestation est une transmission interhumaine (50%), en particulier chez les gens revenant de voyage d'un pays en voie de développement (29) tandis que la transmission via les plantes, le jardin et le logement du patient (33%) ou les animaux domestiques (17%) est moins souvent mis en cause (22).

Afin de vérifier l'exactitude des affirmations des patients, des recherches complémentaires ont été menées dans plusieurs études, notamment en pratiquant une biopsie cutanée sur les patients ainsi qu'en analysant les différents pathogènes récoltés par le patient lui même et présentés au praticien comme preuve de l'infestation.

Les résultats montrent que ces pathogènes récoltés se révèlent être le plus souvent des morceaux de peau, de croûtes, des cheveux, des poils, du sang séché, des fibres textiles, de la poussière, mais en aucun cas des parasites ou autres pathogènes de l'Homme (39, 47, 48). Chez les patients atteints de délire d'infestation cutanée de l'étude Mayo (48), sur 80 biopsies de peau réalisées, aucune n'a permis de mettre en évidence une infestation cutanée.

3.7 Traitement

Le traitement de référence du délire d'infestation cutanée comporte deux grandes étapes : la construction d'une relation thérapeutique de confiance avec le patient puis l'utilisation de médicaments antipsychotiques.

Construire une telle relation avec un patient atteint du délire d'infestation peut s'avérer très difficile pour un médecin. En effet de nombreux patients ont un passif de mauvaises expériences avec d'autres médecins, ne se sentent pas pris au sérieux à propos de leur souffrance, et rejettent tout traitement ou diagnostic psychiatriques (28).

Koo et Patel proposent en 2015 une approche en trois étapes (30) :

- optimiser la première rencontre avec le patient ;
- construire la relation de confiance ;
- introduire le traitement antipsychotique.

Quelques stratégies d'approches complémentaires sont suggérées dans la littérature et peuvent être retrouvées dans le Tableau 2 précédemment traité (28, 29, 30). Il est souligné l'importance de construire une relation thérapeutique solide avec le patient.

Une fois la relation de confiance instaurée entre le thérapeute et le patient, l'étape suivante consiste à prescrire un traitement antipsychotique au patient.

Dans le passé, le pimozide (qui est un antipsychotique « typique » dit de « première génération ») était considéré comme le traitement de choix pour le délire d'infestation.

Toutefois, ce n'est plus le cas aujourd'hui car le pimozide, comparé aux antipsychotiques de « deuxième génération » ou « atypiques », est associé à un plus haut risque d'effets secondaires extra-pyramidaux, d'allongement de l'intervalle QT, et d'apparition du syndrome malin induit par traitement neuroleptique (28).

L'emploi d'antipsychotiques de « deuxième génération » tels que l'amisulpride, la rispéridone, l'olanzapine ou la quétiapine est préféré de nos jours (29).

Cependant, on peut s'interroger sur l'efficacité réelle des antipsychotiques chez les patients atteints de délire d'infestation. Jusqu'à maintenant, les études sérieuses et contrôlées traitant le sujet sont très peu nombreuses. Les études existantes montrent des résultats variables : la rémission après usage d'antipsychotiques est partielle ou complète, et est observée chez 50 à 90% des patients (28, 29).

Outre le traitement pharmacologique, il existe d'autres possibilités.

Chez quelques patients, l'électro-convulsivothérapie a montré des résultats bénéfiques (28). C'est une technique d'électrostimulation thérapeutique qui consiste à induire de manière répétée, chez un patient souffrant d'un trouble psychiatrique, des crises épileptiques contrôlées et de bonne qualité, afin d'obtenir des modifications neurophysiologiques permettant une réduction de la sévérité des symptômes et signes psychiatriques dans l'objectif d'une rémission clinique (52).

En France, l'hypnose est parfois utilisée pour accompagner les patients atteints de délire d'infestation.

4 L'hypnose

4.1 Historique

L'utilisation d'états de conscience modifiée à des fins thérapeutiques remonte aux origines de la Médecine (53). On retrouve cette pratique dans différentes cultures et civilisations ; chez les égyptiens (en -6000 avant JC avec les temples du sommeil), les romains, les grecs (par exemple à Delphes, où la Pythie rentrait dans un état de « transe » avant de questionner les Dieux)...La culture indoue, par la méditation profonde, accède à des pouvoirs curatifs. Dans un autre contexte, les rituels chamaniques sud-américains, inuits ou mongols induisent des altérations de conscience afin d'établir une communication avec l'au-delà (54).

Au 18^{ème} siècle, Franz Anton Mesmer (1734-1815), médecin, développe la théorie du « magnétisme animal ». Il propose l'hypothèse de l'existence d'un fluide magnétique circulant dans l'univers et dans le corps humain. Pour lui, les pathologies sont dues à une mauvaise circulation de ce fluide dans le corps du patient. Canaliser et rétablir l'équilibre du fluide chez les patients permettrait de les guérir. Diverses techniques peuvent être utilisées, comme l'imposition des mains, mais aussi le « sommeil magnétique ». Développé par un disciple de Mesmer, le marquis de Puységur, il s'agit d'un état de conscience modifiée induit par le soignant et assimilé à une forme de sommeil. Cette technique est alors utilisée à but anesthésique et en chirurgie. Au milieu du 19^{ème} siècle, un chirurgien écossais, James Esdaile, emploie cette méthode à large échelle à Calcutta, et rapporte une diminution de la mortalité post-opératoire de 45% à 5% en comparaison avec l'utilisation des méthodes classiques de l'époque comme l'opium ou l'alcool (54, 55).

C'est un autre chirurgien écossais, James Braid, qui popularise le terme d' « hypnose » en 1843, forgé en 1819 par le baron Etienne Félix d'Hénin de Cuvillers en référence au dieu grec du sommeil Hypnos. Braid rejette l'idée de fluide, et insiste sur l'importance de la fixation de l'attention sur un élément pour provoquer un état de léthargie, ainsi que l'utilisation de suggestions verbales.

L'invention du chloroforme en 1831 et de l'éther en 1846 donne un coup d'arrêt à l'usage chirurgical de l'hypnose.

Un Français, Jean-Martin Charcot (1825-1893), réalise des travaux sur l'hypnose et l'hystérie à la fin du 19^{ème} siècle. Mondialement reconnu, il permet à l'hypnose de

réinvestir le champ médical. Il considère que l'hypnose est un état pathologique associé à l'hystérie. Un autre courant est développé par Hippolyte Bernheim qui considère qu'il n'y a pas de lien entre hypnose et hystérie, l'hypnose est une méthode possédant certains effets thérapeutiques incontestables et où la suggestion joue un rôle très important (56).

Au 20^{ème} siècle, Milton Erickson (1901-1980), psychiatre américain, développe l'hypnose ericksonienne. Il met l'accent sur la relation entre le patient et le thérapeute et la suggestion indirecte. Selon lui, le patient a en lui les capacités nécessaires pour surmonter ses problèmes : l'hypnose lui permet d'en savoir plus sur lui même, de réorganiser ses croyances, et donc de se remettre en mouvement vers sa guérison (57). Le thérapeute joue le rôle d'accompagnateur, le but étant de mener le patient jusqu'à la pratique de l'autohypnose, où le patient est seul acteur de sa propre guérison. Ce courant s'oppose à l'hypnose dite classique, où l'hypnotiseur est directif, et suggère de façon directe le changement au patient.

En France, François Roustang (1923-2016), psychanalyste et hypnothérapeute a fortement contribué à l'essor de l'hypnose moderne en France.

En 2016, un état des lieux de l'utilisation de l'hypnose au sein des centres hospitaliers universitaires français (CHU) montre que tous pratiquent l'hypnoanalgésie (cf paragraphe 4.2 Définitions) et que deux tiers proposent l'hypnosédation. L'hypnothérapie est utilisée par 40% des CHU, mais les indications sont variées et encore non consensuelles. Il est cependant précisé qu'il faut « rester optimiste quant aux possibilités de prise en charge qu'elle pourrait offrir dans le traitement de certains troubles dont l'approche médicamenteuse est limitée et parfois même inopérante et dans l'impasse » (58).

4.2 Définitions

4.2.1 L'hypnose

Plusieurs définitions de l'hypnose existent selon les différents auteurs, en voici un aperçu.

En 1992, Jean Godin, importateur de l'hypnose ericksonienne en France, en donne la suivante : « Un mode de fonctionnement psychologique dans lequel un sujet, grâce à

l'intervention d'une autre personne, parvient à faire abstraction de la réalité environnante, tout en restant en relation avec l'accompagnateur » (59).

En 1994, la section 30 (division de l'hypnose psychologique) de l'Association Américaine de Psychologie (APA) propose une définition consensuelle de l'hypnose : « L'hypnose est une procédure durant laquelle un professionnel de la santé ou un chercheur suggère une modification dans l'expérience du sujet, du patient ou du client au niveau des sensations, perceptions, pensées ou comportement » (60).

Erickson présente lui l'état d'hypnose comme « un état de conscience particulier qui privilégie le fonctionnement inconscient par rapport au fonctionnement conscient » et ajoute que l'hypnose « est un état de conscience dans lequel vous présentez à votre sujet une communication, avec une compréhension et des idées, pour lui permettre d'utiliser cette compréhension et ces idées à l'intérieur de son propre répertoire d'apprentissages » (57).

Pour Antoine Bioy, professeur de psychologie clinique et psychopathologie à l'université Paris 8-Vincennes-Saint Denis, l'hypnose peut se définir comme « un état de fonctionnement psychologique par lequel un sujet, en relation avec un praticien, fait l'expérience d'un champ de conscience élargie. Cette définition implique que la pratique de l'hypnose recouvre deux dimensions : à la fois un état de conscience modifiée que l'on nomme état hypnotique mais aussi une relation singulière. » (61).

4.2.2 Hypnotisabilité et suggestibilité

La plupart des personnes sont « hypnotisables », dans le sens où l'état de conscience modifiée caractéristique peut être atteint par la plupart des individus à différents degrés (62). Cependant, la sensibilité à la suggestion varie grandement d'une personne à une autre. La suggestion se définit comme étant une communication à un sujet avec attentes d'actions observables ou non observables. Ces communications sont appelées suggestions sur le fait que les effets qu'elles produisent ne sont pas volontaires (63).

La suggestibilité d'un individu est stable mais varie au cours de la vie : elle est élevée chez l'enfant, diminue à l'adolescence, et se stabilise à l'âge adulte à un niveau différent propre à chacun. Elle peut cependant être modulée par différents facteurs : des variables psychosociales, un entraînement à la relaxation ou à l'autohypnose.

4.2.3 Différentes approches (55)

4.2.3.1 *L'hypnoanalgésie*

Elle fait référence à l'utilisation de l'hypnose comme méthode antalgique.

4.2.3.2 *L'hypnosédation*

Elle a été développée par Marie-Elisabeth Faymonville, professeur au CHU de Liège, à la fin des années 90 (64). L'hypnosédation a pour but d'amplifier les ressources d'anxiolyse et d'analgésie chez les patients. Elle combine hypnose et sédation consciente intraveineuse.

4.2.3.3 *L'hypnothérapie*

Elle peut se définir comme l'usage psychothérapeutique de l'hypnose. Trois méthodes peuvent être distinguées :

4.2.3.3.1 *L'hypnose classique*

Les suggestions employées sont des suggestions directes, les patients sont traités sur un mode autoritaire, elle correspond par exemple à l'hypnose de spectacle.

4.2.3.3.2 *L'hypnose ericksonienne*

Nommée d'après Milton Erickson, celle-ci est très permissive et les suggestions sont indirectes. C'est le patient qui est au centre de sa guérison et qui en devient l'acteur.

4.2.3.3.3 *L'autohypnose*

C'est lorsque le patient n'a plus besoin du thérapeute pour atteindre l'état de conscience modifié (état hypnotique ou « transe ») propre à l'hypnose. Il se l'induit lui-même.

4.3 Caractéristiques de l'état hypnotique

C'est un état modifié de conscience, ni un état de vigilance, ni un état de sommeil (55).

Les signes cliniques objectifs les plus courants en attestant sa présence sont (63) :

- La fixité du regard : si les sujets maintiennent les yeux ouverts, le regard reste fixe et dirigé dans la même direction. Elle est parfois associée à l'apparition de mouvements saccadés des yeux ;
- L'immobilité : les sujets restent immobiles, et ce même dans une position inconfortable ;
- La flexibilité cireuse : cela correspond à la catalepsie d'un membre. Soulevé, celui-ci reste dans la position donnée ;
- Le ralentissement psychomoteur : on observe aussi un ralentissement du rythme respiratoire et de la fréquence cardiaque ;
- La littéralité : les sujets prennent au pied de la lettre les paroles du thérapeute.

De plus, des signes subjectifs ressentis uniquement par le patient sont relatés (65) :

- Relaxation générale ;
- Lourdeur et/ou légèreté des membres ;
- Fourmillements, chaleur ou fraîcheur ;
- Perceptions olfactives, visuelles, auditives, cinesthésiques ou gustatives ;
- Détachement, éloignement vis-à-vis du contexte.
- Modification de la perception du temps

4.4 Mécanisme neurophysiologique de l'hypnose

L'électroencéphalogramme a montré, dès 1949, que l'état hypnotique est différent du sommeil et de l'état de veille (55).

L'imagerie médicale (Tomographie par Emission de Positons ou TEP et Imagerie par Résonance Magnétique fonctionnelle ou IMRf) a permis de confirmer qu'il existait bien un état hypnotique, c'est-à-dire une activation cérébrale corticale bien spécifique (62, 66).

Plusieurs études, menées notamment par Pierre Rainville et Marie-Elizabeth Faymonville (64, 67, 68) montrent que l'hypnose est responsable d'une augmentation du débit sanguin cérébral au niveau des cortex occipitaux et frontaux et ce de façon bilatérale, ainsi qu'au niveau du cortex cingulaire antérieur droit, et d'une diminution du débit dans les cortex pariétaux et temporaux ainsi que dans le précuneus.

Ces résultats montrent que l'état hypnotique est relié à l'activation ou désactivation de différentes aires corticales sensorielles, visuelles et motrices, directement responsables de ce qui est vécu par le sujet sous hypnose.

4.5 Déroulement d'une séance

Une séance d'hypnose se divise généralement en trois parties (66, 69) : phase d'induction, phase de dissociation et phase d'ouverture (ou de « perceptude » selon François Roustang (70)).

Cependant, la première étape sera la création entre le patient et le soignant de l'alliance thérapeutique.

4.5.1 L'alliance thérapeutique

Il existe de nombreuses définitions de l'alliance thérapeutique donnant lieu à des controverses, mais toutes s'accordent sur l'idée qu'elle constitue une variable intégrative comprenant plusieurs dimensions comme la collaboration, la mutualité, la négociation, la confiance, le lien affectif et le partenariat entre le patient et le thérapeute dans le but d'accomplir les objectifs fixés (71).

L'alliance thérapeutique est en réalité constituée de deux composantes complémentaires, articulées l'une avec l'autre : une composante générale et une composante spécifique propre à chaque maladie et à chaque projet thérapeutique. La composante générale se réfère au sentiment, pour le patient, d'être écouté, pris en considération, compris, aimé, soutenu, encouragé, aidé par son thérapeute et, pour le thérapeute, au sentiment de pouvoir comprendre, éprouver de la sympathie, pouvoir aider son patient. Quant à la composante spécifique à chaque pathologie ou à chaque projet thérapeutique, elle recouvre la notion de consensus à l'égard des objectifs à atteindre et des moyens à utiliser pour y parvenir, avec l'esprit de négociation que cela implique et la série des concessions qui doivent être consenties, de part et d'autre, pour arriver à une position de compromis acceptable. Cette composante recouvre également la notion de transfert de compétences, visant à une responsabilisation et à une autonomisation progressives du patient (72).

Cette relation de confiance joue un rôle primordial dans l'hypnose, où le thérapeute joue le rôle d'accompagnateur, permettant au patient d'accéder à des ressources qu'il possède déjà en lui.

4.5.2 L'induction

C'est une proposition pour entrer en hypnose. Le plus souvent, il est demandé au patient de focaliser sur un ou plusieurs éléments de son environnement (observer un point, un endroit du corps, écouter un bruit...). L'acte prolongé trouble le sens sollicité et alors tout devient confus ; le patient est « absent », dans une sorte de rêverie.

L'état hypnotique commence ainsi à être induit, les perceptions du patient commençant à se modifier à cette occasion.

4.5.3 La dissociation

Le patient « prend de la distance » par rapport à son environnement et son ressenti habituel. Ainsi, progressivement, sa sensorialité évolue. Il peut se détacher de sa douleur, d'un inconfort, d'un vécu de souffrance ressenti corporellement (sentiment d'oppression ou autre).

4.5.4 La perceptude

Elle renvoie à la capacité du patient à rentrer en contact avec l'intégralité de son corps (et non uniquement de ses symptômes) et de son environnement. Il se réinstalle dans de nouvelles sensations, ressentis, perceptions. Il s'agit d'une expérience intime, existentielle de soi et de sa situation. Cela permet, comme disait Erickson, de « réorganiser ses croyances pour se mettre en marche vers la guérison ».

4.5.5 Précisions sur l'autohypnose

Comme précédemment défini, l'autohypnose est l'hypnose appliquée à soi-même. Il s'agit d'une transe induite par le sujet, pour lui-même, au moyen de ses propres suggestions (73). C'est une relation à soi-même, qui a pour but d'accroître son autonomie (74). L'apprentissage de l'induction de la transe est donc un objectif essentiel de l'hypnose, pour que le patient ne soit plus dépendant du thérapeute.

4.6 Recommandations et indications

4.6.1 Recommandations

Dans son rapport du 5 Mars 2013 sur les thérapies complémentaires (75), l'Académie Nationale de Médecine souligne l'intérêt de l'hypnose dans la prise en charge de la douleur liée aux gestes invasifs chez l'enfant et l'adolescent, et dans la prise en charge des effets secondaires liés aux chimiothérapies anticancéreuses. Elle précise qu'« il est possible que de nouveaux essais viennent démontrer l'utilité de l'hypnose dans d'autres indications ».

La Haute Autorité de Santé émet une recommandation dans la prise en charge non médicamenteuse de la douleur chez la femme lors de l'accouchement (76).

L'hypnose présente toutefois de nombreuses indications qui n'ont pas fait l'objet de recommandations.

4.6.2 Indications

Les indications de l'hypnose sont assez variées. Elles s'étendent à toute la psychopathologie « traditionnelle » ainsi qu'à certains troubles somatiques tels que la douleur ou les démangeaisons par exemple (53). L'hypnose possède toutefois une contre-indication : les états d'expression délirante active, puisque dans ces moments le patient n'est plus en lien avec le thérapeute.

Le rapport de l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM) sur l'hypnose datant de 2015 (55) dresse une liste d'indications variées disponible dans l'annexe 2.

Il est important de préciser que l'hypnose n'est pas magique et facilite seulement le processus de changement (par exemple pas d'arrêt du tabac sans la motivation nécessaire) (53).

5 Entretien avec le Dr Pascal Delaunay

Le Dr Pascal Delaunay utilise l'hypnose pour accompagner les patients atteints de délire d'infestation. Cette partie a été préparée sur la base des échanges que nous avons pu établir avec ce praticien, dans un premier temps via des messages électroniques puis au cours d'un entretien téléphonique organisé le 30 janvier 2019.

Nous retraçons ici cet entretien téléphonique en abordant les unes après les autres les questions que nous avons pu poser au Dr Delaunay, et les réponses de ce dernier.

P. Sicaire: Quelle est votre formation initiale et quel est votre poste actuel?

Dr Pascal Delaunay: Je suis parasitologue au CHU de Nice. J'ai réalisé mon internat de pharmacie spécialisé en parasitologie à Paris. Je développe l'entomologie médicale au sein du CHU de Nice depuis plus de 20 ans.

Les patients que j'accueille ont des problèmes entomologiques et parasitaires. Ils peuvent cependant présenter une souffrance psychologique en plus de ces problèmes entomologiques ou parasitaires.

Devant cette souffrance psychologique afin de mieux l'apaiser, je me suis formé à l'hypnose. Je suis titulaire du Diplôme Universitaire en Hypnose Médicale de la Faculté de Médecine de Nice. J'ai suivi et validé les formations en hypnose du Dr Jean Becchio et du Dr Dominique Megglé très reconnus dans ce domaine.

Pourquoi l'hypnose en particulier?

Lors des consultations, je cherche à créer une alliance thérapeutique solide avec le patient. Cette alliance passe notamment en reconnaissant la souffrance du patient qui a souvent été « négligée » dans son parcours de soin car l'entomologie est peu connue. La guérison du patient passera par une « ré-activation » de ses ressources personnelles qu'il faut comprendre durant l'entretien : l'hypnose est alors un très bon outil pour réactiver ces ressources.

En quoi cela consiste?

Comme disait Erickson quand on lui demandait quand il pratiquait l'hypnose avec ses patients. Il répondait : « un tiers j'en fais peut être, un tiers je n'en fais peut-être pas et un tiers je ne sais pas ».

L'hypnose, c'est apprendre à parler au patient, c'est également nommé l'hypnose conversationnelle.

Le but est de réorienter le patient vers sa guérison, de lui permettre de voir les choses autrement, qu'il aille vers une remise en route. Le Dr Becchio appelle cela la TAC, pour Thérapie d'Activation de Confiance.

Pourquoi traiter par hypnose des patients atteints de délire d'infestation cutanée?

Il faut voir le "délire d'infestation" comme un gradient d'un point A vers un point B, et non pas comme un fait. D'un côté, le point A, le patient a une atteinte d'une infection à 100% parasitaire et ne nécessite aucun soutien psychologique. De l'autre côté, le point B, le patient n'a aucune atteinte parasitaire et ne nécessite qu'un soutien psychologique ou psychiatrique : c'est le vrai délire parasitaire. Au milieu, c'est la réalité du terrain, les gens ont une infection parasitaire ou entomologique mais ils nécessitent dans un même temps un soutien psychologique. Dans ce cas l'hypnose peut-être un bon outil.

Il convient donc de discerner l'aspect parasitaire et entomologique de l'aspect psychologique de la souffrance du patient. Ainsi chez un patient souffrant de "délire d'infestation", on peut retrouver une souffrance psychologique consécutive à une infestation parasitaire antérieure. Le patient présente alors un état "post traumatisme": avec cauchemar, reviviscence, stratégie d'isolement...

Cette terminologie de délire d'infestation est un terme trop utilisé.

L'appellation de "délire" correspond à une affection 100% psychologique, où un parasitologue ou entomologiste confirme qu'il n'y a eu aucune infestation auparavant, aucun parasite impliqué.

C'est l'exemple de patients qui ont connu une parasitose sans l'avoir vécue, par exemple s'ils ont côtoyé des gens parasités ou visiter des pays parasités.

Ces cas sont assez rares et mon but (par bienveillance et hypnose conversationnelle) sera de les adresser à un psychologue ou un psychiatre.

Dans la majorité des cas les gens ont besoin d'un soutien psychologique car ils manifestent des troubles post traumatiques dus à une infestation préalable.

Vous n'utilisez que l'hypnose ou cela est complémentaire avec un autre traitement?

Prenons l'exemple d'un patient qui a eu la gale et en souffre encore même si sa guérison clinique est confirmée.

Dans un premier temps, je m'assure qu'il y avait un vrai diagnostic de gale au départ et que le patient n'est désormais plus atteint (diagnostic par dermoscope ou prélèvements par grattage cutané).

Une fois assuré qu'il n'a plus la gale, je gère la souffrance psychologique du patient grâce à l'hypnose conversationnelle.

Il faut qu'il perçoive qu'il n'a plus de parasitose et éventuellement qu'il a été traumatisé d'avoir eu cette infestation.

Le but d'une mise en hypnose formelle sera d'apaiser ce traumatisme en réactivant des ressources qu'ils avaient en lui : force, courage, persévérance, travail...

L'hypnose peut être utilisée sur tous les patients ?

Tout le monde est hypnotisable. Cependant, l'état hypnotique léger ou profond est propre à chacun, mais il n'y a pas de corrélation entre hypnose légère ou profonde et l'effet thérapeutique.

Comment se déroule une séance? Combien de temps dure-t-elle ?

On est sur une séance de 45 minutes à 60 minutes.

Il faut créer l'alliance avec le patient, prendre le temps de discuter. Ainsi sur une séance, on aura 20 à 40min de conversation, puis 10 à 20min de mise en hypnose.

Combien de temps est nécessaire pour avoir des résultats positifs? Faut-il plusieurs séances?

On est sur un modèle de « Thérapie brève » : c'est à dire une à cinq séances. En effet le but de l'hypnose, est d'apprendre au patient l'autohypnose. Le principe est de remettre le patient en marche vers sa guérison.

Cependant, ce n'est pas du 100%, l'échec est possible, comme toute thérapie, notamment si la patient est totalement passif et ne s'investit pas dans sa guérison.

Vous êtes en France le pionnier dans l'utilisation de cette technique pour de la parasitologie ou de l'entomologie?

Oui, même si tous les parasitologues côtoient fréquemment des gens en situation de souffrance parasitaire. En effet, les gens qui s'estiment parasités vont voir des dermatologues et/ou des infectiologues et/ou des parasitologues. Ils font souvent du nomadisme médical. Cette population ne côtoie pas du tout le monde de la psychologie et de la psychiatrie : ces gens ne se disent pas « fous ».

Certains parasitologues, dermatologues ou infectiologues sont épuisés par cette population de patients en nomadisme médical...d'autres ont beaucoup de bienveillance envers eux...mais pas ou peu se sont formés à l'hypnose pour les améliorer.

Ces patients ont souvent une étiquette de patient "à problèmes" et peu de parasitologues veulent s'en occuper. Propre à chacun ensuite dans ceux qui veulent s'en charger de trouver son outil pour que le patient aille vers sa guérison, pour moi c'est l'hypnose.

Y a t-il d'autres CHU où l'on retrouve cette utilisation de l'hypnose?

A ma connaissance, sûrement incomplète, à Lyon le Dr François Peyron s'intéresse à ces patients, le Pr Ermanno Candolfi à Strasbourg, le Dr Ludovic De Gentile à Angers, le Dr Judith Fillaux à Toulouse. Cette dernière s'est formée à l'hypnose, avec le soutien de son chef de service Antoine Berry.

Quels conseils pourriez-vous donner à un pharmacien d'officine pour la prise en charge de ces patients au comptoir?

Utiliser la méthode mise au point par le pharmacien Dr Emile Coué ou « Méthode Coué ».

Plutôt que de lister les effets négatifs d'un médicament, il est plus thérapeutique de lister les bénéfices du même médicament. Tout en évitant des terminologies à double négations : « il n'est pas mauvais » peu souvent se transformer en « il est bon ». Ne pas utiliser les « ne pas », et les « mais ». Préférer employer le « et » que le « mais ».

6 Discussion

L'ensemble des données réunies lors de ce travail de thèse montre que dans le délire d'infestation cutanée, le patient n'a pas conscience de l'origine psychiatrique de son trouble. Comme le mentionne le Dr Delaunay, il ne se dit pas « fou ». L'incompréhension du corps médical vis-à-vis de ses symptômes et l'absence de diagnostic plonge celui-ci dans une situation de détresse morale qui s'ajoute aux maux dont il souffre déjà. C'est pourquoi, comme nous l'avons vu précédemment, une étape importante de la prise en charge d'un patient atteint est la construction d'une alliance thérapeutique solide, où il aura enfin le sentiment d'être pris en considération, soutenu, compris. Cette relation de confiance se positionne aussi au centre du protocole hypnotique, et cette similitude est un premier argument qui justifie l'utilisation de l'hypnose pour accompagner le malade.

Au vu des données disponibles, le dermatologue, vers lequel se tourne la majorité des patients, ne semble finalement pas être le soignant le plus à même de s'occuper d'eux.

Par ailleurs, se former à l'hypnose, pour « apprendre à parler au patient », paraît être un bon moyen pour acquérir un outil de communication avec le patient. L'hypnose est alors bénéfique pour le patient mais aussi pour le soignant.

De plus, dans le cas des dermatologues, une étude a montré que seulement 3% d'entre eux étaient à l'aise avec la prescription d'antipsychotiques (77). Les antipsychotiques étant presque la seule solution thérapeutique disponible jusque là, l'hypnose fournit ici une alternative plus confortable.

Concernant les antipsychotiques, leur efficacité dans le traitement du délire d'infestation cutanée est variable et ils présentent de nombreux effets secondaires. L'utilisation d'une alternative thérapeutique, telle que l'hypnose, est donc là encore justifiée. L'hypnose peut en effet s'appliquer à tout le monde et sans risque.

Pour finir, le patient acceptera plus facilement d'être traité par hypnose que de prendre un traitement psychotrope, qu'il juge inutile dans son cas puisqu'il est infesté de « parasites ».

7 Rôle du pharmacien d'officine

Le pharmacien d'officine est un acteur important du système de santé publique. Il joue un rôle majeur dans les soins de premier recours par son conseil pharmaceutique et/ou en orientant si nécessaire vers d'autres professionnels de santé. Au comptoir, devant un patient que l'on suspecte d'être atteint de délire d'infestation cutanée, plusieurs conseils peuvent être suivis.

Comme le recommande le Dr Delaunay, le pharmacien d'officine peut utiliser la méthode Coué avec son patient. Inventée par Emile Coué (1857-1926), lui-même pharmacien, cette méthode est basée sur l'autosuggestion et s'apparente à de l'hypnose (78). Il s'agit d'influencer son inconscient par le biais de suggestions positives, dans le but d'améliorer son état physique et moral. S'adresser ainsi au patient permettra notamment que celui-ci se sente en confiance et qu'il soit donc plus réceptif à ce que l'on pourra lui dire (la méthode Coué est un outil qui peut s'avérer utile avec tous les patients et ce quelque soit leur pathologie).

Le but final sera de l'adresser à un psychiatre ou un psychologue (ou comme nous l'avons vu précédemment, un parasitologue, dermatologue ou entomologiste capable de l'accompagner, en utilisant l'hypnose par exemple), afin de confirmer le diagnostic réel de délire d'infestation cutanée et permettre sa prise en charge. Il faudra cependant toujours orienter le patient vers un parasitologue, dermatologue ou entomologiste dans le but de s'assurer qu'il ne souffre pas d'une infestation réelle.

De plus, on conseillera, toujours pour mettre en confiance le patient, un examen attentif des échantillons que celui ci ramène à la pharmacie (79). Les patients apprécient en effet le temps pris pour examiner leurs spécimens.

Un traitement pharmacologique destiné à soulager les démangeaisons et/ou à traiter les lésions de grattages peut être proposé.

Il est important de garder une attitude positive et de l'empathie. Assurer l'absence de preuve d'une infestation par un parasite au patient ne mènera nulle part, cette croyance est par définition erronée et inébranlable. Le patient se mettra alors à la recherche de quelqu'un qui le croît.

8 Conclusion

Le délire d'infestation cutanée est une pathologie complexe. Sa mise en évidence repose sur deux principaux symptômes : une conviction d'être infesté par des agents pathogènes, sans preuve médicale ou microbiologique, et des sensations cutanées anormales en lien avec ces agents pathogènes. La démarche diagnostique consiste à exclure d'abord une infestation réelle puis toute autre pathologie pouvant entraîner des symptômes similaires. Une fois le diagnostic établi, la prise en charge se révèle être un véritable challenge. Il faut en effet convaincre le patient, persuadé de souffrir d'un mal dermatologique, d'être soigné par un traitement antipsychotique. Pour faciliter l'adhésion du malade, une alliance thérapeutique solide se doit d'être construite entre lui et le praticien. Cependant, en plus de son acceptation difficile, ce traitement présente une efficacité variable ainsi que de nombreux effets secondaires. Reposant aussi sur l'alliance thérapeutique et dépourvue d'effets secondaires, l'hypnose apparaît comme une solution plausible de substitution au traitement psychotrope. Après que la confiance soit installée entre le patient et le thérapeute, ce dernier induit chez le premier un état hypnotique, au moyen de suggestions. Le thérapeute accompagne le patient et lui permet de « réorganiser ses croyances et de se mettre en marche vers la guérison ». Un des objectifs de l'hypnose est l'autohypnose, où le patient sera autonome. Malgré des recommandations officielles peu nombreuses, l'hypnose s'avère prometteuse et les recherches se poursuivent quant à son intérêt thérapeutique et son utilisation dans d'autres domaines.

Bien que limité, le rôle du pharmacien d'officine n'est pas à négliger puisque dans sa mission de professionnel de santé, il devra conseiller et orienter le patient. Pour ce faire, la méthode Coué peut s'avérer être un outil thérapeutique très utile, non seulement pour le pharmacien mais aussi pour tous les autres acteurs du système de santé.

Bibliographie

1. Anofel.
Parasitoses et mycoses des régions tempérées et tropicales. 5^{ème} édition.
Elsevier Masson. 2016.
2. Husson R.
Glossaire de biologie animale.
Gauthier-Villars. 1970.
3. Larivière M, Beauvais B, Derouin F, Traoré F.
Parasitologie médicale.
Ellipses. 1998.
4. Cavier R.
Parasitologie.
Société d'Édition d'Enseignement Supérieur. 1970.
5. Nozais JP, Datry A, Danis M.
Traité de parasitologie médicale.
Editions Pradel. 1996.
6. Adl et al.
The Revised Classification of Eukaryotes.
J Eukaryot Microbiol. 2012;59(5):429–493.
7. Chabasse D, Guiguen C.
Ectoparasitoses courantes en France, apport du laboratoire.
Revue Francophone des Laboratoires. 2017;495:25-37.
8. Bernigaud C, Monsel G, Delaunay P, Do-Pham G, Foulet F, Botterel F, Chosidow O.
Principales parasitoses cutanées : mise au point.
La Revue de Médecine Interne. 2017;38(1):17-27.
9. Magnan V, Saury M.
Trois cas de cocaïnisme chronique.
CR. Seances Soc. Biol. 1889;60-63.
10. Thibierge G.
Les acarophobes.
Rev Gen Clin Ther. 1894;32:373-376.
11. Perrin L.
Des Névrodermies parasitophobiques.
Ann Dermatol Syphiligr. 1896;(7):129_138.
12. Berrios GE.
Tactile hallucinations: conceptual and historical aspects.
J Neurol Neurosurg Psychiatry. Apr 1982;45(4):285.
13. MacNamara ED.
Cutaneous and visual hallucinations.
1928.

14. Ekbom KA.
Der prasenile dermatozoenwahn.
Acta Psychiatrica et Neurologica Scandinavica (Angby). 1938;13:227–259.
15. Wilson JW, Miller HE.
Delusions of parasitosis (acarophobia).
Arch Dermatol. 1946;54:39–56.
16. Hopkinson G.
The Psychiatric Syndrome of Infestation.
Psychopathology. 1973;6:330-345.
17. Munro A.
Monosymptomatic hypochondriacal psychosis manifesting as delusions of parasitosis.
A description of four cases successfully treated with pimozide.
Arch Dermatol. 1978;114(6):940–943.
18. Srinivasan TN, Suresh TR, Jayaram V, Fernandez MP.
Nature and treatment of delusional parasitosis: a different experience in India.
Int J Dermatol. 1994;33(12):851-855.
19. Freudenmann RW, Schönfeldt-Lecuona C.
Delusional parasitosis: treatment with atypical antipsychotics.
Ann Acad Med Singapore. 2005;34:141–142.
20. Rocha FL, Hara C.
Aripiprazole in delusional parasitosis: case report.
Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry. 2007;31:784–786.
21. Lepping P, Freudenmann RW.
Delusional parasitosis: a new pathway for diagnosis and treatment.
Clin Exp Dermatol. 2008;33:113–117.
22. Freudenmann RW, Lepping P.
Delusional Infestation.
Clin Microbiol Rev. 2009;22(4):690-732.
23. Hinkle NC.
Ekbom Syndrome: The Challenge of “Invisible Bug” Infestations.
Annu Rev Entomol. 2010;55:77-94
24. Ahmad K, Ramsay B.
Delusional parasitosis: lessons learnt.
Acta Derm Venereol. 2009;89(2):165-8.
25. Romero Sandoval K, Festa Neto C, Nico MMS.
Delusional infestation caused by pramipexole.
Clin Exp Dermatol. 2018;43(2):192-193.
26. Marshall CL, Williams V, Ellis C, Taylor RE, Bewley AP.
Delusional infestation may be caused by recreational drug usage in some patients, but they may not disclose their habit.
Clin Exp Dermatol. 2017;42(1):41-45.

27. Lai J, Xu Z, Xu Y, Hu S.
Reframing delusional infestation: perspectives on unresolved puzzles.
Psychol Res Behav Manag. 2018;11:425-432.
28. Vulink NC.
Delusional Infestation: State of the Art.
Acta Derm Venereol. 2016;96(217):58-63.
29. Mumcuoglu KY, Leibovici V, Reuveni I, Bonne O.
Delusional Parasitosis: Diagnosis and Treatment.
Isr Med Assoc J. 2018;20(7):456-460.
30. Patel V, Koo JY.
Delusions of parasitosis; suggested dialogue between dermatologist and patient.
J Dermatolog Treat. 2015;26(5):456-60.
31. Rodríguez-Cerdeira C, Sánchez-Blanco E, Sánchez-Blanco B, Carnero-Gregorio M.
Delusional infestation.
Am J Emerg Med. 2017;35(2):357-360.
32. Gupta MA, Vujcic B, Pur DR, Gupta AK.
Use of antipsychotic drugs in dermatology.
Clin Dermatol. 2018;36(6):765-773.
33. Bourgeois ML.
Delusional cutaneous parasitosis. Ekbom's syndrome.
Annales Médico-psychologiques. 2011;169(3):143-148.
34. Edlich R, Cross C, Wack C, Long W.
Delusions of parasitosis.
American Journal of Emergency Medicine. 2009;27:997-999.
35. Trabert W.
100 years of delusional parasitosis. Meta-analysis of 1,223 case reports.
Psychopathology. 1995;28(5):238-46.
36. Skott A.
Delusions of infestation. Report from the psychiatric research center number 13.
St Jorgen Hospital, University of Goteborg, Sweden. 1978.
37. Berrios GE.
Delusional parasitosis and physical disease.
Compr Psychiatry. 1985;26(5):395-403.
38. Foster AA, Hylwa SA, Bury JE, Davis MD, Pittelkow MR, Bostwick JM.
Delusional infestation: clinical presentation in 147 patients seen at Mayo Clinic.
J Am Acad Dermatol. 2012;67(4):673.e1-10.
39. Freudenmann RW, Lepping P, Huber M, Dieckmann S, Bauer-Dubau K, Ignatius R, Misery L, Schollhammer M, Harth W, Taylor RE, Bewley AP.
Delusional infestation and the specimen sign: a European multicentre study in 148 consecutive cases.
Br J Dermatol. 2012;167(2):247-51.

40. Kohorst JJ, Bailey CH, Andersen LK, Pittelkow MR, Davis MDP.
Prevalence of Delusional Infestation-A Population-Based Study.
J Am Acad Dermatol. 2018;154(5):615-617.
41. Lyell A.
Delusions of parasitosis.
J Am Acad Dermatol. 1983;8(6):895-7.
42. Trabert W.
Epidemiology of delusional ectoparasitic infestation.
Nervenarzt. 1991;62:165–169.
43. Trabert W.
Delusional parasitosis. Studies on frequency, classification and prognosis. Dissertation. Universität des Saarlandes, Homburg/Saar, Germany. 1993.
44. Bailey CH, Andersen LK, Lowe GC, Pittelkow MR, Bostwick JM, Davis MDP.
A population-based study of the incidence of delusional infestation in Olmsted County, Minnesota, 1976–2010.
Br J Dermatol. 2014;170(5):1130–1135.
45. Hylwa SA, Foster AA, Bury JE, Davis MD, Pittelkow MR, Bostwick JM.
Delusional infestation is typically comorbid with other psychiatric diagnoses: review of 54 patients receiving psychiatric evaluation at Mayo Clinic.
Psychosomatics. 2012;53(3):258-65.
46. Laupland KB, Valiquette L.
Delusional Infestation.
Can J Infect Dis Med. Microbiol. 2016.
47. Freudenmann RW, Kölle M, Schönfeldt-Lecuona C, Dieckmann S, Harth W, Lepping P.
Delusional parasitosis and the matchbox sign revisited: the international perspective.
Acta Derm Venereol. 2010;90(5):517-9.
48. Hylwa SA, Bury JE, Davis MD, Pittelkow M, Bostwick JM.
Delusional infestation, including delusions of parasitosis: results of histologic examination of skin biopsy and patient-provided skin specimens.
Arch. Dermatol. 2011;147(9):1041-5.
49. Monk BE, Rao YJ.
Delusions of parasitosis with fatal outcome.
Clin Exp Dermatol. 1994;19:341–342.
50. Lit-Ameur A, Bern P, Firoloni MP, Menecier P.
Le délire de parasitose ou syndrome d'Ekbom.
Editions scientifiques et médicales Elsevier Rev. Med Interne. 2000;21:182-6.
51. Sarre ME, Richard-Devantoy S, Martin L, Leclech C.
Le syndrome d'Ekbom : la face cachée d'un antidépresseur.
Elsevier Masson. Annales de Dermatologie et de Vénéréologie Volume 138. 2011.
52. Quiles C, Micoulaud-Franchi JA.
Neurophysiologie clinique en psychiatrie.
Elsevier Masson. 2015;7:133-164.

53. Bioy A, Crocq L, Bachelart M.
Origine, conception actuelle et indications de l'hypnose.
Annales Médico-Psychologiques. 2013;171:658–661.
54. Moreni A, Barber A
Origines et histoire de l'hypnose.
Kinesither Rev. 2015;15(162):14–19.
55. Gueguen J, Barry C, Hassler C, Falissard B.
Evaluation de l'efficacité de la pratique de l'hypnose.
2015.
56. Bernheim H.
De la suggestion dans l'état hypnotique et dans l'état de veille.
1884.
57. Erickson M.
Hypnotic Psychotherapy.
Medical Clinics of North America. 1948;32(3):571-583.
58. Chabridon G, Nekrouf N, Bioy A.
Etat des lieux des pratiques actuelles de l'hypnose au sein des centres hospitaliers universitaires français.
L'Encéphale. 2017;43(5) :498-501.
59. Godin J.
La nouvelle hypnose.
Paris:Albin Michel. 1992.
60. American Psychology Association.
Definition and description of hypnosis.
Contemp Hypn. 1994;11:142-5.
61. Bioy A.
L'hypnose.
Paris:InterEditions. 2007.
62. Coutté A, Bioy A.
Hypnose et neuropsychologie : quelles perspectives cliniques ?
Neurol psychiatr gériatr. 2014.
63. Gay MC.
L'hypnose : un descriptif.
Annales Médico Psychologiques. 2077;165:172–179.
64. Faymonville ME.
L'hypnose en Anesthésie-Réanimation, de l'application clinique aux mécanismes cérébraux.
Université de Liège, Liège, Belgique. 2003.
Disponible sur : <http://hdl.handle.net/2268/35273>
65. Bellet P.
L'Hypnose.
Odile Jacob. 2002:80-81.

66. Bioy A.
Quelle pratique de l'hypnose pour les soins palliatifs ?
Med Pal. 2006;5:328-332.
67. Rainville P, Hofbauer RK, Paus T, Duncan GH, Bushnell MC, Price DD.
Cerebral mechanisms of hypnotic induction and suggestion.
J Cogn Neurosci. 1999;11(1):110-25.
68. Faymonville ME, Boly M, Laureys S.
Functional neuroanatomy of the hypnotic state.
J Physiol Paris. 2006;99(4-6):463-9.
69. Benhaïem JM.
Qu'est ce que l'hypnose ? Processus et induction.
Douleurs. 2014;15(1):1-4.
70. Roustang F.
Il suffit d'un geste.
Odile Jacob. 2003.
71. Bioy A, Bénony H, Chahraoui K, Bachelart M.
Évolution du concept d'alliance thérapeutique en psychanalyse, de Freud à Renik.
L'Évolution Psychiatrique. 2012;77(3):342-351.
72. Consoli SM.
Alliance thérapeutique.
Annales d'Endocrinologie. 2006;67(6):645-647.
73. Délèze M.
L'autohypnose.
Rev Med Suisse. 2015;11:246-247.
74. Mubiri MA, Richard M, Bioy A.
Place de l'autohypnose dans la prise en charge de la douleur.
Douleurs. 2015;16:116-123.
75. Bontoux D, Couturier D, Menkès CJ.
Thérapies complémentaires-acupuncture, hypnose, ostéopathie, tai-chi-leur place parmi les ressources de soins.
Bull Acad Natle Med. 2013;3:717-757.
76. Haute Autorité de Santé.
Accouchement normal : accompagnement de la physiologie et interventions médicales
2017.
77. Campbell E, Elston D, Hawthorne J, Beckert D.
Diagnosis and management of delusional parasitosis.
J Am Acad Dermatol. 2019.
78. Coue E.
La méthode Coué ou la maîtrise de soi-même par l'autosuggestion consciente.
Manucius. 2006.

79. Jeon C, Nakamura M, Koo J.
Examining specimens brought in by a patient with delusional parasitosis.
J Am Acad Dermatol. 2018;78:e1.

Annexes

Annexe 1 : Groupes *Incertae sedis* dans les Eucaryotes, d'après Adl et al. (2005).

<i>Actinastrum</i>	<i>Elaeorhanis</i>	<i>Nephrodictyon</i>
<i>Actinocoma</i>	<i>Embryocola</i>	<i>Neurosporidium</i>
<i>Adinomonas</i>	<i>Endamoeba</i>	<i>Ovicola</i>
<i>Aletium</i>	<i>Endemosarca</i>	<i>Palisporomonas</i>
<i>Amphimonas</i>	<i>Endobiella</i>	<i>Pansporella</i>
<i>Amylophagus</i>	<i>Endomonas</i>	<i>Paradinemula</i>
<i>Aphelidiopsis</i>	<i>Endospora</i>	<i>Paramastix</i>
<i>Archaeosphaerodiniopsis</i>	<i>Enteromyxa</i>	<i>Paramonas</i>
<i>Artodiscus</i>	<i>Eperythrocytozoon</i>	<i>Paraplasma</i>
<i>Asterocaelum</i>	<i>Errera</i>	<i>Parastasia</i>
<i>Asthmatos</i>	<i>Fromentella</i>	<i>Parastasiella</i>
<i>Aurospora</i>	<i>Gymnococcus</i>	<i>Peliainia</i>
<i>Barbetia</i>	<i>Gymnophrydium</i>	<i>Peltomonas</i>
<i>Belaria</i>	<i>Haematotractidium</i>	<i>Petasaria</i>
<i>Bertarellia</i>	<i>Hartmannina</i>	<i>Phagodinium</i>
<i>Bertramia</i>	<i>Hellobodo</i>	<i>Phanerobia</i>
<i>Bjornbergiella</i>	<i>Heliomonas</i>	<i>Phloxamoeba</i>
<i>Bodopsis</i>	<i>Hermisenella</i>	<i>Phyllomitus</i>
<i>Boekelovia</i>	<i>Heterogromia</i>	<i>Phyllomonas</i>
<i>Branchipocola</i>	<i>Hillea</i>	<i>Phycosporidium</i>
<i>Camptoptycha</i>	<i>Hyalodactylethra</i>	<i>Piridium</i>
<i>Chalarodora</i>	<i>Immunoplasma</i>	<i>Pleuophrys</i>
<i>Chamydophrys</i>	<i>Isoselmis</i>	<i>Pleuromastix</i>
<i>Cibdella</i>	<i>Janickina</i>	<i>Protenterospora</i>
<i>Cichkovia</i>	<i>Joyeuxella</i>	<i>Protomonas</i>
<i>Cinetidomyxa</i>	<i>Kamera</i>	<i>Pseudoactiniscus</i>
<i>Cingula</i>	<i>Kibisidytes</i>	<i>Pseudosporopsis</i>
<i>Cladomonas</i>	<i>Kiitoksia</i>	<i>Quadracilia</i>
<i>Codonoeca</i>	<i>Komokiacea</i>	<i>Rhizomonas</i>
<i>Coelosporidium</i>	<i>Lagenidiopsis</i>	<i>Rhynchodinium</i>
<i>Copromonas</i>	<i>Liegeosia</i>	<i>Rigidomastix</i>
<i>Cyanomastix</i>	<i>Lithocolla</i>	<i>Schewiakoffia</i>
<i>Cyclomonas</i>	<i>Luffisphaera</i>	<i>Sergentella</i>
<i>Cytamoeba</i>	<i>Lymphocytozoon</i>	<i>Serpentoplasma</i>
<i>Dallingeria</i>	<i>Lymphosporidium</i>	<i>Sphaerasuctans</i>
<i>Dictyomyxa</i>	<i>Macappella</i>	<i>Spiriopsis</i>
<i>Dimastigamoeba</i>	<i>Magosphaera</i>	<i>Spiroregarian</i>
<i>Dimorphids</i>	<i>Malpighiella</i>	<i>Spongastericus</i>
<i>Dinemula</i>	<i>Martinezella</i>	<i>Spongocyclia</i>
<i>Dinoasteromonas</i>	<i>Megamoebomyxa</i>	<i>Stephanomonas</i>
<i>Diplocalium</i>	<i>Meringosphaera</i>	<i>Strobilomonas</i>
<i>Diplomita</i>	<i>Microcometes</i>	<i>Tetragonidium</i>
<i>Diplophysalis</i>	<i>Microgromia</i>	<i>Thalssomyxa</i>
<i>Diplozelmis</i>	<i>Monochrysis</i>	<i>Thaulirens</i>
<i>Dobellia</i>	<i>Monodus</i>	<i>Topsentella</i>
<i>Dobellina</i>	<i>Mononema</i>	<i>Toshiba</i>
<i>Ducelleria</i>	<i>Myrmicisporidium</i>	<i>Toxocystis</i>
<i>Ectobiella</i>	<i>Naupliicola</i>	<i>Trichonema</i>
		<i>Urbanella</i>

Annexe 2 : Indications de l'hypnose d'après le rapport de l'INSERM 2015 (55).

En psychologie et psychiatrie	« problèmes d'estime de soi, d'affirmation de soi, de préparation aux examens, gestion du trac dans le domaine artistique, gestion du stress personnel et professionnel, difficultés relationnelles, conjugales, phobies sociales..., anxiété, insomnies, phobies, angoisses, obsessions, tocs, attaques de panique, troubles dépressifs et apparentés, harcèlements, surmenage professionnel, burn-out... »
En psycho traumatologie et victimologie	« syndrome post-traumatique, accidents graves, catastrophes, cataclysmes, faits de guerre, attentats, braquages, prise d'otages, choc post-chirurgical, agressions, viols... »
Troubles du comportement alimentaire	« boulimie, anorexie, obésité, hyperphagie, ... »
En addictologie	« tabac, alcool, drogues, jeux, internet, sexualité,... »
Chez les enfants	« énurésie, troubles du sommeil, des apprentissages, affirmation de soi, bégaiement, onychophagie, problèmes relationnels, manque de concentration, hyperactivité... »
Troubles psychosomatiques	« asthme, hypertension artérielle, migraines, troubles digestifs, urogénitaux, problèmes dermatologiques, rhumatismes... »
En sexologie	« troubles de la fonction sexuelle éjaculation précoce, absence de désir, de plaisir, troubles de l'érection, dyspareunie, vaginisme... »
En neurologie	« tics, paralysie faciale à frigore, migraines, céphalées... »
En pneumologie et ORL	« asthme, allergies, rhinites, sinusites, acouphènes, hyperacousie, perte du goût et de l'odorat ... »
En gastro-entérologie	« ulcères, colites, gastrites chroniques... »
En cardiologie	« certains troubles du rythme, hypertension artérielle, problèmes vasculaires ... »
En gynécologie et obstétrique	« grossesse difficile, nausées, vomissements, accouchement, certaines stérilités, dysménorrhées, problèmes urinaires... »
En dermatologie	« allergies, psoriasis, urticaire, eczéma, verrues plantaires, onychophagie, hyperhydrose, amélioration de la cicatrisation des brûlures... »
En dentisterie	« anesthésie, contrôle du saignement, de la salivation, adaptation des prothèses... »
Douleurs aiguës ou chroniques	« fibromyalgie, membre fantôme, migraines, analgésie, anesthésie... »
En soins palliatifs, accompagnement des malades atteints de cancer, du sida, de pathologies graves	« soutien psychologique, réduction des effets secondaires des traitements, prolongement et amélioration de la survie, traitement de la douleur... »
Chirurgie et examens médicaux anesthésie	« utilisée en anesthésie l'hypnose permet de diminuer les drogues et leurs effets indésirables, elle favorise les soins en ambulatoire, elle permet d'accéder avec plus de confort à des examens médicaux tels que fibroscopie, gastroscopie, coloscopie... Elle mettra en confiance le patient en vue d'une intervention chirurgicale. »
Dans le domaine sportif	« préparation mentale, optimisation du potentiel, récupération, motivation, gestion du stress et des émotions... »
Dans le domaine de la prévention	« l'hypnose offre l'avantage de sensibiliser le sujet à la notion de santé holistique, l'encourageant à se prendre en charge, à développer ses ressources, ses potentialités grâce à l'autohypnose, par exemple prévenir une crise d'asthme, ou en diminuer l'intensité ... »

Résumé

Le délire d'infestation cutanée, ou syndrome d'Ekbom, est décrit comme la conviction inébranlable et erronée d'être infesté par des parasites au niveau de la peau. Il touche deux à trois fois plus les femmes que les hommes et les patients atteints sont généralement âgés d'environ soixante ans. La démarche diagnostique consiste à exclure d'abord une infestation réelle puis toute autre pathologie pouvant entraîner des symptômes similaires. Le traitement usuel repose sur l'alliance thérapeutique entre le praticien et son patient ainsi que l'utilisation d'antipsychotiques. Pratique médicale émergente, l'hypnose peut être dans le délire d'infestation cutanée une alternative aux antipsychotiques. En effet, l'hypnose permet la construction d'une alliance thérapeutique solide entre le patient et son thérapeute et présente moins d'effets secondaires. Le pharmacien d'officine peut jouer un rôle dans la prise en charge des patients atteints de délire d'infestation cutanée. En effet, il peut contribuer à la bonne orientation des patients suspectés d'être atteints pour en premier lieu exclure une infestation réelle et en second lieu permettre une prise en charge adaptée.

Syndrome d'Ekbom – Délire d'infestation cutanée – Hypnose – Parasite – Ectoparasite

SERMENT DE GALIEN

~~~~

Je jure, en présence des maîtres de la faculté et de mes condisciples :

**D'honorer** ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement.

**D'exercer**, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement.

**De ne jamais oublier** ma responsabilité, mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine, de respecter le secret professionnel.

**En aucun cas**, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser des actes criminels.

**Que les hommes m'accordent** leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

**Que je sois couvert d'opprobre et méprisé** de mes confrères si j'y manque.

## Résumé

Le délire d'infestation cutanée, ou syndrome d'Ekbom, est décrit comme la conviction inébranlable et erronée d'être infesté par des parasites au niveau de la peau. Il touche deux à trois fois plus les femmes que les hommes et les patients atteints sont généralement âgés d'environ soixante ans. La démarche diagnostique consiste à exclure d'abord une infestation réelle puis toute autre pathologie pouvant entraîner des symptômes similaires. Le traitement usuel repose sur l'alliance thérapeutique entre le praticien et son patient ainsi que l'utilisation d'antipsychotiques. Pratique médicale émergente, l'hypnose peut être dans le délire d'infestation cutanée une alternative aux antipsychotiques. En effet, l'hypnose permet la construction d'une alliance thérapeutique solide entre le patient et son thérapeute et présente moins d'effets secondaires. Le pharmacien d'officine peut jouer un rôle dans la prise en charge des patients atteints de délire d'infestation cutanée. En effet, il peut contribuer à la bonne orientation des patients suspectés d'être atteints pour en premier lieu exclure une infestation réelle et en second lieu permettre une prise en charge adaptée.

---

Syndrome d'Ekbom – Délire d'infestation cutanée – Hypnose – Parasite – Ectoparasite