

Psychiatrie

Collège National des Enseignants de Médecine Interne

Pr. Pascal Cathébras

2013

Table des matières

1. Particularités du déroulement de l'examen psychiatrique.....	3
2. Troubles psychiatriques et (troubles de la) personnalité.....	3
3. Névroses et psychoses.....	4
4. Sémiologie psychiatrique analytique.....	5
4.1. Les troubles de la vigilance.....	5
4.2. Troubles de la mémoire.....	5
4.3. Les troubles du langage.....	6
4.4. Les troubles de la psychomotricité.....	6
4.5. Les troubles des émotions (affectivité, humeur).....	6
4.6. Les troubles des activités perceptives.....	7
4.7. Les troubles de la pensée, de la conscience de soi et de l'environnement.....	7
4.8. Les troubles du jugement.....	8
4.9. Les troubles des conduites instinctuelles.....	8
4.10. Les troubles des conduites sociales.....	8
4.11. Les conduites addictives ou toxicomanies.....	9
5. Examens complémentaires.....	9
6. Sémiologie élémentaire (illustrée) de quelques troubles mentaux fréquents.....	10
6.1. La dépression majeure (ou caractérisée).....	10
6.2. Les autres troubles de l'humeur.....	10
6.3. Le trouble panique.....	11
6.4. Les autres troubles anxieux.....	11
6.5. Les troubles du comportement alimentaire (TCA).....	11
7. Testez vos connaissances.....	12

Objectifs spécifiques

- Comprendre en quoi l'examen psychiatrique se distingue de la sémiologie des différents appareils.
- Savoir distinguer troubles mentaux et troubles de la personnalité.
- Savoir distinguer névroses et psychoses.
- Savoir reconnaître un trouble de l'humeur : état dépressif, état maniaque.
- Savoir reconnaître une anxiété pathologique : anxiété généralisée, anxiété paroxystique (trouble panique).
- Savoir définir et reconnaître une hallucination.
- Savoir définir et reconnaître une obsession, une compulsion, une impulsion, un passage à l'acte.
- Savoir définir un délire par son mécanisme, ses thèmes, et son degré de systématisation.
- Savoir interroger un patient sur ses troubles du sommeil.
- Savoir définir et reconnaître une conduite addictive.
- Savoir reconnaître les principaux troubles du comportement alimentaire.

1. Particularités du déroulement de l'examen psychiatrique

- Dans un **endroit calme**, qui respecte l'intimité du patient.
- **Empathie** : témoigner activement de son intérêt pour les émotions, les valeurs et l'histoire du sujet, mais sans se montrer artificiellement rassurant ou chaleureux.
- **Neutralité** : faire preuve de *neutralité* et de réserve, mais pas de froideur.
- **Premiers temps de l'entretien** : aussi peu directifs que possible (temps de l'écoute), sans toutefois laisser s'installer un silence pesant si le patient éprouve des difficultés à s'exprimer librement.
- **Puis vient le temps des questions** : obtenir des précisions sur les symptômes, les grandes « fonctions psychiques » (fonctions intellectuelles et perceptives, état affectif, conduites instinctuelles et sociales, etc.).
- **Etre attentif aux émotions** que déclenche le contact avec le patient (sympathie, irritation, apitoiement, peur, etc.), dont le médecin doit être conscient pour que son jugement ne s'en trouve pas biaisé.
- **Valeur thérapeutique de l'examen psychiatrique** : les modalités de la relation nouée à l'occasion de l'entretien initial engagent largement la qualité de la suite des soins.

2. Troubles psychiatriques et (troubles de la) personnalité

Troubles mentaux : *maladies* plus ou moins durables et plus ou moins clairement délimitées (par exemple *dépression majeure, psychose paranoïaque, trouble obsessionnel-compulsif*).

Troubles de la personnalité : perturbations stables du caractère, comme la personnalité histrionique [ou "hystérique"] ou la personnalité antisociale [ou "psychopathique"].

En savoir plus

Les troubles de personnalité et les troubles mentaux coexistent souvent, et certains troubles de personnalité peuvent prédisposer à certains troubles mentaux, c'est pourquoi ces deux types de troubles sont rangés sous deux "axes" différents dans certaines classifications comme celle du DSM-IV.

La personnalité est un ensemble de particularités psychologiques profondément ancrées dans un individu, largement inconscientes et difficilement modifiables, qui s'expriment dans pratiquement tous les aspects du fonctionnement mental (cognitions, affectivité, relations interpersonnelles) et dans une large gamme de contextes (familial, social, professionnel).

Les traits de personnalité sont à la fois hérités biologiquement et issus des expériences précoces. Ils constituent la manière caractéristique et individuelle de percevoir, de penser et d'agir sur son environnement. Les traits de personnalité ne constituent des troubles de personnalité que lorsqu'ils sont rigides ou inadaptés, qu'ils causent une souffrance subjective ou altèrent le fonctionnement du sujet ou gênent l'entourage.

Il existe une continuité entre des traits de personnalité « *normaux* » et les personnalités pathologiques, qui correspondent à des situations extrêmes quant à certains facteurs de la personnalité.

Les troubles de personnalité et les troubles mentaux coexistent souvent, et certains troubles de personnalité peuvent prédisposer à certains troubles mentaux, c'est pourquoi ces deux types de troubles sont rangés sous deux "axes" différents dans certaines classifications comme celle du DSM-IV.

3. Névroses et psychoses

Psychoses : troubles mentaux graves dans lesquels le contact avec la réalité, et la conscience du trouble, sont perturbés. La pensée logique, l'affectivité, les relations aux autres sont gravement atteintes. Il existe fréquemment un délire.

- **Groupe des schizophrénies** : psychoses débutant chez le sujet jeune, dans laquelle le sens de l'identité est gravement perturbé.
- **Groupe des autres psychoses chroniques** : survenant chez des sujets d'âge mur ou âgés, et caractérisées par un délire à tonalité souvent persécutoire : psychose paranoïaque ou psychose hallucinatoire chronique.

Attention

La "*psychose maniaco-dépressive*" n'est pas une psychose, mais un trouble de l'humeur, avec alternance d'épisodes dépressifs et maniaques.

On parle aujourd'hui de trouble bipolaire.

Névroses : pas d'altération du sens de la réalité.

Le sujet a une conscience, souvent douloureuse, du trouble et de ses difficultés à vivre. Il n'y a jamais de délire.

Il existe souvent un sentiment de culpabilité.

Les symptômes sont variables selon la névrose : corporels et psycho-sexuels dans la névrose hystérique,

pensées intrusives et compulsions dans la névrose obsessionnelle, angoisse et évitement dans la névrose phobique, etc.

En savoir plus

Le concept de névrose est plutôt adapté à la description psychodynamique* des troubles de la personnalité. Il a disparu du DSM, et les troubles décrits autrefois dans les névroses apparaissent classés différemment : par exemple les anciennes "dépressions névrotiques" dans les *troubles de l'humeur*, la "névrose phobique" et la "névrose obsessionnelle" dans les *troubles anxieux*, etc.

**L'approche psychodynamique de la psychopathologie est issue de la psychanalyse : elle interprète la personnalité, les symptômes et le fonctionnement psychique de l'individu en termes d'inconscient, de conflit intra-psychique, de narcissisme, de "perte d'objet", etc.*

4. Sémiologie psychiatrique analytique

Lors de l'entretien, le médecin doit analyser les propos et le comportement du patient, de façon à pouvoir « *extraire* » les informations utiles à la construction d'un diagnostic psychiatrique.

Il va falloir un langage plus précis que « *il n'est pas net* », « *il est bizarre* » !

4.1. Les troubles de la vigilance

Les troubles de la vigilance relèvent davantage de la neurologie que de la psychiatrie.

- Ils comportent l'*obnubilation* et, à un plus fort degré, la *confusion mentale*, caractérisée par une altération plus ou moins fluctuante de la vigilance, de la mémoire, de l'orientation dans le temps et l'espace, et parfois par un onirisme (hallucinations terrifiantes, par exemple images d'animaux menaçants ou *zoopsies*).
- L'exemple-type d'un syndrome confuso-onirique est le *delirium tremens*, grave syndrome de sevrage brutal chez un malade alcoolo-dépendant.

4.2. Troubles de la mémoire

Relèvent davantage de la neurologie que de la psychiatrie.

Amnésies :

- **Rétrogrades (ou d'évocation)** : oubli de souvenirs jusque là conservés, par exemple dans le syndrome confusionnel.
- **Antérogrades (ou de fixation)** : impossibilité de fixer des informations nouvelles, comme dans l'ictus amnésique, transitoire et bénin, ou le syndrome de Korsakoff, grave complication de l'alcoolisme.
- **Antéro-rétrogrades** (dans les démences).
- **Les amnésies psychogènes**, parcellaires, sont rares.

4.3. Les troubles du langage

Les troubles du langage d'origine psychiatrique se distinguent des troubles du langage d'origine neurologique ou aphasies.

Sont décrits en pathologie psychiatrique :

- **Mutisme**, de signification variable.
- **Logorrhée**, discours accéléré et prolixe observé principalement dans la manie.
- **Palilalie**, répétition de mots ou de phrases, souvent prononcés par l'interlocuteur (*écholalie*), observée au cours de la schizophrénie et des démences.

4.4. Les troubles de la psychomotricité

- **L'agitation motrice** : peut être brève, réactionnelle à un stress aigu, ou durable, au cours de la manie et des états confusionnels ou délirants.
- **Le ralentissement psychomoteur**, inverse de l'agitation, est observé dans la dépression (lien interne).
- **La stupeur** est l'absence de toute activité motrice et de langage. Elle est observée après un traumatisme psychique, ou au cours des états mélancoliques, de la schizophrénie, et des états confusionnels.
- **Les compulsions** sont des actes inutiles ritualisés, que le sujet ne peut s'empêcher de répéter tout en reconnaissant leur caractère absurde (par exemple : rituels de vérification ou de lavage dans le trouble obsessionnel-compulsif [ou névrose obsessionnelle]).
- **Les impulsions** sont des actes souvent agressifs ou délictueux, auxquels le sujet se sent contraint, et qu'il réalise brutalement. L'impulsivité caractérise certains troubles de personnalité comme la personnalité anti-sociale.
- **La catatonie** s'observe dans certaines schizophrénies. Le patient est mutique, immobile, opposant à toute sollicitation (négativisme) ou maintient indéfiniment une position du corps fixée par l'examineur (catalepsie).

4.5. Les troubles des émotions (affectivité, humeur)

Humeur (ou thymie) : tonalité affective de base, résultante de l'état émotionnel à un moment donné, normalement soumise à des fluctuations tout en restant adaptée à l'ambiance environnante.

- Peut varier de l'euphorie et du plaisir à la tristesse et à la douleur. A l'opposé de ces humeurs extrêmes (hyperthymie) se situe l'émoussement affectif (hypothymie). L'humeur est pathologique lorsqu'elle devient fixe et insensible à l'environnement.
- **L'humeur dépressive** : comporte une tonalité de tristesse constante, voire de douleur morale. Parfois, le déprimé exprime plutôt son incapacité douloureuse à éprouver des sentiments envers autrui (anesthésie affective). L'humeur dépressive s'accompagne d'idées pessimistes et péjoratives sur le passé, le présent et l'avenir, d'un sentiment d'incapacité et de dévalorisation de soi, d'un désintérêt et souvent d'un désir de mort (lien interne).
- **L'humeur expansive** : marquée par l'euphorie, l'optimisme, le sentiment de puissance, les intérêts multiples, les désirs impérieux, et l'hypersensibilité à l'ambiance (hypersyntonie). Cette humeur est caractéristique de la manie (lien interne).

Anxiété (ou angoisse, qui a une connotation plus forte) : état émotionnel pénible caractérisé par une peur "sans objet", un sentiment d'attente inquiète, et des manifestations neuro-végétatives souvent au premier plan : palpitations, oppression thoracique, gêne respiratoire, "boule dans la gorge", etc.

Elle est fréquente au cours de toutes les maladies psychiatriques mais domine parfois le tableau :

- **Trouble anxieux généralisé** : anxiété diffuse et permanente.
- **Trouble panique** : anxiété survenant par crises spontanée (lien interne).
- **Phobies** : anxiété déplacée sur des objets ou des situations sans danger objectif.
- **Hypochondrie** : anxiété cristallisée sur la crainte de la maladie.

Trouble obsessionnel compulsif ou névrose obsessionnelle : anxiété s'exprimant sous la forme de pensées obsédantes (obsessions) que des compulsions tentent de faire disparaître.

4.6. Les troubles des activités perceptives

Illusions : perceptions incorrectes d'un objet réel, observées dans les états anxieux et confusionnels.

Hallucinations : perceptions sans objet, qui caractérisent les psychoses (schizophrénies et délires chroniques), l'effet des drogues hallucinogènes, et les syndromes confuso-oniriques.

Les hallucinations ne sont pas « critiquées » par le sujet qui a la conviction de leur réalité objective.

- **Hallucinations « psycho-sensorielles »**, perçues comme extérieures :
 - Auditives (bruits, voix).
 - Visuelles, olfactives, gustatives, tactiles (sensibilité superficielle).
 - Cénesthésiques (sensibilité interne).
- **Hallucinations « psychiques »** : il s'agit de voix intérieures ou de pensées transmises, par exemple via des « ondes ».

On parle de *syndrome d'influence* ou de *syndrome d'automatisme mental*, difficiles à distinguer en pratique.

Ce type d'hallucinations se rencontre essentiellement au cours des schizophrénies.

4.7. Les troubles de la pensée, de la conscience de soi et de l'environnement

Troubles du cours de la pensée

- **Tachypsychie** : pensée accélérée, dans la manie ou sous l'effet d'une drogue psychostimulante
- **Bradypsychie** : pensée ralentie, dans la dépression et les syndromes confusionnels.
- **Barrage** : discontinuité de la pensée caractéristique de la dissociation schizophrénique.

Troubles du contenu de la pensée de type :

- **de type « névrotique »** :
 - Phobies : peur irraisonnée de certains objets ou situations entraînant leur évitement.
 - Obsessions : idées qui s'imposent au sujet qui les ressent comme absurdes mais qu'il ne parvient pas à chasser.
- **de type « psychotique »**, les idées délirantes : symptômes majeurs des psychoses, les idées délirantes sont des idées en dehors de la réalité, auquel le sujet « adhère ».

Un délire se définit par :

- son mécanisme : hallucination, interprétation, intuition, imagination.
- son thème : persécution, mégalomanie, délire d'influence, délire passionnel, délire mystique, délire de filiation, etc.
- son degré de systématisation (un délire est systématisé s'il a une cohérence interne)
- son degré d'extension : « en secteur » ou « en réseau » s'il envahit toute la vie psychique.

Déréalisation et dépersonnalisation : symptômes observés parfois de façon transitoire au cours d'une anxiété ou d'un stress majeurs, mais surtout, de façon durable, au cours des schizophrénies.

- **La déréalisation** correspond au sentiment que l'environnement est devenu bizarre ou irréel, qu'il a perdu sa familiarité.
- **La dépersonnalisation** correspond à la perte du sentiment d'identité, ou de familiarité avec soi-même.

4.8. Les troubles du jugement

S'observent au cours des démences, en lien avec l'affaiblissement des capacités cognitives.

Des distorsions du jugement, fondées sur l'interprétation erronée de perceptions exactes, ou un raisonnement logique à partir de prémisses fausses, sont caractéristiques des psychoses chroniques comme le délire paranoïaque.

4.9. Les troubles des conduites instinctuelles

Troubles du sommeil : très fréquents dans toutes les pathologies psychiatriques.

- **Insomnies**, le plus souvent, dont certaines ont un type évocateur, par exemple l'insomnie du petit matin des états dépressifs sévères.
- **Hypersomnie et somnolence diurne anormale** relèvent plutôt de causes neurologiques ou générales (syndrome d'apnées du sommeil), mais sont parfois « *névrotiques* » ou « *dépressives* ».

Troubles des conduites alimentaires :

- **Anorexie** : désigne la perte de l'appétit. Elle peut être d'origine organique ou dépressive. Dans l'anorexie mentale, paradoxalement, c'est une restriction volontaire de l'alimentation qui est en cause, et non une anorexie.
- **Accès boulimique** : c'est le besoin impérieux d'absorber une grande quantité de nourriture, suivi d'un sentiment de culpabilité et de comportements visant à limiter la prise de poids.

Troubles des conduites sexuelles : recouvrent les troubles de l'identité sexuelle (transsexualisme), les « *déviationsexuelles* », et les perturbations de la réalisation de l'acte sexuel (dysfonction érectile, anorgasmie, vaginisme, etc.) qui sont fréquentes dans de nombreux troubles mentaux.

4.10. Les troubles des conduites sociales

Le *passage à l'acte* est une conduite impulsive, souvent auto- ou hétéro agressive, qui représente le principal trouble des conduites sociales.

Il est possible dans de nombreux troubles mentaux, et assez caractéristique de certaines personnalités pathologiques (« *borderline* » ou anti-sociale).

4.11. Les conduites addictives ou toxicomanies

L'addiction se définit comme "*la répétition d'actes susceptibles de donner du plaisir mais marqués par la dépendance à un objet matériel ou une situation, recherchés et consommés avec avidité*". (JL Pedinielli)

En savoir plus

L'addiction naît de la rencontre d'une personnalité, d'un environnement social et culturel, et d'un produit ou d'un comportement (C Olivenstein). Elle ne suppose pas une psychopathologie spécifique, même si certains troubles de personnalité ou certaines maladies mentales (par exemple troubles de l'humeur et troubles anxieux) peuvent y prédisposer (et aussi en résulter).

Le concept d'addiction recouvre des situations diverses :

- Alcoolisme,
- Tabagisme,
- Toxicomanie aux produits illicites (opiacés, cannabis, hallucinogènes, etc.),
- Addictions comportementales (jeu pathologique, activité sportive compulsive),
- Troubles des conduites alimentaires.

Pour chacun des produits en cause dans les toxicomanies, on distingue :

- Usage simple (non pathologique),
- Usage nocif ou abus (consommation excessive, mais sans dépendance, avec des conséquences néfastes sur la santé physique, psychique et sur la vie sociale),
- Dépendance (consommation compulsive, tolérance = nécessité d'augmenter les doses, symptômes de sevrage, perturbations psychologiques sévères, et complications graves).

Le diagnostic d'une addiction repose sur certains critères cliniques :

- Sujet préoccupé par le produit ou le comportement,
- Se sent incapable de résister aux impulsions de consommation,
- Tente vainement de réduire cette consommation ou ce comportement, qu'il perpétue en ayant conscience de son rôle délétère sur la santé ou la vie socio-professionnelle,
- Sacrifie des activités professionnelles, sociales ou récréatives au profit du produit ou du comportement,
- Se sent irritable et agité en cas d'impossibilité de s'y adonner,
- Présente des symptômes physiques et psychologiques lors du sevrage.

5. Examens complémentaires

En pratique clinique, on utilise certains questionnaires ou échelles (d'auto- ou d'hétéro-évaluation selon qu'ils sont remplis par le sujet lui-même ou le médecin) :

MMS (mini-mental status) : permet une évaluation rapide des fonctions supérieures (mémoire, langage, praxies, gnosies) et oriente le diagnostic vers une démence lorsque le score est < 26/30.

- **Echelle HAD** (hospital anxiety and depression scale) : échelle d'auto-évaluation de la symptomatologie dépressive et anxieuse, conçue pour les patients hospitalisés en milieu médical.

- **Questionnaire DETA** : vise à repérer les consommateurs d'alcool à risque (abus et/ou dépendance) :
 - Avez-vous déjà ressenti le besoin de **Diminuer** votre consommation d'alcool ?
 - Votre **Entourage** vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation d'alcool ?
 - Avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez **Trop** ?
 - Avez-vous déjà eu besoin d'**Alcool** dès le matin pour vous sentir en forme ?

Certains examens paracliniques sont utiles pour écarter une cause organique aux troubles psychiatriques, particulièrement lorsqu'on est face à un syndrome démentiel, ou à un syndrome confusionnel (dont la cause n'est habituellement pas psychiatrique, mais toxique, métabolique, ou témoignant d'une lésion cérébrale) :

- Tomodensitométrie ou IRM cérébrale.
- Electroencéphalogramme.
- Bilan métabolique et endocrinien (glycémie, natrémie, calcémie, créatininémie, TSH, par exemple).

6. Sémiologie élémentaire (illustrée) de quelques troubles mentaux fréquents

A ce stade de l'entretien, le médecin va regrouper les différentes informations recueillies afin de porter un diagnostic opérationnel : le patient est triste, mais s'agit-il d'une dépression, si oui, est-elle majeure ? Etc.

6.1. La dépression majeure (ou caractérisée)

Fait partie des troubles de l'humeur (ou troubles thymiques).

Troubles durables (au moins 15 jours) comportant :

- Humeur triste,
- Perte d'intérêt (de désir), et de plaisir (anhédonie),
- Ralentissement psychomoteur (discours, gestes, voix) ou plus rarement signes d'agitation,
- Perte de l'appétit,
- Troubles du sommeil (classiquement insomnie par réveil précoce, plus rarement hypersomnie),
- Diminution de l'énergie (élan vital), fatigue,
- Difficultés de concentration et de mémoire,
- Plus rarement : sentiments de culpabilité ou d'indignité (pouvant aller jusqu'au délire dans le cas de la mélancolie), et idées « noires », de mort voire de suicide,
- Plaintes somatiques fréquentes (fatigue, douleurs), préoccupations hypocondriaques (craintes pour sa santé physique), et anxiété.

Le risque principal de la dépression est le suicide.

La dépression est aussi un facteur de risque de mortalité par maladie somatique.

A cet emplacement se trouve une vidéo ou un son, disponible sur la version en ligne.

6.2. Les autres troubles de l'humeur

La dysthymie (ou dépression mineure) : caractérisée par un état dépressif modéré mais très chronique

Etat maniaque : réalise une forme "inversée" de la dépression :

- Humeur gaie, expansive ou irritable,
- Activité augmentée,
- Communicabilité plus grande,
- Besoin de sommeil réduit,
- Fuite des idées,
- Distractibilité,
- Le patient peut se livrer à des activités déraisonnables (achats inconsidérés, etc.).

A cet emplacement se trouve une vidéo ou un son, disponible sur la version en ligne.

Trouble bipolaire (ancienne psychose maniaco-dépressive) : caractérisé par l'alternance d'accès maniaques et dépressifs souvent graves (mélancolie). C'est un trouble psychiatrique à fort déterminisme génétique, que l'on peut contrôler par les médicaments thymo-régulateurs comme le lithium.

6.3. Le trouble panique

Trouble anxieux caractérisé par la répétition de crises aiguës d'angoisse (ou attaques de panique)

- Comportent surtout des **symptômes somatiques** : dyspnée, sensation d'étouffement, vertiges, malaise, palpitations, sueurs, nausées, paresthésies, etc.)
- **Symptômes psychologiques** : peur de s'évanouir, de mourir, de perdre le contrôle, souvent perçus et décrits par le patient comme la conséquence des symptômes physiques, survenus spontanément.

Ce trouble fréquent peut se compliquer d'*agoraphobie* (peur des espaces découverts et de la foule) et d'*hypocondrie*.

A cet emplacement se trouve une vidéo ou un son, disponible sur la version en ligne.

6.4. Les autres troubles anxieux

- **Anxiété généralisée** : trouble fréquent et chronique caractérisé par des soucis excessifs vis-à-vis de nombreux événements et activités.
- **Phobies spécifiques** : peurs irraisonnées ou excessives déclenchées par la confrontation (ou l'anticipation d'une confrontation) à un objet ou une situation spécifique, par exemple : prendre l'avion, se trouver dans un endroit clos, rencontrer un animal, voir du sang, subir une injection, etc.
- **TOC** : existence d'obsessions et/ou de compulsions (voir § 4.4 et 4.7).

A cet emplacement se trouve une vidéo ou un son, disponible sur la version en ligne.

- **Syndrome de stress post-traumatique.**
- **Phobie sociale.**

6.5. Les troubles du comportement alimentaire (TCA)

Beaucoup plus fréquents chez la femme.

Anorexie mentale

- Refus de maintenir son poids au delà de 85% du poids normal,
- Peur intense de (re)prendre du poids,
- Perturbation de l'image du corps,
- Déni de la maigreur,
- Aménorrhée.

On distingue deux types d'anorexie : restrictive, et avec épisodes boulimiques ou vomissements

Boulimie

- Episodes de boulimie (ingestion de grandes quantités de nourriture avec sentiment de perte de contrôle sur la prise alimentaire),
- Comportements compensatoires (vomissements, laxatifs, jeûne, exercice physique intensif).

Dans les deux cas, il existe une influence excessive du poids ou de la forme corporelle sur l'estime de soi. Les TCA peuvent s'associer ou se succéder dans le temps. Leur phénoménologie s'apparente à celle des conduites addictives.

7. Testez vos connaissances

[Testez vos connaissances](#)