



HAL
open science

L'enseignement du syndrome catatonique en France : enquête nationale et état des lieux

L. Majnoni D'intignano, O. Granon, T. Fovet, P. Thomas, B. Bonin, A. Amad

► **To cite this version:**

L. Majnoni D'intignano, O. Granon, T. Fovet, P. Thomas, B. Bonin, et al.. L'enseignement du syndrome catatonique en France : enquête nationale et état des lieux. L'Encéphale, 2019, 45, pp.391 - 396. 10.1016/j.encep.2019.03.004 . hal-03488420

HAL Id: hal-03488420

<https://hal.science/hal-03488420>

Submitted on 21 Dec 2021

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

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



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial 4.0 International License

L'enseignement du syndrome catatonique en France : enquête nationale et état des lieux

Catatonia education in France: a cross-sectional study

***Laure Majnoni d'Intignano*^{1*}, *Ophélie Granon*², *Thomas Fovet*³,
*Pierre Thomas*³, *Bernard Bonin*⁴, *Ali Amad*³**

- 1- Centre Hospitalier la Chartreuse, Pôle de Psychiatrie, 1, Boulevard du Chanoine Kir, F-21000 Dijon, France
- 2- Centre Hospitalier la Chartreuse, Centre d'Intervention Précoce pour Psychose, F-21000 Dijon, France
- 3- Univ Lille, CNRS UMR 9193-PsyCHIC-SCALab, & CHU Lille, Pôle de Psychiatrie, Unité CURE, F-59000 Lille, France
- 4- Centre Hospitalier Universitaire Dijon, Pôle de Psychiatrie, F-21000 Dijon, France

* **Auteur correspondant** : Laure Majnoni d'Intignano
Centre Hospitalier la Chartreuse, Pôle de Psychiatrie, 1, boulevard du Chanoine Kir, F-21000
Dijon, France

Mail : laure.majnonidintignano@chlcdijon.fr

Déclaration d'intérêts

Les auteurs ont déclaré n'avoir aucun lien d'intérêt en lien avec cet article.

L'enseignement du syndrome catatonique en France : enquête nationale et état des lieux

Catatonie education in France : a cross-sectional study

RÉSUMÉ

Objectifs : La catatonie correspond à un syndrome fréquent, pouvant menacer le pronostic vital, du fait de ses complications ou en cas de catatonie maligne, mais des traitements efficaces existent (benzodiazépines, électro-convulsivo-thérapie). Ce syndrome est pourtant sous-diagnostiqué et mal connu. Nous nous sommes intéressés à la formation et aux connaissances actuelles des jeunes médecins français sur la catatonie. **Méthodes :** Un questionnaire a été soumis aux internes en psychiatrie et jeunes psychiatres français, évaluant leurs connaissances sur la catatonie, leur niveau d'assurance face à un patient catatonique et le nombre de patients qu'ils avaient rencontrés. L'enseignement reçu et ses modalités le cas échéant étaient aussi évalués. **Résultats :** Parmi les 376 répondants, 37,5 % n'avaient jamais reçu d'enseignement spécifique. Cet enseignement est majoritairement délivré dans le cadre de la maquette du DES de psychiatrie et organisé de façon hétérogène sur le territoire français. Les connaissances des participants apparaissent incomplètes. Elles sont significativement meilleures concernant les symptômes catatoniques et les traitements de première intention en cas d'enseignement. Le niveau d'assurance rapporté ainsi que le nombre de patients rencontrés sont également significativement supérieurs dans le groupe « avec enseignement ». **Conclusion :** Bénéficier d'un enseignement spécifique sur la catatonie améliore les connaissances des jeunes médecins et leur aptitude à diagnostiquer et traiter les patients catatoniques. Cet enseignement est aujourd'hui dispensé de façon insuffisante et hétérogène en France. La catatonie mériterait une place de choix dans le programme du DES de psychiatrie.

Mots-clés : *Catatonie ; Syndrome catatonique ; Enseignement psychiatrique*

ABSTRACT

Objectives: Catatonia is a transnosographic syndrome described by K. Kahlbaum in 1874. Catatonia can be life-threatening due to its complications and in case of malignant catatonia. Safe and effective treatments have been identified (benzodiazepines and electro-convulsive-therapy). The prevalence of this syndrome is important and represents about 10 % of inpatients in an acute psychiatric ward. However, this syndrome appears to remain under-diagnosed and poorly known. We were, therefore, interested in the current knowledge of French psychiatry residents and young psychiatrists as well as the education they had received about catatonia. **Methods :** A questionnaire was submitted to French psychiatry residents and young psychiatrists with fewer than 5 years of experience. It included questions about knowledge of the symptoms, complications, causes and treatments of catatonia. Participants were also asked about their confidence in the management of a patient with catatonia and about the number of catatonic patients they had already met. The type of lecture and teaching about catatonia was also assessed. **Results :** Among the 376 psychiatrists that completed the

questionnaire, 37,5 % never had received any specific teaching about catatonia. Concerning the 62,5 % who benefited from a specific lecture, this was mainly delivered as part of psychiatry DES. Heterogeneity in the education delivery on the French territory had been highlighted. In addition, participants' knowledge of catatonic syndrome seems incomplete. However, knowledge of catatonic symptoms and first intention treatments was significantly better among respondents who were part of the « with education » group. The confidence in catatonia recognition and management, as well as the number of catatonic patients they met, are also significantly higher in the group « with education ». *Conclusion* : Specific education seems to improve the knowledge of young doctors and their ability to diagnose and treat catatonic patients. This education remains poorly provided and heterogeneous on the French territory. Catatonia deserves a place in the teaching program of the psychiatry DES, thus to become systematic.

Key words : Catatonia; Catatonic syndrome; Psychiatric education

INTRODUCTION

La catatonie est un syndrome psychomoteur décrit par Kahlbaum en 1874 et caractérisé par des signes moteurs, comportementaux et neurovégétatifs [1]. La définition du syndrome catatonique a récemment été précisée dans la cinquième édition du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux [2]. Il le caractérise par 12 signes spécifiques : stupeur, catalepsie, flexibilité cireuse, mutisme, négativisme, prise de posture, maniérisme, stéréotypies, agitation, expression faciale grimaçante, écholalie, échoxpraxie [3–5]. La présence de 3 de ces signes permet de poser le diagnostic. La prévalence de ce syndrome reste aujourd'hui conséquente, évaluée aux alentours de 9-10 % des patients pris en charge pour un trouble psychiatrique aigu. Une récente méta-analyse ciblant les études de 1935 à 2017 retrouve une prévalence actuelle du syndrome estimée à 9,2 % et note que celle-ci est restée globalement stable durant toute la période étudiée [6]. La catatonie a longtemps été associée de façon exclusive à la schizophrénie mais ses étiologies sont aujourd'hui reconnues comme plurielles, psychiatriques (environ 70 % des situations) ou non (neurologiques, métaboliques, inflammatoires, iatrogènes, etc.) [6–9]. En l'absence de diagnostic et donc de prise en charge adaptée, ce syndrome peut être responsable de nombreuses complications (escarres, déshydratation, dénutrition, complications thromboemboliques, etc.) [10] pouvant aller jusqu'au décès, notamment en cas de catatonie maligne, dont la mortalité peut atteindre 50 % en l'absence de traitement [11]. Lorsque le diagnostic est posé, des traitements efficaces permettant souvent une rémission complète, sont disponibles : les benzodiazépines et l'électro-convulsivo-thérapie (ECT) [12–14].

Malgré un certain nombre d'avancées, le syndrome catatonique reste actuellement mal connu, sous-diagnostiqué et insuffisamment traité [15–17]. En 2005, une étude s'intéressant à la catatonie chez les patients souffrant de schizophrénie propose l'hypothèse d'une sous-évaluation du syndrome chez ces patients en rapport avec une sous-utilisation des outils standardisés [15]. Une autre étude révèle une sous-évaluation du syndrome catatonique au sein des services de médecine, hors psychiatrie. En effet, dans ce travail, sur 133 patients catatoniques diagnostiqués avec les critères du DSM-5, seuls 54 ont été diagnostiqués en routine clinique [16]. Cette sous-évaluation pourrait résulter de la méconnaissance des praticiens et de la sous-utilisation d'échelles standardisées permettant d'évaluer ce syndrome [18].

Au vu des enjeux potentiels, de la fréquence de ce syndrome et de l'efficacité des traitements, certaines sociétés savantes et plusieurs groupes impliqués dans la pédagogie médicale soulignent l'importance d'un enseignement spécifique de la catatonie [19–21]. En 2013, aux États-Unis, le *Psychiatry Milestone Working group*, chargé de la mise au point d'un programme d'évaluation des compétences des internes en psychiatrie [19], insiste sur la nécessité d'un enseignement spécifique du syndrome catatonique, dont la bonne connaissance apparaît indispensable pour les internes en fin de cursus. L'association colombienne de psychiatrie propose, dans une étude de 2017, un programme d'enseignement de neuropsychiatrie qui inclut la catatonie comme l'une des bases du corpus de connaissances indispensables à acquérir [20]. Enfin, des chercheurs de l'université de Duke aux États-Unis ont réalisé, en 2017, une étude proposant un programme d'enseignement axé sur la neurobiologie et la psychopharmacologie, destiné aux internes de psychiatrie. Dans ce programme, trois sessions de 80 minutes sont réservées à l'enseignement de la catatonie, tout comme à celui de la confusion, des syndromes toxiques, des troubles de personnalité et des troubles neurologiques [21]. Ainsi, il apparaît indispensable de se préoccuper de l'enseignement du syndrome catatonique délivré aux internes du DES (Diplôme d'Enseignement Spécialisé) de psychiatrie et aux psychiatres en France. L'objectif de cette étude descriptive est de réaliser un état des lieux de cet enseignement en France.

MÉTHODES

Questionnaire

Un questionnaire inspiré de Cooper et al. [22] a été construit et utilisé pour réaliser cette enquête (lien vers le questionnaire : <https://goo.gl/QhWnZ8>). Le questionnaire ainsi élaboré comportait 13 questions à propositions fermées. Celles-ci concernaient les signes, les complications, les étiologies et les traitements du syndrome catatonique. Il était demandé aux répondants s'ils avaient déjà pu bénéficier d'un enseignement spécifique de la catatonie au cours de leurs études et, le cas échéant, les modalités de cet enseignement. Leur niveau d'assurance ressentie face au diagnostic et à la prise en charge d'un patient catatonique était également évalué. Ils étaient enfin interrogés sur le nombre de patients catatoniques rencontrés au cours des six derniers mois et de leur carrière médicale dans sa totalité. À la fin du questionnaire, un article explicatif sur la catatonie, en français, était proposé en lecture aux participants [23].

Répondants

Le questionnaire a été envoyé par mail aux internes de psychiatrie français, ainsi qu'aux psychiatres français de moins de cinq ans d'expérience, via les sites locaux des associations d'internes en psychiatrie, ainsi que via le site de l'AFFEP (Association Française Fédérative des Étudiants en Psychiatrie, <https://www.affep.fr/>). Les critères d'exclusion suivants ont été utilisés : internes exerçant une autre spécialité que la psychiatrie, psychiatres de plus de 5 ans d'expérience et répondants n'exerçant pas en France.

Analyse statistique

Les variables catégorielles sont présentées en nombre de répondants ou pourcentages (n ; %). Une comparaison quantitative entre deux groupes de participants (i.e. ayant bénéficié ou non d'un enseignement spécifique du syndrome catatonique) a été effectuée à l'aide de tests du Khi-2 avec un seuil de significativité fixé à 5 %. Les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide du logiciel JAMOVI (<https://www.jamovi.org>) construit à partir du logiciel R.

RÉSULTATS

Caractéristiques et connaissances générales de l'échantillon

Au total, 389 réponses ont été obtenues. Treize réponses ont été exclues : onze réponses de psychiatres de plus de cinq ans d'expérience, une réponse d'un interne en médecine générale, une réponse d'un médecin exerçant en dehors du territoire français. Ainsi, 376 réponses ont été analysées.

Les participants étaient à 67,8 % des femmes. L'âge moyen des répondants était de 28,5 ans. Il s'agissait d'internes de première année (13,3 %), deuxième année (18,9 %), troisième année (19,9 %), quatrième année (21,3 %) et de psychiatres de moins de 5 ans d'expérience (26,6 %). La région d'exercice la plus représentée était l'Île-de-France, dans laquelle exerçaient 24,2 % des répondants. Parmi les répondants, 37,5 % n'avaient jamais reçu d'enseignement spécifique sur la catatonie. Pour les 62,5 % qui avaient pu en bénéficier, les cours avaient été majoritairement reçus au sein de la région d'exercice (dans le cadre de la maquette du DES de psychiatrie pour 37 % des répondants et au décours d'un enseignement hors DU/DIU reçu au sein de la région d'exercice pour 21 % d'entre eux). Des taux d'enseignement différents entre les régions ont été retrouvés, de 26,3 % (Pays de la Loire) à 76,9 % (Île-de-France).

Les résultats complets sont présentés dans le **Tableau 1**.

Les connaissances globales des participants sur le syndrome catatonique ont également été évaluées (symptômes, complications, traitements, étiologies). En ce qui concerne les symptômes, ont été considérées exactes les réponses suivantes : la flexibilité cireuse, la catalepsie, le *gegenhalten* et l'échopraxie. La flexibilité cireuse et la catalepsie sont retrouvées par respectivement 88,6 % et 71 % des répondants, l'échopraxie par 57,7 % des répondants, quand le *gegenhalten* n'est mentionné que par 29,8 % d'entre eux. Notons que 76,9 % des répondants ont choisi au moins une proposition fausse.

Pour les complications, les réponses considérées comme exactes étaient : l'escarre, la thrombose veineuse profonde, la contracture musculaire, l'insuffisance rénale aiguë et l'infection urinaire. Les complications exactes ont chacune été relevées par plus de 50 % des participants (de 51,3 % pour la contracture musculaire à 91,8 % pour l'escarre). 30,6 % des participants ont choisi au moins une complication inexacte parmi leurs réponses.

Concernant les traitements, nous avons considéré comme réponses exactes : les benzodiazépines, l'ECT et les barbituriques, qui sont les traitements historiques de la catatonie. Les réponses considérées comme inexactes étaient : les stimulants, la psychothérapie, les antibiotiques, les antipsychotiques de première génération, les diurétiques mais également les antidépresseurs et la TMS, dont l'efficacité ne bénéficie pas d'un niveau de preuve suffisant à ce jour. En raison d'études plus nombreuses et d'un niveau de preuve semblant supérieur à celui des alternatives thérapeutiques [24], nous avons considéré les antiépileptiques et les antipsychotiques de deuxième génération comme des réponses litigieuses, analysées à part. Les benzodiazépines et l'ECT sont respectivement retrouvées par

91,5 % et 89,4 % des répondants. Les barbituriques ne sont en revanche choisis que par 2,9 % des participants. Les réponses litigieuses sont choisies par 16,2 % des répondants pour les antiépileptiques et 35,9 % pour les antipsychotiques de deuxième génération. Enfin, 46,3 % des répondants ont choisi au moins un traitement inexact dans leurs réponses.

Les réponses données pour les étiologies étaient très hétérogènes au sein des deux groupes, sans que de grandes différences n'émergent. En ce qui concerne les réponses exactes, 16 % des participants estiment à 70 % la prévalence des étiologies psychiatriques quand 17,8 % évaluent celle des étiologies non psychiatriques à 30 %.

Comparaison des groupes « avec enseignement » et « sans enseignement »

Les participants ont ensuite été répartis en deux groupes (« avec enseignement » et « sans enseignement ») et leurs réponses ont été comparées. Les connaissances générales des participants sur la catatonie sont significativement meilleures pour chacun des symptômes catatoniques chez les répondants du groupe « avec enseignement ». Cette différence reste significative pour les réponses fausses, au moins une réponse inexacte ayant été choisie par 72,8 % des répondants du groupe « avec enseignement » contre 83,7 % de ceux du groupe « sans enseignement » ($p = 0,009$). Concernant les complications de la catatonie, une différence significative est retrouvée pour l'une des propositions exactes : l'escarre ($p = 0,014$). Les autres propositions exactes et la catégorie des réponses fausses ne retrouvent pas de différence significative entre les 2 groupes. Pour ce qui est des traitements, une différence significative est mise en évidence entre les 2 groupes pour les benzodiazépines ($p < 0,001$), ce traitement est en effet plus fréquemment reconnu comme essentiel chez les sujets ayant bénéficié d'un cours spécifique (95,3 % contre 85,1 %). Aucune autre différence significative n'est mise en évidence pour les autres propositions exactes ou pour la catégorie des réponses fausses. Quant au niveau d'assurance ressentie, les répondants du groupe « avec enseignement » rapportent être significativement plus à l'aise face à la prise en charge globale d'un patient catatonique par rapport à ceux du groupe « sans enseignement » ($p = 0,001$). Enfin, le nombre de patients catatoniques rencontrés est également rapporté comme significativement supérieur dans le groupe « avec enseignement ». En effet, 50,6 % des répondants du groupe « avec enseignement » déclarent avoir rencontré au moins un patient catatonique au cours des six derniers mois contre 32,6 % de ceux du groupe « sans enseignement » ($p = 0,004$). 28,6% des répondants du groupe « avec enseignement » rapportent avoir rencontré au moins 5 patients catatoniques au cours de leur carrière contre

12 % de ceux du groupe « sans enseignement » ($p < 0,001$). Ces résultats sont rapportés dans le **Tableau 2**.

DISCUSSION

L'objectif de cette étude était d'évaluer les connaissances des internes en psychiatrie et jeunes psychiatres français sur le syndrome catatonique ainsi que l'enseignement qui leur est dispensé sur ce sujet. Les résultats obtenus mettent en évidence une insuffisance de la formation actuelle sur la catatonie au sein de l'enseignement psychiatrique français.

En effet, celle-ci est organisée sur le territoire de façon hétérogène et non systématique, un tiers des répondants n'ayant pas bénéficié d'un enseignement spécifique au moment de la soumission du questionnaire. Par ailleurs, les connaissances actuelles des répondants sur la catatonie semblent fréquemment incomplètes notamment en ce qui concerne les signes catatoniques. Ainsi, la flexibilité cireuse et la catalepsie sont connues par plus de 70 % des répondants, l'échopraxie par 57,7 % d'entre eux mais le *gegenhalten*, n'est retrouvé que par 29,8 % des répondants. En ce qui concerne les complications, les propositions exactes sont toutes retrouvées par plus de la moitié des répondants. Quant aux traitements, les benzodiazépines et l'ECT semblent être connues d'une majorité de répondants (retrouvées respectivement par 91,5 % et 89,4 % d'entre eux) quand les barbituriques, traitements historiques de la catatonie, ne sont que très peu connus (choisis par 2,9 % des répondants). Parmi les réponses litigieuses, nous constatons que 35,9 % des répondants considèrent les antipsychotiques de deuxième génération comme l'un des traitements de la catatonie. Enfin, concernant les étiologies, les réponses données étaient très hétérogènes et aucune différence statistiquement significative n'a été mise en évidence entre les deux groupes.

Notre analyse montre que les propositions justes sont plus fréquemment rapportées par le groupe ayant bénéficié d'un enseignement spécifique, et que les propositions fausses sont plus rapportées par le groupe « sans enseignement ». Il apparaît donc que les participants ayant bénéficié d'un enseignement connaissent mieux les signes catatoniques que ceux n'ayant pas bénéficié d'un tel enseignement. Quant aux complications, une différence significative n'est retrouvée entre les deux groupes que pour l'une des propositions exactes (escarre). Pour ce qui est des traitements, ceux de première intention que sont les benzodiazépines sont significativement plus rapportés par les répondants du groupe « avec enseignement » que par ceux du groupe « sans enseignement ». Ce résultat nous apparaît comme essentiel, puisqu'il s'agit du traitement de première ligne dans le syndrome

catatonique. Finalement, les répondants du groupe « avec enseignement » affirment se sentir significativement plus à l'aise que les répondants du groupe « sans enseignement » face au diagnostic et à la prise en charge des patients catatoniques, patients qu'ils déclarent avoir significativement plus rencontrés au cours des 6 derniers mois et au cours de leur carrière médicale entière.

Ces résultats soulignent donc l'intérêt de l'enseignement spécifique de la catatonie pour l'identification et le traitement du syndrome catatonique par les praticiens. Par ailleurs, la présence d'un nombre conséquent de réponses inexactes choisies par les répondants, y compris ceux du groupe « avec enseignement », questionne les modalités de l'enseignement actuellement dispensé. En effet, le cours magistral ne semble pas être la forme la plus adaptée à l'enseignement de la catatonie, qui profite en revanche largement des supports vidéo exposant des signes catatoniques parfois difficiles à se représenter, à l'aide d'acteurs (<http://www.asso-aesp.fr/semiologie/outils-pratiques/dicosemiopsy/>) ou de patients (<http://www.asso-aesp.fr/semiologie/videos-3eme-cycle/video-catatonie/>).

Les difficultés autour des connaissances du syndrome catatonique peuvent probablement être expliquées par les nombreux « malentendus historiques » [1] associés à son concept depuis sa première description. Définie par K. Kahlbaum en 1874 comme un trouble autonome comportant des signes psychiques et physiques, évoluant par stades et dont la rémission est possible, la description de la catatonie est ensuite reprise par E. Kraepelin qui en fait de façon exclusive l'une des formes de la *Dementia praecox* (rebaptisée schizophrénie par E. Bleuler), incurable. La description d'E. Kraepelin sera préférée à celle de K. Kahlbaum et largement diffusée au cours du XX^e siècle. Il est probable que l'enseignement de la catatonie ait, au cours des XIX^e et XX^e siècles, pâti de l'absence de consensus et de définition claire à son sujet. Ce n'est qu'à partir des années 1970 que les nombreuses études menées permettront de redéfinir la catatonie telle que nous la connaissons aujourd'hui.

Nous avons identifié, dans la littérature internationale, de nombreux articles traitant de la catatonie, de son histoire, de sa sémiologie, de sa prise en charge, mais un seul traitant spécifiquement de l'enseignement dispensé à son sujet. Cet article américain écrit en 2016 par Cooper et Llesuy [22] consiste en une étude menée chez des internes en médecine (dont 21 en psychiatrie et 36 en médecine interne). Les connaissances sur la catatonie de ces internes ont été évaluées à l'aide d'un questionnaire, avant et après le visionnage d'une vidéo explicative sur le syndrome catatonique. Les connaissances des internes en psychiatrie ont été retrouvées significativement meilleures que celles des internes en médecine interne mais, malgré tout,

incomplètes. Vingt internes ont visionné la vidéo proposée dans les suites du questionnaire et une amélioration significative de leurs connaissances sur le sujet a été constatée. Cette étude évaluait également le niveau de confort des internes face à un patient catatonique, celui-ci ayant été retrouvé significativement amélioré après le visionnage de la vidéo explicative, considéré comme « utile » ou « très utile » par tous les internes en ayant bénéficié. Cette étude ne s'intéressait en revanche ni à la répartition de l'enseignement sur le territoire, ni à ses modalités.

L'étude que nous avons menée présente plusieurs limites. Tout d'abord, elle a été réalisée au moyen d'un auto-questionnaire, les réponses ayant été complétées sans supervision, en un temps dont nous n'avons pas connaissance. Par ailleurs, les questions posées sont fermées et non en rédaction libre. Le risque de ce procédé est d'orienter les participants dans leurs réponses et d'ainsi surestimer leurs connaissances réelles. Le design des questions, manquant parfois de précision, peut induire des difficultés quant à l'interprétation des résultats, et ce notamment quant au lieu exact de formation des participants, ou encore sur les traitements de la catatonie, répartis alors en réponses « justes », « fausses » et « litigieuses ». De plus, aucun module d'enseignement n'a été proposé aux répondants du groupe « sans enseignement » dans les suites du questionnaire. Il aurait été intéressant d'évaluer de façon directe l'impact d'un tel enseignement sur la justesse des réponses, ce qui pourrait faire l'objet d'une future étude. Il faut également souligner que les internes de première année, représentant 13,3 % des participants, ont été inclus dans ce travail bien qu'ils soient moins susceptibles d'avoir bénéficié d'un enseignement spécifique ou d'avoir rencontré des patients catatoniques au décours de leur carrière médicale, leur expérience clinique étant logiquement moins développée que celle des autres répondants. Les connaissances sur la catatonie sont retrouvées significativement meilleures dans le groupe « avec enseignement » mais l'hétérogénéité des groupes sur le plan de l'expérience peut rendre difficile l'interprétation des résultats. En effet, plus les répondants sont expérimentés, plus ils ont eu l'occasion de recevoir une formation spécifique. Par ailleurs, cette étude nécessiterait des taux de participation plus homogènes, par exemple grâce à des méthodes d'échantillonnage, permettant de mieux refléter la population de chaque région (actuellement 376 réponses ne provenant que d'un quart des internes français du DES de psychiatrie), pour une généralisation des résultats au territoire français dans son ensemble.

En conclusion, le syndrome catatonique est une entité précisément définie sur le plan clinique, dont les étiologies sont plurielles, qui peut menacer le pronostic vital et qui bénéficie

de plusieurs traitements efficaces. Malgré tout, la catatonie reste aujourd'hui sous-diagnostiquée, notamment du fait de son histoire tumultueuse [25–27]. En conséquence, elle s'avère encore trop souvent mal prise en charge. Dans ces conditions, l'insuffisance actuelle des enseignements spécifiques sur cette entité clinique constitue une problématique majeure. L'enquête réalisée montre l'intérêt qu'aurait une diffusion large d'un enseignement spécifique de la catatonie au cours des études de médecine sur la prise en charge des patients. Cette insuffisance pourrait s'atténuer du fait de la nouvelle réforme du eDES et sa plateforme nationale de cours en ligne (side-sante.org) ou par les dernières recommandations de l'Académie Nationale de Médecine, formulant le souhait d'une Formation Spécialisée Transversale (FST) de neuropsychiatrie (<http://www.academie-medecine.fr/formation-des-futurs-neurologues-et-des-futurs-psychiatres/>). À la lumière des résultats obtenus, nous pensons qu'il serait intéressant d'organiser un enseignement spécifique de la catatonie au sein du programme d'enseignement du DES de psychiatrie. Celui-ci comprendrait notamment un rappel historique et une description précise de la sémiologie, des étiologies et des traitements du syndrome catatonique en présentant certains des signes très particuliers de la catatonie comme la catalepsie ou le négativisme, et des exercices de jeux de rôles, permettant en particulier l'apprentissage de l'examen physique à réaliser chez ces patients [13,28].

RÉFÉRENCES

- [1] Quiles C, Amad A, Micoulaud-Franchi J-A, et al. Sémiologie du syndrome catatonique. *Ann Méd-Psychol*. juin 2017;175(5):486–91.
- [2] American Psychiatric Association, Crocq M-A, Guelfi J-D, et al. *DSM-V : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. 5^eéd. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2015. LVII-1114.
- [3] Tandon R, Heckers S, Bustillo J, et al. Catatonia in DSM-5. *Schizophr Res*. oct 2013;150(1):26–30.
- [4] Healy D. Catatonia from Kahlbaum to DSM-5. *Aust N Z J Psychiatry*. mai 2013;47(5):412–6.
- [5] Heckers S, Tandon R, Bustillo J. Catatonia in the DSM—Shall We Move or Not? *Schizophr Bull*. 1 mars 2010;36(2):205–7.
- [6] Solmi M, Pigato GG, Roiter B, et al. Prevalence of Catatonia and Its Moderators in Clinical Samples: Results from a Meta-analysis and Meta-regression Analysis. *Schizophr Bull*. 20 août 2018;44(5):1133–50.

- [7] Taylor MA, Fink M. Catatonia in psychiatric classification: a home of its own. *Am J Psychiatry*. juill 2003;160(7):1233-41.
- [8] Mauras T, Marcel J-L, Capron J. La catatonie dans tous ses états. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. 1 mars 2016;174(2):115-23.
- [9] Pot A-L, Lejoyeux M. La catatonie. *L'Encéphale*. 1 juin 2015;41(3):274-9.
- [10] Clinebell K, Azzam PN, Gopalan P, et al. Guidelines for preventing common medical complications of catatonia: case report and literature review. *J Clin Psychiatry*. juin 2014;75(6):644-51.
- [11] Fricchione G, Bush G, Fozdar M, et al. Recognition and Treatment of the Catatonic Syndrome. *J Intensive Care Med*. 1 mai 1997;12(3):135-47.
- [12] Madigand J, Lebain P, Callery G, et al. Catatonic syndrome: From detection to therapy. *L'Encéphale*. 1 août 2016;42(4):340-5.
- [13] Gazdag G, Sienaert P. Diagnosing and Treating Catatonia: An Update. *Curr Psychiatry Rev*. 1 avr 2013;9:130-5.
- [14] Pelzer A, van der Heijden F, den Boer E. Systematic review of catatonia treatment. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 17 janv 2018;14:317-26.
- [15] Van der Heijden F, Tuinier S, Arts N, et al. Catatonia: disappeared or under-diagnosed? *Psychopathology*. févr 2005;38(1):3-8.
- [16] Llesuy JR, Medina M, Jacobson KC, et al. Catatonia Under-Diagnosis in the General Hospital. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 2018;30(2):145-51.
- [17] Saddawi-Konefka D, Berg SM, Nejad SH, et al. Catatonia in the ICU: an important and underdiagnosed cause of altered mental status. a case series and review of the literature. *Crit Care Med*. mars 2014;42(3):e234-241.
- [18] Stuiivenga M, Morrens M. Prevalence of the Catatonic Syndrome in an Acute Inpatient Sample. *Front Psychiatry [Internet]*. 3 déc 2014;5.
- [19] Benjamin S, Widge A, Shaw K. Neuropsychiatry and neuroscience milestones for general psychiatry trainees. *Acad Psychiatry*. juin 2014;38(3):275-82.
- [20] Sachdev P, Mohan A. An International Curriculum for Neuropsychiatry and Behavioural Neurology. *Rev Colomb Psiquiatr*. 1 oct 2017;46:18-27.
- [21] Muzyk AJ, Gagliardi JP, Rakesh G, et al. Development of a Diverse Learning Experience for Diverse Psychiatry Resident Needs: A Four-Year Biological Psychiatry Curriculum Incorporating Principles of Neurobiology, Psychopharmacology, and Evidence-Based Practice. *Psychiatry Investig*. mai 2017;14(3):289-97.

- [22] Cooper JJ, Roig Llesuy J. Catatonia Education: Needs Assessment and Brief Online Intervention. *Acad Psychiatry*. juin 2017;41(3):360-3.
- [23] Sienaert P, Hert M, Probst M, et al. Diagnostic et traitement de la catatonie: état des lieux. *Neurone*. 1 janv 2015;20:1-7.
- [24] Beach SR, Gomez-Bernal F, Huffman JC, et al. Alternative treatment strategies for catatonia: A systematic review. *Gen Hosp Psychiatry*. 2017;48:1-19.
- [25] Fink M. Rediscovering catatonia: the biography of a treatable syndrome. *Acta Psychiatr Scand Suppl*. 2013;(441):1-47.
- [26] Gelenberg AJ. The catatonic syndrome. *Lancet Lond Engl*. 19 juin 1976;1(7973):1339-41.
- [27] Fink M. Catatonia: a syndrome appears, disappears, and is rediscovered. *Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr*. juill 2009;54(7):437-45.
- [28] Burrow J, Dulebohn S. Catatonia. In: *StatPearls [Internet]*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2017.

Tableau 1 : Caractéristiques générales des répondants

	GENERAL	AVEC ENSEIGNEMENT	SANS ENSEIGNEMENT
	(n=376)	(n=235)	(n=141)
	%	%	%
Enseignement spécifique		62,5	37,5
Régions des répondants			
Île-de-France	24,2	29,8	17,7
Hauts-de-France	13	14	11,3
Occitanie	12,8	15,3	8,5
Bourgogne-Franche-Comté	9,8	7,2	14,2
Auvergne-Rhône-Alpes	9,3	6,8	13,5
Grand-Est	8,5	7,2	10,6
Nouvelle-Aquitaine	6,6	6,4	7,1
Pays de la Loire	5,1	2,1	9,9
Bretagne	3,2	3,8	2,1
Centre-Val de Loire	2,7	1,1	4,3
Provence-Alpes-Côte d'Azur	2,4	2,1	2,8
Normandie	1,6	2,6	0
DOM-TOM	0,8	0,9	0,7
Sexe			
Femme	67,8	63	74,5
Homme	32,2	36,6	24,1
Age	28,5 (+/-2,99)	28,7 (+/-2,78)	28,2 (+/-3,29)
Expérience professionnelle			
1 ^{ère} année	13,3	8,1	22
2 ^{ème} année	18,9	18,3	19,9
3 ^{ème} année	19,9	20,4	19,1
4 ^{ème} année	21,3	24,7	15,6
Psychiatre	26,6	28,5	23,4

Tableau 2 : Comparaison des réponses des groupes « avec enseignement » et « sans enseignement »

	AVEC ENSEIGNEMENT (n=235) %	SANS ENSEIGNEMENT (n=141) %	Test du Chi-2	P
Symptômes				
Flexibilité cireuse	94	79,4	18,6	<0,001*
Catalepsie	74,9	64,5	4,59	0,032*
Gegenhalten	35,7	19,9	10,6	0,001*
Echopraxie	66,8	42,6	21,2	<0,001*
Réponses fausses (Cataplexie, Aphasie, Spasticité, Adiadicocinésie, Strabisme, Dismétrie)	72,8	83,7	6,76	0,009*
Je ne sais pas	0,9	5		
Complications				
Escarre	94,5	87,2	6,10	0,014*
Thrombose Veineuse Profonde	91,1	87,2	1,39	0,238
Insuffisance Rénale Aiguë	68,1	72,3	0,755	0,385
Infection Urinaire	59,1	57,4	0,211	0,646
Contraction Musculaire	50,6	52,5	0,120	0,729
Réponses fausses (Insuffisance surrénalienne, Colite, AVC ischémique, Dyskinésie tardive, Crise oculogyre)	32,3	27,7	0,909	0,340
Je ne sais pas	3	9,9		
Traitements				
Benzodiazépines	95,3	85,1	11,8	<0,001*
ECT	91,5	85,8	2,98	0,084
Barbituriques	2,6	3,5	0,306	0,580
Antiépileptiques	17,9	13,5	1,25	0,263
Antipsychotiques de 2ème génération	32,3	41,8	4,45	0,216
Réponses fausses (Stimulants, Psychothérapie, Antibiotiques, Antipsychotiques de 1ère génération, Antidépresseurs, Diurétiques, rTMS)	43,8	50,4	1,85	0,173
Je ne sais pas	0,9	2,1		
Assurance				
A l'aise au niveau du diagnostic	55,7 +	33,3 +	26,8	<0,001*
A l'aise pour la prise en charge	48,5 +	23,4 +	36	<0,001*
A l'aise pour reconnaître et prendre en charge	42,6 +	26,2 +	18	0,001*
Nombre de patients catatoniques rencontrés :				
Ces 6 derniers mois				
0	49,4	66,7		
1-4	46,8	30,5		
5-10	3,8	2,1	11,3	0,004*
Plus de 10	0	0		
Je ne sais pas	0	0,7		
Au cours de la carrière entière				
0	9,4	22		
1-4	61,3	65,2		
5-10	20,9	9,2	20,9	<0,001*
10 à 25	6,4	0,7		
Plus de 25	1,3	2,1		

AVC = Accident Vasculaire Cérébral ; ECT : Electro-convulsivo-thérapie ; rTMS : répétitive Transcranial Magnetic Stimulation. * = p < 0.05 ; + = D'accord ou complètement d'accord