

23-23 novembre 2013

Xe Congrès de l'ACESM :
La méchanceté en psychiatrie
et ailleurs

22 novembre 2013

Promis, demain j'arrête !...
Qui peut m'aider ?
*Confrontation des pratiques
sur l'alcoolisme*

IXe Congrès :
Comorbidités psychiatriques
attitudes et pratiques
Les interventions

Le DPC aujourd'hui



Le mot du président	2
E propose di u presidente	3
Promis demain j'arrête !... Qui peut m'aider	
<i>Le programme</i>	4
Xe Congrès de l'ACESM	
La méchanceté en psychiatrie et ailleurs	
<i>Le programme</i>	5
Le DPC aujourd'hui	6
Le IXe Congrès de l'ACESM	
Comorbidités psychiatriques : attitudes et pratiques	
Le point de vue du généraliste et du psychiatre Dr Gilbert Guidicelli & Dr Parick Bendimerad	7
Addictions et troubles psychiatriques comorbides Pr Amine Benyamina	9
Les nouvelles approches cliniques du suicide Pr Philippe Courtet	10
Qu'apportent les neurosciences à la santé mentale ? Pr Patrice Boyer	12
Troubles bipolaires : une prise en charge multidimensionnelle ? Pr Frank Bellivier	13
Polyconsommation médicamenteuse et comorbidité Pr Patrick Martin	14
Tabac et bipolarité : prise en charge thérapeutique Dr Mocrane Abbar	15
Le concept de comorbidité en psychiatrie : fact ou artéfact ? Dr Stéphane Mouchabac	17
Comorbidité et adolescence : quelle prise en charge ? Pr Manuel Bouvard	18
Ceci vous intéresse...	19
Ceci vous intéresse aussi...	20



Le mot du Président

Cette année l'Association Corse Equilibre et Santé Mentale (ACESM) souhaite fêter avec vous ses dix ans d'organisation de congrès et confirmer que, fidèle à ses objectifs, elle s'inscrit bien dans une démarche de diffusion des connaissances et d'ouverture à leur diversité, tout en souhaitant que ce soit un lieu d'élaboration et de production de savoir, constituant par là même le socle d'une identité.

Ainsi le comité d'organisation de l'ACESM et moi-même avons le plaisir de vous inviter à deux événements scientifiques qui auront lieu à Bastia.

L'un concerne une réunion scientifique sur un thème phare qu'est la prise en charge pragmatique de l'alcoolisme, l'autre notre congrès annuel. Ce dernier aura lieu les 23 et 24 novembre 2013 et se déroulera dans le cadre habituel de l'Hôtel du Département de Haute-Corse situé Rond-Point du Général Leclerc (le samedi) et à l'Hôtel Ostella, salle de conférence situé Route de Bastia, RN193 (le dimanche).

La dixième édition de notre congrès aura pour thème principal "La méchanceté en psychiatrie et ailleurs...". Comme vous pourrez le voir dans ce programme, de nombreuses facettes de cette thématique seront développées avec éclectisme alliant neurosciences, sciences humaines et sociales.

Nous avons voulu également trouver une occasion de mettre en commun, entre tous les acteurs de santé, une réflexion approfondie sur les pratiques et les théories, en proposant un débat sur une meilleure prise en charge de l'alcoolisme : "Promis, demain j'arrête !... Qui peut m'aider ?", manifestation qui aura lieu sous la direction du Pr Amine Benyamina, le vendredi 22 novembre à partir de 19h, à la salle de conférence de l'Hôtel Ostella.

Enfin, dans une certaine mesure, nous innoverons cette année puisque ces deux manifestations s'inscrivent dans la démarche du développement professionnel continu (DPC).

Cette démarche nous semble d'autant plus importante que nous élaborons un savoir sur la prise en charge des pathologies mentales, que nous imaginons nous guider dans nos interventions, tout en disposant d'un savoir-faire qui s'est construit au fil du temps. Pour ne pas rompre cet équilibre il faut donc conforter en permanence ces savoirs et savoir-faire.

Messieurs les Prs Alain Puech, Pierre Thomas et Patrick Martin qui nous font l'honneur de présider et modérer l'édition 2013 de ce congrès et moi-même espérons vivement avoir le plaisir de vous retrouver lors de ces rendez-vous de Bastia que nous espérons chaleureux autant que riches d'enseignements.

A handwritten signature in black ink, consisting of several overlapping loops and a long horizontal stroke extending to the right.

Dr Fabrice Sisco
Président de l'ACESM



E proposte di u presidente

Quist' annu l'associu Corsica equilibriu è salute mentale brama di festighja cù voi i dece anni d'organizzazione di u cunghressu è cunfirmà cù fidelità i so oghjettivi chi s'impègnanu, di sicuru, in una dimarchja è una sparghjera di cunniscenze à d'apertura à e so diversità. Bramemu dinù ch'ellu sia un locu d'élaborazione è di pruduzione di u sapè, da custituisce cusì, u zòcculu d'una identità.

Di fatti u cumitatu d'organizzazione di l'ACESM è eui stessu, avenu u piacè d' invintàvi cù i vostri cullaboratori à dui eventi scientifici chi si feranu in Bastia. L'una tratta di una addunita scientifica nant' à un tema maiò, vale à dì, piglià in carica di manera prammatica l'alculisimu, è hè u nostru cunghressu d'ogni annu.

St'ultimu si svoglierà u 23 è u 24 novembre 2013 cum'è di regula à u Dipartimentu di l'Alta Corsica situatu à u giratoghju Leclerc (u sabbatu) è à l'albergu "L'Ostella" , sala di cunferenza, situatu strada di Bastia RN 193 (a dumenica)

A decesima edizione di u nostru cunghressu averà per tema principale : "A gattivezza in psichiatria è altrò". Cum'è po a viderete in stu prugramma, parechi lati d'ista tematica seranu sviluppati cù eclettisimu, lighendu neuroscienze, scienze umane è suciale.

Avemu dinù vulssutu truvà un'occasione di mette in cumunu frà tutti l'attori di a salute, una riflessione nant' à e pratiche à teurie, prupunendu un dibattitu mantu a manera di piglià in carica à u megliu l'alculisimu : "A prumettu, dumane piantu ...Quale mi pò aiutà ?" Issa manifestazione si ferà sottu a direzione du u professore Amine Benyamina, u vennari 22 novembre à partesi di 7 ore di sera sala di cunferenze di L'Ostella.

In fine ci serà d'una certa manera una nuvità , postu chì quist'annu prupunimu à pussibilità di scrivevi per ciò chì tocca iste duie manifestazioni in una dimarchja di u sviluppu prufeziunale cuntinuu. Ista dimarchja ci pare di tanta primura, chè no preparemu un sapè nant' à u piglia in carica di e malatie mentale chè no imaghjinemu cunviacci in le nostre intervensione è dispuendu d'un sapè fà chi si hè custutuitu in u tempu. Per un sciappà st'equilibriu ci vole à furtificà in permanenza issi sapè è sapè fà.

I sgiò professore Alain Puech, Pierre Thomas et Patrick Martin chì ci facenu l'onore di preside è muderà l'edizione 2013 d'istu cunghressu è eiu dinù, speremu assai d'avè u piacè di rutruvà vi per st'appuntamentu in Bastia, chè no speremu tantu piacevule è riccu d'insignamentu.

Dr Fabrizio Sisco
Presidente di l'ACESM

MANIFESTATION SCIENTIFIQUE
organisée par l'Association Corse Equilibre et Santé Mentale (ACESM)
en partenariat institutionnel avec l'URPS-ML CORSE
sous l'égide de l'Université de Corse

Promis, demain j'arrête !....Qui peut m'aider ?

Président : Pr Amine Benyamina (Villejuif)
Modérateur : Dr Fabrice Sisco (Bastia)

Avec le soutien institutionnel des Laboratoires Lundbeck



Vendredi 22 novembre 2013

Hôtel Ostella - Salle de conférence - Rte Bastia sortie Sud - RN 193 - 20600 Bastia

PROGRAMME

19h00 à 19h45

Accueil des participants

19h45 à 20h00

Introduction : Enjeux et perspectives

Qu'attendent les patients alcoolo-dépendants de leurs soignants dans la prise en charge de leur maladie ?

Pr Amine Benyamina (Villejuif)

20h00 à 20h30

Repérer : Qui ? Comment ?

Quelles sont les attentes des patients, avant et après, pour quelles filières de soins ?

Dr Philippe Castera (Bordeaux)

20h30 à 21h00

Entretien motivationnel : Le challenge du changement

Mettre en œuvre et maintenir le changement de comportement : vers une synergie d'actions thérapeutiques, d'observance, de prévention.

Dr Patrick Bendimerad (La Rochelle)

21h00 à 21h30

Prise en charge thérapeutique et place des acteurs de santé : Thérapeutique basée sur les preuves ?

Thérapeutique pragmatique ?

Dr Benoît Trojak (Dijon)

21h30 à 22h00

Approche biopsychosociale de la maladie alcoolique.

Quels enjeux de l'évaluation biopsychosociale et de sa restitution au patient

Dr Philippe Nubukpo (Limoges)

22h00

Discussion générale orchestrée par le Pr Amine Benyamina

N° de formation : 53350920735 - Numéro d'organisme de DPC : 1587
en partenariat avec le Collège National pour la Qualité des Soins en Psychiatrie (CNQSP)



Xe congrès de psychiatrie
organisé par l'Association Corse, Equilibre et Santé Mentale (ACESM)
en partenariat avec l'URPS, l'URCAM & l'Université de Corse

La méchanceté en psychiatrie et ailleurs...

Présidents du congrès : Pr Alain Puech (Paris) et Pr Pierre Thomas (Lille)
Modérateur : Pr Patrick Martin (Paris)

Samedi 23 novembre 2013
Hôtel du Département

08h30-09h30 Accueil des participants

09h30-10h00 Allocutions de bienvenue de
M. Joseph Castelli, Président du Conseil général de Haute-Corse
et du Président de l'Université de Corse ;
Introduction du Dr Fabrice Sisco, organisateur

10h00-10h30
*Le Complexe de Barbe-Bleue : Psychologie de
la méchanceté et de la haine (Meynard)*
Qu'est-ce que la méchanceté ?
Dr Jean-Albert Meynard (La Rochelle)

10h30-11h00
*Quelque méchant qu'on soit, on ne réussit guère à faire
le mal avec plaisir (George Sand)*
Méchanceté et perversité : clinique des émotions obscures
Dr Jean-Pierre Denis (Bastia)

11h00-11h30 - Pause

11h30-12h00
*Si les gens sont si méchants, c'est peut-être seulement parce
qu'ils souffrent (Céline)*
Traiter la méchanceté - Pr Patrick Martin (Paris)

12h00-12h30
Le grand méchant loup (Esopé)
Le refus de soins
Dr Jean-Paul Chabannes (Grenoble)

12h30-14h00
Déjeuner sur place
*L'espoir est un bon petit déjeuner, mais c'est
un méchant souper (Bacon)*

14h00-14h30
Avoir le vin méchant... (expression picarde)
Prise en charge de l'alcoolisme : en verre et contre tout
Pr Amine Benyamina (Villejuif)

14h30-15h00
*Il est bien difficile de dire si l'homme naît méchant
ou s'il le devient tout de suite (Beaue)*
La méchanceté est-elle innée ou acquise ?
Pr Philippe Courtet (Montpellier)

15h30-16h00
*La malice est l'effet de la malignité ; la méchanceté est
une disposition du tempérament (Voltaire)*
Méchanceté et troubles de l'humeur
Pr Pierre Thomas (Lille)

16h00-16h45

*Toute méchanceté a sa source dans la faiblesse
(Sénèque)*
D-éloge de la méchanceté.....
Dr Michel Fize (Paris), sociologue

16h45-17h15

*Méchanceté n'a besoin que d'un prétexte
(Aristote)*
Méchanceté et personne âgée : comment y remédier ?
Dr Michel Benoit (Nice)

17h15

Discussion générale et conclusion, avec gentillesse...
Dr François Conraux (Saint-Dié)

Dimanche 24 novembre 2013
Hôtel Ostella

09h30-10h00

*La méchanceté s'apprend sans maître
(Publilius Syrus)*
Petite histoire de la méchanceté dans la culture corse
Pr Jean-Luc Lucioni (Corte)

10h00-11h15

*Qui hésite à punir augmente le nombre des méchants
(Publilius Syrus)*
La méchanceté au banc des accusés
Table ronde débat :
Président : Dr Jocelyne Raptelet (Bastia)

Expertiser la méchanceté :
Docteur Patrick Stalla (Bastia)

Défendre la méchanceté :
Maître Jean-Paul Trani (Bastia)

Juger la méchanceté :
Monsieur le Juge Louis-Denis Hubert (Bastia)

11h15-12h00

Nul n'est méchant volontairement (Socrate)
L'inconscient entre pulsion et transfert
Dr Michel Lévy (Strasbourg)

12h00-12h30

Discussion générale et conclusion, avec gentillesse...
Dr François Conraux (Saint-Dié)

Nous remercions vivement les laboratoires Astra-Zéneca, Lundbeck et Otsuka pour leur soutien à la réalisation du congrès de l'ACESM, participant ainsi à l'amélioration de la qualité des soins en psychiatrie. Nous remercions également la Mairie de Bastia et le Conseil général de Haute-Corse

AstraZeneca 

Lundbeck 

Otsuka 

Otsuka Pharmaceutical France SAS

Le point sur la mise à niveau des connaissances en 2013 : Le Développement Professionnel Continu (DPC)

Qu'est-ce que le DPC et son cadre défini ?

Le Développement Professionnel Continu (DPC) est une obligation que chaque professionnel de santé doit satisfaire annuellement en participant à un programme de DPC, qui a remplacé la Formation Professionnelle Conventionnelle.

Le DPC a pour objectif l'amélioration de la qualité des soins selon des méthodes associant plusieurs démarches : une phase dite d'auto-évaluation, une phase de mise à niveau des connaissances et la quantification de l'impact de ce programme sur votre pratique.

Où retrouver la liste des programmes de DPC ?

Pour savoir si le programme choisi est bien un programme de DPC, une seule référence : la liste des programmes publiée sur les sites internet www.ogdpc.fr et www.mondpc.fr ou sur le site du Collège National pour la Qualité des Soins en Psychiatrie (CNQSP) www.cnqsp.org/ ou sur ceux des sociétés savantes ou associations agréées. En effet, tout programme de DPC permettant aux professionnels de santé de valider leur obligation annuelle de DPC doit être impérativement publié par l'OGDPC.

Comment connaître les modalités d'inscription ?

Sur le site internet du Collège National pour la Qualité des Soins en Psychiatrie (CNQSP), www.cnqsp.org/ ou sur ceux des sociétés savantes ou associations agréées ou sur le portail internet de l'OGDPC www.mondpc.fr.

Comment serez-vous indemnisé ?

Si vous êtes d'exercice "libéral" : forfait individuel, fixé par l'OGDPC, pour financer le programme et l'indemnisation du médecin : l'unité de compte est la demi-journée d'astreinte, physique ou virtuelle.

Soit 7,5 C/CS d'indemnisation (172,50 €) par 1/2 journée. En 2013, si un programme DPC s'organise sur 2 demi-journées de DPC par exemple, l'indemnisation globale sera de 345 € par programme.

Si vous êtes salarié(e) d'un établissement de santé : la prise en charge peut être effectuée de deux manières :

- par votre établissement, selon une convention de formation établie avec l'organisme ODPC, par exemple l'ACESM et le CNQSP.
- vous réglez le montant du DPC et, muni des justificatifs, vous vous faites rembourser auprès de votre CME.

Quel que soit votre choix, le CNQSP effectuera le suivi (évaluation des pratiques, suivi et accompagnement) afin d'en assurer la validation.

Quelles preuves et quels contrôles du DPC sont effectués ?

L'attestation de DPC est adressée directement par l'OGDPC au conseil départemental de l'Ordre des médecins, pour peu que l'ensemble des modalités ait été suivi notamment l'évaluation de l'impact de la formation.

L'ordre vérifie tous les cinq ans si le professionnel de santé est en conformité avec ses obligations de formation continue.

Quels renseignements vous sont utiles concernant l'Association Corse Equilibre et Santé Mentale (ACESM) ?

- Numéro de formation : 53350920735
- Numéro d'organisme de DPC : 1587 en partenariat avec le CNQSP
- Organisation des parties cognitive : l'ACESM
- Analyse des pratiques professionnelles, accompagnement et suivi : le CNQSP.



IXe Congrès de Psychiatrie de l'ACESM

Manifestation organisée par le Dr Fabrice Sisco, le Pr Patrick Martin & l'Association Corse, Equilibre et Santé Mentale (ACESM) en partenariat avec l'URPS, l'URCAM & l'Université de Corse

COMORBIDITÉS PSYCHIATRIQUES : ATTITUDES ET PRATIQUES

8 décembre 2012

Nous présentons ici les principales interventions des participants au dernier congrès de l'ACESM en 2012, qui a donné lieu à des débats animés, compte tenu de la pérennité et de l'importance du sujet traité lors de cette IXe édition.

Les points de vue, face aux comorbidités neuropsychiatriques du médecin généraliste par le Dr Guidicelli, et du psychiatre, par le Dr Patrick Bendimerad

Dr Gilbert Guidicelli (l'Ile Rousse) :

Deux cas de figure se présentent. Le premier est celui des pathologies neurologiques, psychiatriques ou neuropsychiatriques qui vont ensuite développer des comorbidités somatiques. On peut citer les démences (Alzheimer, Levy, Korsakoff), les maladies dégénératives (Parkinson, épilepsies, sclérose en plaques) et les pathologies psychiatriques (dépression, trouble anxieux, bipolarité).

Les médecins généralistes savent actuellement que ces patients ont une espérance de vie réduite, ayant une plus forte vulnérabilité face aux maladies cardiovasculaires (AVC, troubles du rythme, mort subite). Ils ont également un système immunitaire fragile, souvent un mauvais état bucco-dentaire et des maladies de peau.

D'autres ont des troubles du comportement comme la boulimie, l'obésité, l'anorexie et l'automutilation et des complications en lien direct avec la pathologie. Dans le cas de l'obésité, on observe des complications cardiovasculaires (AVC, infarctus), métaboliques (diabète, dyslipidémie) et hypertensives. Les médecins doivent rester vigilant quant aux effets secondaires des traitements neuropsychiatriques. Les plus notoires sont les antipsychotiques qui augmentent le risque de syndrome métabolique, de surpoids et d'obésité.

Dans la prise en charge de ces patients, il faut en amont traquer les différents comorbidités et, en aval, les effets secondaires liés aux traitements. Il faut également s'assurer d'un cadre médico-social adéquat à la prise en charge du patient et de coordonner les efforts des différents intervenants. Tout ceci dans les limites du temps et des ressources.

L'autre situation est celle de patients ayant une pathologie somatique chronique qui développent secondairement une

V - EN CONCLUSION :

Des 3 affirmations d'HYPOCRATE :

« la vie est courte, l'expérience incertaine, l'art difficile »

- aucune n'est triomphante
- au contraire, elles nous ramènent toutes trois à la sagesse, au doute et à l'humilité.

Dans le cas de pathologies neuropsychiatriques qui sont soit au premier plan, soit secondaire à une pathologie somatique :

Sur la réalisation timide et/ou d'une prise de langue et avec modification écrite sur le dossier médical des signes cliniques suspectés :

- Constantes générales : TA, Poids, Poids, Taille, IMC
- Signes fonctionnels : dyspnée, douleurs, trouble du sommeil, trouble alimentaire, trouble de la soif
- Examen clinique avec : état des principales articulations et leurs fonctionnalités, recherche d'une insuffisance respiratoire ou cardiaque, recherche d'une complication métabolique
- Examens para-cliniques :
 - ECG : aspect du QT, fréquence cardiaque
 - Biologie : taux sériques du TSH, taux sériques des antipsychotiques ; recherche des électrolytes anioniques : urémie, urémie et
 - Radiologie et imagerie médicale : Scanner céphal, IRM
- Evaluation des troubles cognitifs : test des 5 mots, test de l'horloge, test du calcul par les soustractions et si nécessaire réalisation d'un MMSE

- nous devons toujours rester très rigoureux :

- sur la recherche d'une petite modification d'un trouble psychiatrique déjà connu ou de l'apparition d'un autre symptôme surtout anxio-dépressif ou bipolaire
- et sur la nécessité en pareil cas de ne pas se contenter de soigner tout seul mais de demander au plus vite une consultation spécialisée de psychiatrie.

L'exposé résumé du Dr Guidicelli



Le Dr Patrick Bendimerad

comorbidité neuro-psychiatrique. On peut citer tout un ensemble de pathologies pour lesquelles les traitements permettent de prolonger la vie tout en améliorant les symptômes, sans espoir de guérison. Il est important de constamment dépister un glissement anxio-dépressif ou des conduites addictives.

La problématique commune à les deux groupes est leur condition de vie : ressources, habitat, entourage familial et amical. Les facteurs individuels comme la compliance au traitement et la sévérité de la maladie sont à intégrer.

Dans la prise en charge des comorbidités, on doit faire appel aux vertus de la sagesse, le doute et l'humilité. Dans le cadre des pathologies somatiques, les comorbidités psychiatriques sont à dépister. Lorsque les pathologies neuro-psychiatriques sont au premier plan, il faut prêter la plus grande attention aux pathologies somatiques qui s'y associent. Notre vigilance se doit d'être à la hauteur de leur vulnérabilité.

Dr Patrick Bendimerad (La Rochelle) :

En matière de comorbidité, pour le psychiatre, c'est la règle plus que l'exception. Pour le médecin généraliste ou interniste, c'est moins évident de prendre en charge les pathologies somatiques chez les patients psychiatriques. Il est important que chacun trouve sa place et son rôle à jouer dans la prise en charge et de définir les leviers potentiels chez ces patients.

Les troubles psychiatriques comorbides

Parmi les patients bipolaires, 65% présenteront au moins une autre affection psychiatrique au cours de leur vie. Chez les schizophrènes, 50% feront une dépression, 47% des conduites addictives, 23% de troubles paniques. L'usage de substance psychoactives aggravera le pronostic. La vaste majorité des patients bipolaires (82%) ont des troubles de la personnalité avec une légère prédominance du cluster C. Dans le cadre de ces patients qui ont une présentation complexe avec un traitement tout aussi complexe, on a intérêt à bien communiquer avec le médecin traitant afin d'obtenir une compliance juste.



Quelles stratégies thérapeutiques peut on proposer pour une prise en charge holistique?

- En premier lieu l'observance
 - Méthodes simples d'évaluation de l'observance en 3 points
 - Absence ou retard à un RDV médical
 - Entretien clinique : questions ouvertes ou indirectes (effets indésirables)
 - Examen clinique (poids, signes cliniques des cibles pharmacologiques, signe d'imprégnation)

Au total

- Quelques éléments de réflexion concernant les comorbidités
 - Y penser !
 - Planifier des objectifs réalistes
 - Partage d'informations
 - Prise en charge holistique
 - Intégrer les schémas cognitifs des patients
 - → « Real life »
 - Décisions pragmatiques et non pas dogmatiques

Les troubles somatiques comorbides et/ou iatrogènes

Les différentes études sont claires : l'espérance de vie d'un patient schizophrène est écourtée de 9 à 12 ans par rapport à la population générale, de 15 à 30 ans pour Djea Saravane. Les principales causes de décès sont des maladies respiratoires, infectieuses, cardiovasculaires et les cancers.

La dépression est une maladie ubiquitaire. En médecine générale, lorsque le diagnostic principal est la dépression, 47% des patients ont au moins une comorbidité somatique associée ; chez les psychiatre en libéral, ce chiffre est de 55% et en psychiatrie hospitalière de 63%. Là encore, on trouve toujours les maladies respiratoires et cardiovasculaires, ces dernières étant une source

importante de morbidité et de mortalité précoce. Malgré cette forte prévalence de comorbidités somatiques, les patients schizophrènes et bipolaires bénéficient moins souvent d'une visite d'un médecin interniste que les autres patients.

Quelles sont les pistes pour améliorer la situation ?

La plupart de la réflexion tourne autour de l'amélioration des relations entre le médecin, le malade et son entourage. Le développement d'une alliance thérapeutique avec le malade ainsi que son entourage semble essentiel pour avancer dans les soins. Les pistes d'éducation thérapeutique sont également intéressantes à creuser, notamment chez les malades psychiatriques. Du côté des médecins et les professions alliées, nous devons fluidifier les voies de communication afin de rester informés des développements à la fois des maladies psychiatriques et somatiques, ainsi que le réseau social et la prise en charge médico-sociale.



Le Pr Amine Benyamina



Addictions et troubles psychiatriques comorbides

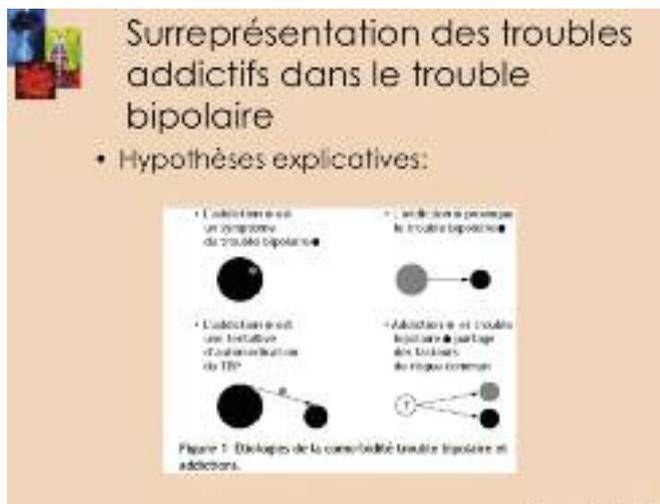
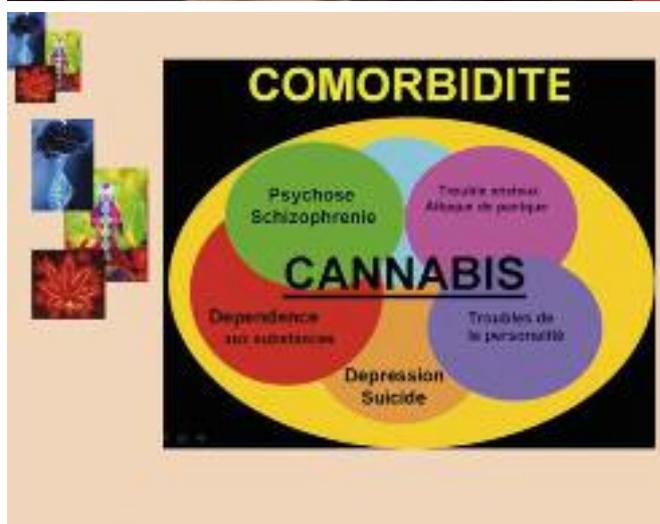
Pr Amine Benyamina (Villejuif)

Les regards portés sur les addictions ont changé au cours de ce dernier siècle grâce aux efforts de plusieurs scientifiques. Alain Leschner était parmi les premiers à dire que l'addiction est une maladie cérébrale et qu'on pourrait mettre en évidence ses mécanismes pathophysiologiques. Nora Volkow était un pionnier par la démonstration de l'action du système dopaminergique dans les addictions. Charles O'Brien a mis en lien l'addiction et la psychiatrie et a offert des nouvelles pistes thérapeutiques dont les antagonistes opiacés.

Les troubles addictifs et les troubles mentaux sont étroitement liés : 47,7% de ceux qui ont un trouble addictif ont au moins un trouble mental ; à l'inverse, chez ceux ayant un trouble mental, 15% ont un trouble addictif. Les liens sont difficiles à cerner. Les troubles primaires et les troubles secondaires gardent un certain sens sur le plan clinique et probablement thérapeutique, mais ils ne préjugent nullement les liens de cause à effet. Quatre hypothèses restent discutées : l'automédication, la substance comme symptôme de la maladie psychiatrique, la substance qui provoque la maladie et enfin les deux pathologies qui partagent des vulnérabilités communes.

Le regard posé sur les addictions va encore changer cette année suite à la sortie du DSM-5. Sa définition qui était catégorielle va devenir dimensionnelle. On passe de l'abus et la dépendance aux substances psychoactives aux troubles liés à la consommation de substances psychoactives modérés ou sévères, ainsi que l'ajout du jeu pathologique.

L'autre grand changement est le retour du signe clinique du craving. Difficile à traduire, c'est un désir ardent, un appétit insatiable, une compulsion difficilement

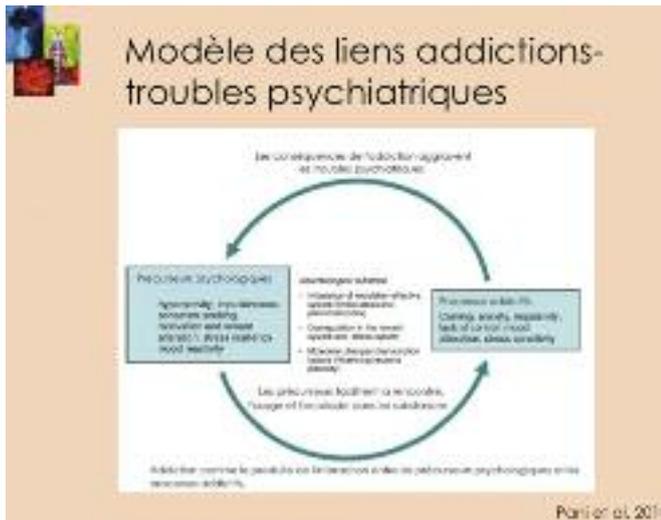


contrôlable, une sorte d'obsession souvent à l'origine de bien des difficultés à gérer la maladie au long cours et à prévenir les rechutes. C'est pour cette raison que bien des études pharmacologiques, neurobiologiques et thérapeutiques concentrent leurs efforts.

Le cannabis est au centre de nombreuses interrogations et de problématiques dont son association éventuelle à l'émergence des troubles psychiatriques dont la psychose. Il est clair que la consommation chronique du cannabis est associée aux moindres performances

Cocaïne : Complications

- PSYCHIATRIQUES :
 - Pharmacopsychose, paranoïa
 - Anxiété
 - Dépression
 - Troubles cognitifs
 - Aggravation de la schizophrénie
- SOMATIQUES :
 - ORL
 - Douleurs thoraciques (Infarctus du myocarde, angor, HTA)
 - AVC, épilepsie
 - Infections (VIH, VHB, VHC)



cognitives, observées récemment dans une étude longitudinale néo-zélandaise. La consommation précoce du cannabis représente un élément qui fait consensus ; elle est associée à l'augmentation du risque de troubles cognitifs, de l'appétence pour d'autres substances psychoactives et au risque d'autres troubles psychiatriques comme la bipolarité ou la schizophrénie. On voit également des liens entre le cannabis et les troubles dépressifs.

On voit par les méta-analyses que le risque de psychose est également proportionnel à la quantité de cannabis fumée. Ce qui interpelle est l'augmentation des concentrations du tétrahydrocannabinol (THC) dans les échantillons saisis au cours de ces 20 dernières années, ainsi que la diminution du cannabidiol, un cannabinoïde protecteur.

Il est clair que le cannabis est psychotogène. L'administration à un sujet sain peut provoquer des délires de persécution et des hallucinations. Sur le plan pathophysiologique, on a avancé vers une meilleure compréhension des mécanismes du délire suite à la consommation du cannabis. Au niveau striatal, les réseaux de neurones épineux seraient mis en relation avec d'autres qui sont étrangers. Ce mécanisme met en jeu le système dopaminergique. Des travaux génétiques sur les polymorphismes du COMT vont dans le sens d'une vulnérabilité accrue lorsqu'une personne ayant une forme "vulnérable" rencontre un environnement défavorable. Il est important de noter que les comorbidités des

conduites addictives associées aux troubles psychiatriques sont plus la règle que l'exception et ceci quelle que soit la substance. Les consommations de substance, ainsi que le développement d'une addiction, auront un impact sur l'évolution et le pronostic de la maladie psychiatrique. Souvent les conduites addictives rendent la prise en charge des troubles psychiatriques plus complexe. Lorsqu'on regarde les liens qu'il peut y avoir entre les deux troubles, souvent on trouve des traits de base comme l'hyperactivité, l'impulsivité, la recherche de sensation, le stress, la réactivité thymique. Ensuite, on ajoute les processus addictifs comme le craving, l'anxiété et le manque de contrôle qui sont communs à quasi tous. Un substrat neurobiologique vulnérable entre en jeu et lorsque l'ensemble du système est exposé à un environnement favorable, les pathologies grandissent dans cet écosystème.

Le modèle des addictions est un modèle extrêmement intéressant pour comprendre le fonctionnement du cerveau humain, qui viendra probablement en aide pour mieux définir les phénotypes psychiatriques. L'étude des processus neurophysiologiques lors de la prise de certaines substances psychotropes peut aussi faire avancer la compréhension des troubles mentaux, notamment la schizophrénie avec deux systèmes qui commencent à être de plus en plus connus comme le système cannabinoïde.



Les nouvelles approches cliniques du suicide ***Pr Philippe Courtet (Montpellier)***

Les conduites suicidaires sont toujours comorbides aux affections psychiatriques. Les éditions précédentes du DSM ont préconisé une évaluation du risque suicidaire. Le DSM-5 va encore plus loin en proposant de définir des troubles des conduites suicidaires. On dispose aujourd'hui d'une description clinique, diagnostic différentiel et des marqueurs biologiques post-mortem. Les facteurs de risque les plus probants sont les antécédents personnels et familiaux de suicide et les facteurs génétiques. En définissant les conduites suicidaires comme un trouble, on peut ainsi envisager leur traitement.

Parmi les facteurs de prédictifs du suicide chez les patients déprimés, on observe la persistance d'une dépression ou l'absence de rémission, les antécédents du suicide et la pauvreté de l'environnement social sous forme d'isolement ou d'absence de soutien social. Cette étude offre d'autres pistes pour prendre en charge les conduites suicidaires en dehors du traitement de la dépression. Pour cela, les personnes qui en souffrent doivent être en contact avec les structures de soin, or environ 20% sont prises en charge par un psychiatre. Les patients hospitalisés en psychiatrie dans les suites d'une tentative de suicide ayant une pathologie

psychiatrique représentent une autre population à très haut risque et à haute visibilité. Il a été montré dans une étude suédoise que 40% des hommes et 20% des femmes qui ont déjà été hospitalisés pour une tentative de suicide vont mourir pendant le suivi d'un trouble psychiatrique (trouble thymique ou schizophrénie).

Il existe quelques pistes thérapeutiques chez ces patients. Certaines études ont montré que le lithium aurait des vertus protectrices contre le suicide, même chez les patients unipolaires. De manière similaire, les inhibiteurs spécifiques de la recapture de la sérotonine (IRSR) seraient protecteurs et efficaces en diminuant les dimensions impulsives et agressives. Il est difficile de formellement mettre en évidence un effet préventif à cause des soucis éthiques et méthodologiques. Quelques avancées ont néanmoins été réalisées. Une étude randomisée a comparé la paroxétine et le bupropion chez les patients dépressifs à haut risque de suicide. L'étude a fait preuve de la faisabilité méthodologique – aucun suicide durant l'étude. Dans les analyses secondaires, le paroxétine a montré une amélioration plus rapide sur les idées suicidaires versus bupropion.

Une deuxième étude comparant le citalopram plus lithium versus le citalopram plus placebo a montré que 45% des sujets qui ont reçu l'antidépresseur plus le lithium avaient une rémission de leurs idées suicidaires après 4 semaines de traitement versus 20% de ceux qui avait l'antidépresseur plus placebo.

L'imagerie offre un aperçu des liens entre le suicide et

Le Pr Philippe Courtet



l'exclusion sociale. Elle montre l'implication des régions du cortex ventro-médian. Ces régions sont activées chez les sujets ayant une sensibilité douloureuse au rejet social et à l'exclusion sociale. Ces mêmes régions sont impliquées dans les prises de décision chez les sujets à haut risque suicidaire. Il a été formulé ainsi l'hypothèse que les sujets déprimés cherchent à soulager cette douleur.

Dans une extension de cette hypothèse, certaines études ont montré l'efficacité de la kétamine non seulement dans le traitement des troubles thymiques (dépression et bipolarité), mais également dans le soulagement des idées suicidaires, montré par une analyse secondaire.

Toujours dans ce même état d'esprit, dans une étude Algosse conduite dans le Nord Pas de Calais, on a montré que le contact soit par téléphone, soit par courrier chez les patients vus aux urgences pour une tentative de suicide est une mesure de prévention secondaire prometteuse. Si les résultats finaux se montrent bénéfiques, ces pratiques pourraient être facilement intégrées dans la prise en charge des patients.

Une entité autonome dans la nosologie

- Description clinique
- Marqueurs post mortem & in vivo
- Diagnostic différentiel
- Longitudinal: les antécédents sont le meilleur critère prédictif
- Histoire familiale

Issues for DSM-V: Suicidal Behavior as a Separate Diagnosis on a Separate Axis
Am J Psychiatry 165:11, November 2008

À entité spécifique traitement spécifique

Un contact personnalisé avec les suicidants prévient la récurrence

Effect of telephone contact on further suicide attempts in patients discharged from an emergency department: randomised controlled study
Courtet P, Vahia V, Ferron D, Courtet P, Mermelstein M, Hantson M, et al. *BMJ* 2009;339:b2686

Carlier et al *BMJ* 2005, Vahia et al *BMJ* 2009

PERSPECTIVE

The neuroscience of suicidal behaviors: what can we expect from endophenotype strategies?

F Courtet¹, B Gollan^{2,3}, F Jollant⁴ and TD Gould⁵
Dev Biol Psychiatry (2010) 1, 47.

Conduites Suicidaires → **Endophénotypes** → **Cibles** → **Traitement**

Qu'apportent les neurosciences à la santé mentale ? ***Pr Patrice Boyer (Paris)***

Après une longue période de mutisme entre les neurosciences et les sciences sociales, trois découvertes récentes ont facilité leur rapprochement : les neurones miroirs, le cerveau social et la plasticité cérébrale.

Les neurones miroirs sont des groupes de neurones qui s'activent lorsqu'on observe une action dirigée vers un but, ou que l'on pense dirigée vers un but. Le cerveau peut ainsi capter une grimace ou une expression de tristesse (les pleurs). La personne qui observe va activer cette même zone du cerveau et ressentir l'émotion de tristesse. Pour les sciences sociales, c'est une preuve que le cerveau comporte une zone d'empathie. Elle est probablement impliquée également dans l'apprentissage et le mimétisme. En revanche, on ne va pas agir simplement parce qu'on observe une action.

Le système responsable de cette "inaction" est le réseau par défaut. Le réseau par défaut s'active justement au repos et à ce qui fait référence au corps. Ce réseau est au contact des neurones miroirs qui sont des zones de préparation prémotrice. Lorsque l'action est observée, les neurones miroirs s'activent, l'activation du réseau par défaut va se référer à soi et au corps puis inhiber l'action motrice. Ainsi, la compréhension des mécanismes neuronaux montre que les neurones miroirs restent un relais d'information et non une zone du cerveau social.

Enfin, la plasticité neuronale est l'ensemble des adaptations électrophysiologiques qui auront lieu suite au potentiel d'action synaptique qui modifie les neurones au contact. Le réseau va s'adapter en fonction de l'information transmise.

Ces découvertes ont fait avancer notre compréhension de différentes pathologies psychiatriques, ouvrant ainsi les horizons vers d'éventuelles prises en charge novatrices.

Le premier exemple est celui de l'hystérie de conversion. Lorsqu'on observe l'activité cérébrale dans les hystéries de conversion, les aires de préparation motrices s'activent tout comme chez la personne saine. Lorsqu'il s'agit de mettre en mouvement le membre atteint d'une paralysie de conversion, le réseau par défaut (cortex cingulaire postérieur, cortex ventro-médian de l'occipital droit et le cortex orbito-frontal gauche) s'active. Le message au cerveau est donc "ne bouge pas car ce n'est pas ton corps". C'est le cas des paralysies de conversion suite à un événement traumatique où le cortex orbito-frontal stimulé par les émotions va activer le réseau d'inhibition, annulant ainsi l'ordre moteur. Le réseau inhibiteur est l'axe ventro-médian et précunéan qui est à grande distance de l'orbito-frontal. Cette longue distance engendre un processus lent qui va passer inaperçu, devenant inconscient.

On constate dans la dépression que les patients ont un important ralentissement des processus cognitifs. Des travaux dans la dépression ont montré que les dépressifs ont une augmentation importante de l'activité du cortex



Le Pr Patrice Boyer

préfrontal dans les régions dorso-latérales (responsable des cognitions) et médian-ventrales (responsable des émotions). L'hyperconnectivité entre les deux zones ne désactive pas le réseau de référence à soi (réseau par défaut). Le sujet continue à ruminer sur lui et sur son corps. L'hyperactivité des deux réseaux mène à l'épuisement et l'échec dans les tâches cognitives.

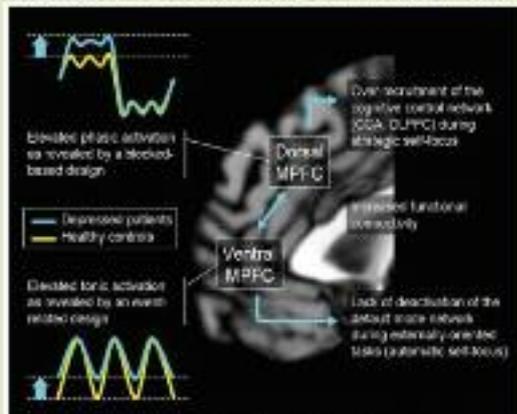
Un exemple final d'une pathologie qui implique les troubles de connectivité entre les différents réseaux serait la schizophrénie. Certaines tâches qui nécessitent l'intégration des données émotionnelles et cognitives. Chez les schizophrènes, c'est soit le réseau émotionnel, soit cognitif qui capte l'information, sans pouvoir intégrer les deux.

Ceci offre un fondement neurophysiologique aux thérapies cognitives. En renforçant les cognitions, le réseau dorsal qui les prend en charge sera activé et les autres réseaux mis en veille. Ceci rétablit les niveaux hiérarchiques respectifs entre le traitement des informations, ainsi rétablissant les connections. Chez le schizophrène, en sollicitant l'intégration consciente des données, il se peut que ces réseaux se reconnectent.

Pour le moment, cette compréhension ne nous permet pas de faire des diagnostics de troubles mentaux. Il est possible qu'à l'avenir les différences d'activation cérébrale pourraient nous aider à distinguer les pathologies. Par exemple dans les troubles thymiques, les régions para-hippocampiques sont activées. Ce qui distinguerait les unipolaires des bipolaires serait une hyperactivation thalamique chez les bipolaires et un désengagement ventro-médian chez les unipolaires. Ce genre de piste ne fait que débiter mais semble prometteur pour l'avenir.

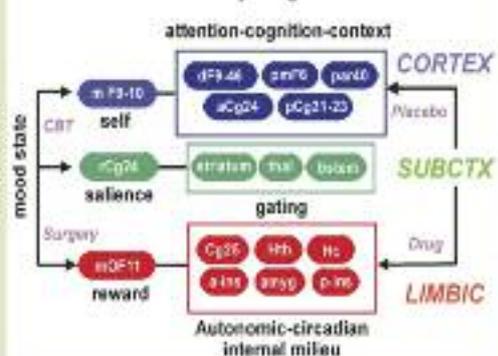
Enfin, dans le domaine de la thérapeutique, les pistes des neurotransmetteurs s'amenuisent puisqu'on comprend

Medial Prefrontal Cortex and the self in Major Depression



Lemogne C et al. J Affective Disorders, 2012

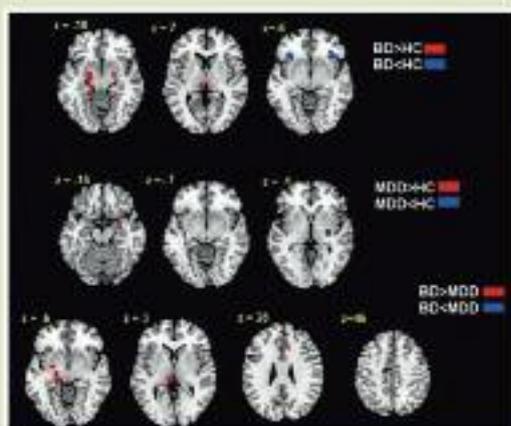
Limbic-Cortical Dysregulation Model



MS Mayberg, SRRB, 2003

Common and distinct correlates of emotional processing MD/BP

Delvecchio G, Fossati P, Boyer P, Frangou S. Eur Neuropsychopharmacol. 2012



mieux que ce sont d'autres co-facteurs comme les protéines d'échafaudage, de synaptogénèse et de développement qui vont jouer des rôles encore plus importants dans le développement et le maintien de la maladie.

Si on s'intéresse à la génétique, certaines familles sont porteuses de mutations qui sont associées aux formes familiales de maladies comme le gène CHAMP2 dans la bipolarité. L'autre piste intéressante est l'étude de l'ADN mitochondrial dans les maladies dégénératives comme le Parkinson. Ces études ont montré des anomalies au niveau de la protéine complexine 1 qui seraient associées à la dégénérescence neuronale. Il se peut ce même type

de technique puisse être mis en œuvre pour mieux comprendre les maladies comme la schizophrénie et la dépression.

En conclusion, les neurosciences ont apporté des pierres à l'édifice de notre compréhension des pathologies psychiatriques. Ce n'est qu'en procédant par étape qu'on avancera réellement vers les solutions diagnostiques et thérapeutiques.



Troubles bipolaires : une prise en charge multidimensionnelle ? Pr Franck Bellivier (Créteil)

Le pronostic de la bipolarité ne se limite pas à la normothymie. Il est conditionné également par les symptômes résiduels, dont les fonctions cognitives, les troubles des rythmes circadiens et les comorbidités physiques.

Les symptômes résiduels sont l'ensemble des phénomènes qui contribuent au handicap fonctionnel des patients bipolaires entre les épisodes. Les plus faciles à comprendre sont les symptômes résiduels thymiques. Ce sont les variations de l'humeur qu'elle soit de polarité dépressive, maniaque ou mixte, voire de type cyclothymies résiduelles, qui sont mal contrôlées par les traitements et donc très invalidantes.

Le deuxième volet est les troubles cognitifs lors des périodes intercritiques. Ces troubles vont évoluer dans le temps en fonction du nombre d'épisodes thymiques ; les épisodes maniaques pèsent plus fort dans la balance. Les déficits cognitifs touchent particulièrement l'attention, la mémoire verbale et les fonctions exécutives. Ceci revêt toute son importance lorsqu'on amorce la prise en charge, la compliance aux soins et l'impact socio-professionnel de la maladie.

Le troisième volet est les troubles du rythme circadien. Le plus classique est une chronotype à prédominance vespérale (coucher tard-lève tard). Ces patients montrent une hypersensibilité aux changements de rythme (décalage horaire, travail de nuit) qui vont avoir un impact majeur sur l'évolution de leur maladie et les éventuelles décompensations thymiques.

Une idée reçue à démystifier est l'idée que le trouble bipolaire de type 2 est simplement une forme atténuée du type 1. Contrairement au type 1, les bipolaires de type 2 connaissent un impact fonctionnel plus important lié aux symptômes résiduels thymiques, au diagnostic tardif et donc la prise en charge tardive. Les patients de type 2 gardent un risque suicidaire élevé et qui n'est pas moins que celui des patients de type 1.

L'évaluation et la prise en charge multidimensionnelle des patients bipolaires ne peuvent faire l'impasse sur les comorbidités somatiques. Contrairement aux idées reçues, les patients bipolaires ont une prévalence de comorbidités physiques qui dépassent celle des schizophrènes. Les bipolaires ont une prévalence



Le Pr Franck Bellivier

importante de troubles métaboliques (dyslipidémie, diabète de type 2, dysthyroïdie, obésité), de pathologies cardiovasculaires et cérébro-vasculaires. Ces troubles se cumulent souvent aux conduites addictives (tabagisme, alcool) ; les apnées du sommeil aggravant à la fois le tableau somatique et psychiatrique.

Il est donc nécessaire chez un patient bipolaire d'avoir une vue d'ensemble. Cette évaluation doit prendre en compte non seulement l'équilibre thymique mais également les symptômes résiduels comme les troubles cognitifs, les troubles du sommeil liés aux rythmes circadiens et les apnées du sommeil, ainsi que les comorbidités physiques dont les troubles métaboliques et vasculaires (cardiaques et cérébraux). Le diagnostic de ces troubles est une première étape qui doit être suivie d'une prise en charge adéquate par une équipe multidisciplinaire qui pourra améliorer le pronostic et la qualité de la prise en charge sur le long terme.



Polyconsommation médicamenteuse et comorbidité ***Pr Patrick Martin (Paris)***

L'association ou l'accumulation de pathologies psychiatriques sont associées à une morbidité plus importante que lorsqu'il n'y a qu'une seule. De même, la polyconsommation serait responsable d'événements plus complexes que s'il n'y avait qu'une seule substance en jeu.

Dans une pathologie complexe comme la schizophrénie, le traitement des signes cardinaux est un antipsychotique, de préférence en monothérapie. Certains schizophrènes nécessitent une bithérapie pour contrôler leurs

symptômes, d'où une première co-prescription. La schizophrénie est fréquemment associée à d'autres signes qui engendrent des souffrances comme les insomnies et les angoisses. Les deux pourraient également bénéficier de traitements symptomatiques. On multiplie ainsi le potentiel de co-prescription et d'associer les molécules de la famille des antipsychotiques. Dans le traitement de l'anxiété ou de l'angoisse, lorsqu'on souhaite éviter les benzodiazépines au long cours, un antipsychotique comme le Tercian®, (cyamémazine) pourrait être choisi. De la même manière, on peut prescrire le Théralène® à but hypnotique afin de limiter la prescription des molécules "benzodiazépine-like". Le patient peut se trouver ainsi avec plusieurs molécules de la même famille, ciblant la même famille de récepteurs, prescrites en même temps. La question se pose des interactions entre les différentes molécules et surtout les effets agonistes éventuels.

D'autres questions peuvent se poser sur le plan pharmacocinétique et l'implication des systèmes enzymatiques des Cytochromes P450. Il est en effet important de faire la distinction entre l'activation de plusieurs voies et les propriétés inhibitrice ou activatrice d'une molécule..

On observe actuellement deux types de co-prescription, celles qui sont recherchées et celles qui sont constatées. L'exemple fréquent d'une co-prescription est l'association fréquente d'un antidépresseur sérotoninergique et d'un anxiolytique de type benzodiazépine. Cette association est historique, datant de l'ère avant 1990 où la majorité des antidépresseurs avait un tropisme noradrénergique. Les benzodiazépines étaient prescrites dans le cadre du traitement symptomatique de l'angoisse. Lorsque les antidépresseurs sérotoninergiques sont venus, il persistait cette habitude de co-prescription de benzodiazépines. Les



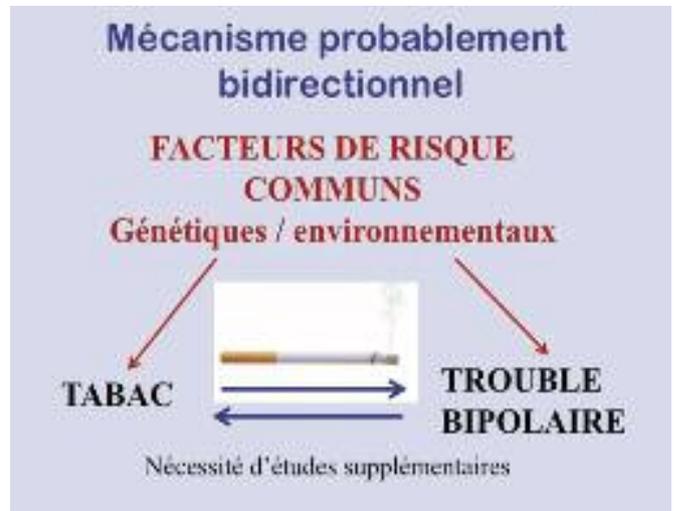
Le Pr Patrick Martin



réponse et une moindre compliance aux traitements. La question de l'impact du tabagisme sur l'évolution de la maladie reste sans réponse. Les patients bipolaires et tabagiques cumulent souvent les facteurs de mauvais pronostic dont les cycles rapides, un début précoce, les comorbidités psychiatriques et addictives et une plus forte prévalence de conduites suicidaires que les patients sans tabagisme. Pour l'instant, la littérature reste assez pauvre concernant les relations entre les deux pathologies.

Quant à la motivation à l'arrêt, quelques études existent dans les populations psychiatriques ; aucune ne sépare les bipolaires. Ces données montrent que de nombreux patients en psychiatrie souhaitent cesser de fumer (3 sur 4) ; seul 1 sur 3 a bénéficié de conseils d'un professionnel de santé.

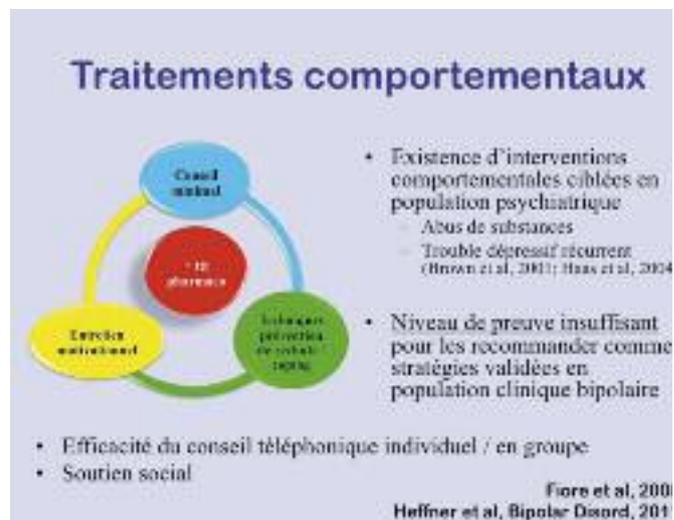
La plupart des essais cliniques dans le sevrage tabagique excluent les patients bipolaires, probablement considérés comme trop compliqués, peu compliants et résistants au traitement. Trop peu de patients ont été documentés pour déterminer l'efficacité réelle des traitements existants. On peut, donc, conseiller toujours les démarches motivationnelles et cognitivo-comportementales qui ont



Traitements pharmacologiques

Traitements	Avantages potentiels	Inconvénients potentiels
Substituts nicotiniques (TSN)	Peu de C-17 interactions Sécurité et efficacité démontrées pour d'autres maladies mentales	Substitution traditionnelle pour les gros fumeurs et respect de la formulation simple à dose standard
Patch (6-14 semaines) Gomme (6-14 semaines) Pastille (2 mg) Inhalé Combinaison patch + SNO	Peut retarder la prise de poids Efficacité ++	Coût ++
Bupropion	Peut retarder la prise de poids	Interaction Abus de l'humeur S-I neuropsychiatriques
Monothérapie Bupropion + patch		
Varenicline	La plus efficace des monothérapies Pas d'interaction majeure connue	S-I neuropsychiatriques possible

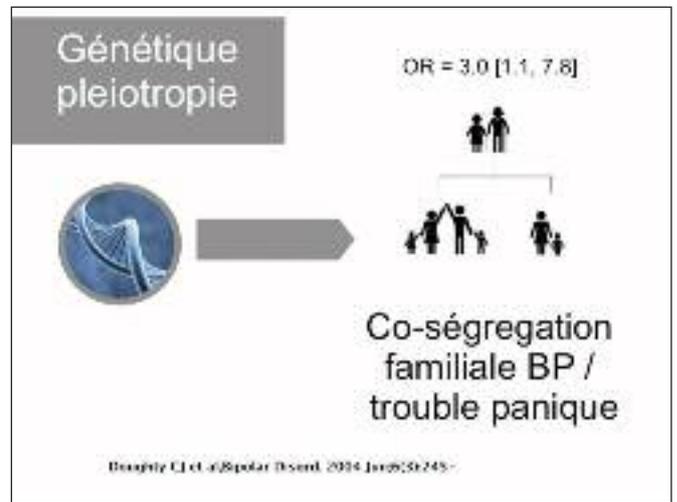
Heffner et al, Bipolar Disorders, 2011



fait leurs preuves quelle que soit la population. Sur le plan des pharmacothérapies, les substituts nicotiniques restent le traitement de première intention. Quant à la varenicline et le bupropion, les deux ont des effets adverses potentiels sur l'humeur. Il conviendrait de les utiliser avec prudence et sous une étroite surveillance. En pratique quotidienne, il est important d'intégrer les interventions brèves sur le tabagisme dans la prise en charge des patients bipolaires. Les demandes de sevrage tabagique devraient être entendues et accompagnées à la fois par un spécialiste en tabacologie et un psychiatre afin de mieux réussir le sevrage et prévenir les décompensations éventuelles sur le plan thymique.

**Le concept de comorbidité en psychiatrie :
fact ou artéfact ?
Dr Stéphane Mouchabac (Paris)**

A travers ce terme qui signifie, on se réfère à la présence de plus d'un diagnostic survenant chez le même individu dans un même temps. Proposé par Fenstein en 1970, la notion de comorbidités se rapportait à l'apparition d'une entité clinique distincte qui survenait chez un patient présentant une "maladie index". Cette définition, simple d'aspect, traduit pourtant un nombre important de situations dès lors qu'on l'applique au champ de la psychiatrie et soulève des problèmes quant à la validité du concept. En effet, dans de nombreux cas, on ne peut affirmer que les différents tableaux observés soient le reflet d'entités distinctes ou alors les manifestations variables d'une même pathologie. A partir de ce constat, des auteurs ont cherché à redéfinir le concept, avec pour certains la conviction que ce terme, qui reflète une trop grande hétérogénéité, devrait être abandonné. Ainsi, la multiplication des diagnostics dans les différentes versions du DSM a certainement produit des comorbidités "artificielles" puisque les diagnostics, s'ils avaient une bonne "fidélité" n'avaient pas nécessairement la même validité. L'objectif de cette communication est donc de présenter les nombreux aspects de la notion de comorbidité, de discuter sa validité et des enjeux épistémologiques pour les classifications futures.



Le Dr Stéphane Mouchabac

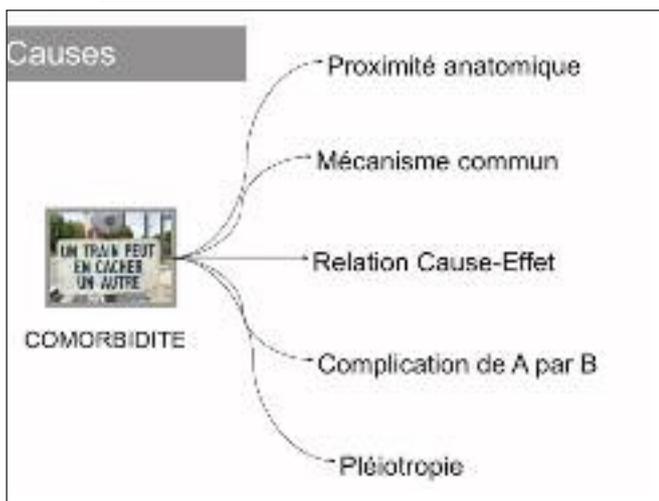


**Comorbidité et adolescence :
quelle prise en charge ?
Pr Manuel Bouvard (Bordeaux)**

L'adolescence est une période unique dans la vie au cours de laquelle émergent les pathologies psychiatriques. Les interrogatoires des patients nous indiquent que les processus qui mènent aux troubles majeurs comme la schizophrénie, la bipolarité, la toxicomanie et les troubles de la personnalité restent longtemps infra-cliniques. Il existe des différences très importantes entre le premier épisode et le dixième.

On peut évoquer le terrain associé. L'exemple type est le trouble de déficit d'attention et d'hyperactivité (TDAH). On trouve au sein des symptômes qui le constituent les difficultés de régulation cognitive, de désorganisation motrice, difficultés à fixer sa concentration, les problèmes pour réguler le comportement et l'impulsivité. Dans les troubles exécutifs et motivationnels, on peut observer un terrain fertile pour le développement de comorbidités. Les jeunes patients sont atteints de difficultés dans la planification de leurs activités ainsi que la régulation des actions motrices ce qui rend difficile leur intégration sociale. Il existe également des modifications au niveau motivationnel.

Ainsi, le TDAH et les anomalies des systèmes qui s'y associent représenteraient des facteurs de risque de



comorbidités psychiatriques. Seule une minorité des patients (20 à 30%) n'ont qu'un TDAH.

Le TDAH peut être diagnostiqué tout au long de la vie. Lorsqu'on diagnostique un TDAH à l'âge adulte, on observe une probabilité d'observer d'autres comorbidités comme les troubles thymiques et/ou anxieux. Si on retrouve le TDAH comme facteur commun dans de nombreuses pathologies, son poids dans la trajectoire et le développement de ces troubles est difficile à déterminer.

Lorsqu'on veut faire le diagnostic d'un épisode maniaque chez un enfant, très peu ont des signes parfaitement caractéristiques. Ce n'est qu'en élargissant les critères aux troubles du comportement et au contrôle émotionnel qu'on commence à diagnostiquer la bipolarité chez les enfants. Ces mêmes signes peuvent correspondre au diagnostic du TDAH, ce qui complique le diagnostic précoce. En revanche, plus les patients avancent, plus les deux troubles se distingueraient avec les bipolaires montrant plus de signes maniaques et les TDAH plus de signes moteurs et d'irritabilité.

Le Pr Manuel Bouvard



Une autre question très actuelle est celle de l'hyperexpressivité émotionnelle qui n'appartiendrait ni à la bipolarité, ni au TDAH. Chez les patients TDAH, il existerait une hyperactivation amygdalienne face à une expression faciale menaçante qui n'existe pas chez le sujet bipolaire. Des études d'imagerie fonctionnelle laissent penser que le manque d'inhibition au niveau du réseau par défaut serait une autre piste possible. Ainsi, chez le TDAH, on pourrait parler d'un défaut de filtration, chez le bipolaire, une hyperactivation cérébrale globale.

Enfin, au niveau thérapeutique, peu de molécules ont l'AMM chez les patients de moins de 18 ans. Dans ce cas, quelle démarche adopter ? Au vu des difficultés à distinguer entre les deux tableaux, il pourrait être intéressant de prescrire un psychostimulant pour son action rapide, puis dans un deuxième temps ajouter un thymorégulateur si besoin. L'exception faite de l'hyperexpressivité émotionnelle où l'aripiprazole a un meilleur profil d'efficacité.

Un autre groupe se distingue dans les études où les symptômes s'enrichissent progressivement. Ce sont des

patients qui cumulent les troubles du comportement, troubles de l'apprentissage, exclusion sociale et délinquance. C'est également un groupe à haut risque de consommation de substances psychoactives, 4 fois plus que les autres TDAH. Les troubles les plus flamboyants sont associés au plus hauts risques de consommations ; les TDAH non traités ont une prévalence de 30% d'abus de substance psychoactives. Ils ont également une forte prévalence de troubles de l'attention.

Il est à noter qu'il existe des influences au niveau de l'environnement et des gènes. Le niveau socio-culturel joue dans l'évolution des troubles. Les études montrent également dans les gènes du COMT, qu'un génotype vulnérable associé à un environnement défavorable augmente le risque de pathologie. Un génotype vulnérable dans un environnement favorable ne sera pas associé à une augmentation du risque.

Bien entendu, beaucoup de progrès doivent être réalisés dans ce domaine et plus d'études notamment de cohortes sont nécessaires pour faire avancer notre compréhension.

A la découverte de...

Le Groupe Lundbeck

Créé en 1915, H. Lundbeck A/S est une entreprise pharmaceutique comptant plus de 50 années d'expérience en recherche, développement de médicaments pour le traitement des maladies du système nerveux central telles que les troubles de l'humeur, la schizophrénie, la maladie d'Alzheimer, la maladie de Parkinson et l'alcoolisme.

Longtemps marginalisées, parfois même ignorées ou stigmatisées, les maladies psychiatriques et neurologiques sont aujourd'hui reconnues comme de véritables enjeux de santé publique. Lundbeck a fait de cet univers thérapeutique majeur son terrain d'excellence et son domaine exclusif d'activité.

Lundbeck est un laboratoire pharmaceutique international dont la mission est d'améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de maladies du système nerveux central. Lundbeck consacre ses efforts dans la recherche, le développement, la production et la commercialisation de médicaments dans le monde entier.

Le groupe Lundbeck est présent en France depuis 1992 et se situe aujourd'hui au 24ème rang des laboratoires pharmaceutiques français. Parmi les salariés de Lundbeck France, 75 personnes sont dédiées à la Recherche.



Ceci vous intéresse...

**Congrès
Français de
Psychiatrie**

**27-30 novembre 2013
Nice Acropolis**

- **Psychiatrie :
des preuves
aux pratiques**

**Congrès
Français de
Psychiatrie**

Programme
Préliminaire n°2

Nice 2013
27-30 novembre
Nice Acropolis

Psychiatrie :
des preuves aux pratiques

www.congresfrancaispsychiatrie.org

Association Française de Psychiatrie
CAPOD - 5, rue Pasteur 20000 Nice, France
T +33 (0)4 93 83 11 11 - F +33 (0)4 93 83 11 11
Mél : congres@cafo.org

ELUS Aviesan

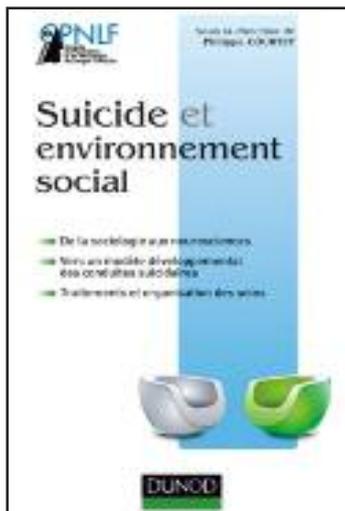
**Congrès de
Psychiatrie et de
Neurologie de
Langue Française**

**17-20 juin 2013
Bordeaux
Centre de Congrès
Cité mondiale**

112e CPNLF
17-20 JUIN 2014

BORDEAUX
CENTRE DE CONGRÈS
CITE MONDIALE

Ceci vous intéresse aussi ...



Suicides et environnement social.
Direction : Philippe Courtet.

Psychothérapies, Dunod.

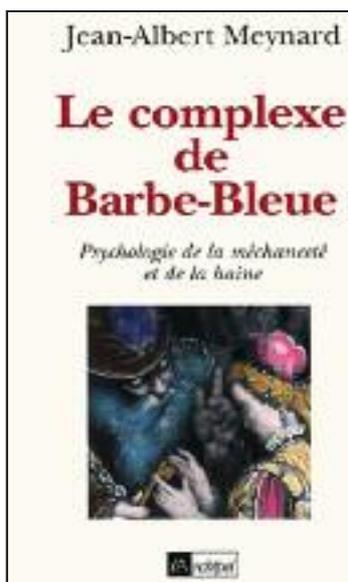
Avec près de 11 000 décès enregistrés chaque année, la France est l'un des pays industrialisés les plus touchés par le suicide. Les connaissances sur l'étiologie du suicide et des conduites suicidaires se sont développées au cours des dernières années. Cet ouvrage fait un état des lieux des avancées en neurobiologie et en psychiatrie pour mieux en comprendre les facteurs déclencheurs ou précipitants. Les facteurs psychosociaux sont également largement étudiés (stress au travail, crise économique...) Ouvrage publié sous l'égide du CPNLF (congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française)

Le Complexe de Barbe-Bleue.

Jean-Albert Meynard.
Ed. Archipel.

La méchanceté et la haine font partie de notre quotidien. Du sadisme larvé à la soif de domination, des apparences les plus policées du mépris aux conflits armés, de l'ironie décapante aux aspects les plus sophistiqués du crime, toutes les occasions sont bonnes pour exprimer l'agressivité. L'histoire et les légendes fourmillent de modèles violents qui trouvent leurs racines dans la haine. Comme le montre ici Jean-Albert Meynard, la philosophie, la sociologie, la littérature, la psychologie, la psychanalyse ont proposé des définitions de la haine et de la méchanceté. Pourtant, la connaissance apparaît impuissante à endiguer les atrocités auxquelles mènent les débordements violents. L'essor des neurosciences nous invite aujourd'hui à un examen détaillé de l'origine de ces tendances de l'humain. D'après l'auteur, là où les récits les plus horribles croisent la réalité, Le Complexe de Barbe Bleue s'impose comme modèle de référence.

Dans ce livre, il décrypte l'élaboration de ce complexe et décrit ses différentes manifestations. Il montre ainsi que la violence, pourtant considérée comme une fatalité, n'en est pas une. Les conduites de méchanceté motivées par la haine, quelle que soit leur forme d'expression, suivent des processus quasi stéréotypés qui expliquent leur éternelle reproduction. Cette analyse lui permet de proposer des solutions pour sortir de ce cercle vicieux. Il évoque également l'état psychologique des victimes dans leur rapport au "bourreau".



Dr Amine Benyamina,
Marie-Pierre Samitier.
Promis, demain j'arrête.
Michel Lafon.

Alcool, cigarette, drogue, sexe, médicaments, jeux vidéo... À quel moment le plaisir devient-il un besoin, puis une dépendance ? Pourquoi certaines personnes sont-elles plus vulnérables que d'autres ? Y a-t-il un addict qui sommeille en chacun de nous ? À travers des histoires vraies et bouleversantes d'humanité, le docteur Amine Benyamina, grand spécialiste de la question,

et la journaliste Marie-Pierre Samitier nous éclairent sur les dangers des diverses aliénations qui nous guettent, sur ce qui les provoque et sur les moyens de les soigner. Sans exclure les nouvelles addictions comme le téléphone portable, les achats compulsifs, les jeux vidéo ou en ligne, encore méconnues aujourd'hui. Et sans oublier les paramètres non négligeables (télévision, lobbyings du tabac et de l'alcool), qui favorisent ces excès. Car l'addiction n'est pas seulement une rencontre entre un individu et une substance ; la fragilité psychologique, la génétique et l'environnement dans lequel nous vivons sont inextricablement liés à cette pathologie, et font de cette "maladie du siècle" un phénomène de société à surveiller de près.

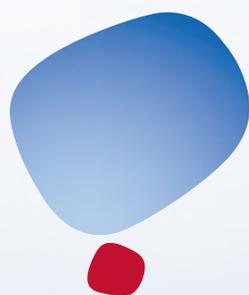
Mais qu'est-ce qui passe par la tête des méchants ?

Michel Fize. Marabout.

La méchanceté est intemporelle et universelle, c'est incontestable. L'homme n'aime pas toujours ses semblables, les hait quelquefois, songe à leur faire du mal et leur en fait. Il ira même jusqu'à les tuer dans certaines occasions, en temps de guerre par exemple.

Qui est méchant ? Michel Fize répond que potentiellement, la méchanceté se trouve en chacun de nous. Il se réfère à la pensée de grands philosophes, psychanalystes et éthologues ainsi qu'à des témoignages d'adolescents et d'adultes d'aujourd'hui.





Otsuka

Otsuka-people creating new products for better health worldwide

“Les hommes
construisent trop de murs
et pas assez de ponts”

Isaac Newton (1643 – 1727)

Considéré comme l'un des plus grands génies de l'histoire, Isaac Newton était philosophe, mathématicien, astronome et physicien. Sa personnalité était tourmentée et complexe selon les psychiatres. Il a fait partie de ces personnalités alliant pathologie mentale et créativité.^{1,2}

* Créer de nouveaux produits pour une meilleure santé dans le monde

(1) Konstance V. Almann. Schizophrenia research trends. Nova Science Publishers, 2008.
(2) Patrick Davous. Nouvelles chroniques du cerveau. L'Harmattan, 2012.

Otsuka Pharmaceutical Europe Ltd.

Le Corosa
1 rue Eugène et Armand Peugeot
92508 Rueil Malmaison Cedex France