

S2A

La thérapie de pleine conscience dans la dépression : pour qui et à quel stade ?



G. Bertschy

Psychiatrie II, hôpitaux universitaires de Strasbourg, Strasbourg, France

Adresse e-mail : gilles.bertschy@chru-strasbourg.fr

La thérapie de la pleine conscience dans la dépression s'appuie sur le programme mindfulness-based cognitive therapy (MBCT). C'est une forme de thérapie cognitive enseignée en groupe sur 8 semaines qui donne une place centrale à la méditation en articulation avec des éléments plus classiques de la thérapie cognitive. Ce programme, nourri par les travaux pionniers de Jon Kabat-Zinn (programme Mindfulness-based stress reduction [MBSR]) et développé il y a 15 ans par Teasdale et al. a été conçu comme un traitement pour la prévention des rechutes à mettre en œuvre chez des patients en rémission de leur dernier épisode dépressif majeur. Dès les premiers travaux, il est apparu que l'efficacité préventive concernait les patients avec au moins trois épisodes antérieurs. Depuis d'autres travaux ont permis de se demander si le gain d'effet préventif n'est pas limité lorsque les patients poursuivent un traitement antidépresseur, sans permettre de conclure étant donné les résultats contradictoires. D'autres études, en attente de réplication, suggèrent des profils de bénéficiaires comme les patients présentant des fluctuations de la rémission de leur état dépressif ou les patients avec des antécédents de traumatismes infantiles. Plus récemment quelques études ont montré qu'il était possible d'utiliser un programme MBCT chez des patients qui ne sont pas encore en rémission de leur état dépressif, avec un bénéfice possible sur l'évolution de l'épisode dépressif et ce en dépit des obstacles apparents à la pratique de la méditation en cours d'épisode dépressif. Enfin, signalons que les patients avec des pathologies somatiques ou les sujets de la population générale ayant des symptômes dépressifs sans troubles dépressifs constitués, voient leurs symptômes s'améliorer avec le programme MBSR ou le programme MBCT.

Mots clés Dépression ; Méditation ; Pleine conscience ; Prévention des récurrences

Déclaration d'intérêts L'auteur déclare ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Pour en savoir plus

Segal ZV, Williams JMG, Teasdale JD. Mindfulness-based cognitive therapy for depression. New York: Guilford Press; 2002.

Piet J, Hougaard E. The effect of mindfulness-based cognitive therapy for prevention of relapse in recurrent major depressive disorder: a systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 2011;31:1032–40.

Strauss C, Cavanagh K, Oliver A, Pettman D. Mindfulness-based interventions for people diagnosed with a current episode of an anxiety or depressive disorder: a meta-analysis of randomised controlled trials. *PLoS One* 2014;9(4):e96110.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.09.044>

S2B

Les autres indications des thérapies de pleine conscience en psychopathologie



S. Orain-Pelissolo (enseignante à l'AFTCC)

Pratique libérale, Paris, France

Adresse e-mail : sorainpelissolo@gmail.com

La pleine conscience (PC), telle que décrite par J. Kabat-Zinn, est « un état de conscience qui résulte du fait de porter son attention, intentionnellement, au moment présent, sans jugement, sur l'expérience qui se déploie instant après instant ». Une telle attitude

s'obtient par un entraînement constant. Les processus actifs de la PC sont tels que cette approche peut avoir de nombreuses indications en psychopathologie. Les exercices de la PC agissent sur les processus attentionnels, cognitifs, métacognitifs, émotionnels et comportementaux. Que ce soit dans les troubles de l'humeur, les troubles anxieux, les troubles du comportement alimentaire ou les troubles de la personnalité, ces mêmes processus sont dysfonctionnels et caractérisés par un style attentionnel inflexible, une hyper-réactivité cognitive, un déficit métacognitif, un répertoire de réponses comportementales pauvre et un évitement expérientiel du ressenti des émotions.

Avec les exercices de PC comme le scan corporel, la méditation assise centrée sur la respiration, le corps, le son, les pensées, et les mouvements en pleine conscience, les patients apprennent à désengager leur attention des sensations physiques, à étendre le champ de leur attention à leur environnement et surtout à ne pas suivre leurs pensées. Un exercice nommé « les pensées ne sont pas des faits » leur permet de prendre conscience qu'elles interprètent le monde à travers le prisme de l'état émotionnel dans lequel elles se trouvent. Cette première phase leur permet d'observer sans jugement leurs pensées et leurs sensations corporelles avec recul sans amplifier l'intensité de l'émotion. La seconde phase pendant laquelle ils pratiquent la méditation assise avec exposition aux émotions consiste à les inviter à explorer les composantes corporelles de ce qu'elles ressentent plutôt que de ruminer ou d'interpréter celles-ci et de juste les ressentir sans chercher à les modifier. Cette attitude d'acceptation permet l'exposition aux émotions avec prévention de la réponse, de réguler leurs émotions et d'augmenter le répertoire de réponses comportementales, aussi bien dans les troubles de l'humeur, anxieux, obsessionnels-compulsifs, alimentaires ou de la personnalité.

Mots clés Méditation ; Attention ; Réactivité cognitive ; Métacognition ; Régulation émotionnelle

Déclaration d'intérêts L'auteur déclare ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Pour en savoir plus

Philippot P. Émotion et psychothérapie. 2^e ed. Mardaga; 2011.

Segal Z, et al. La thérapie cognitive basée sur la pleine conscience pour la dépression. Bruxelles: De Boeck; 2006.

Wells A. Metacognitive Therapy for anxiety and depression. New York: The Guilford Press; 2009.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.09.045>

S2C

Ce que la pleine conscience fait au cerveau



K. N'Diaye

ICM, équipe Behavior, Emotion & Basal Ganglia, hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris, France

Adresse e-mail : karim.ndiaye@upmc.fr

Résumé non reçu.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.09.046>

S9

Pharmacovigilance en psychiatrie : données récentes



P. Baumann

Département de psychiatrie, université de Lausanne, DP-CHUV, Prilly, Lausanne, Suisse

Adresse e-mail : pierre.baumann@chuv.ch

Le manque d'introduction de nouveaux médicaments psychotropes dont l'effet pharmacologique est basé sur des mécanismes innovants nous oblige à utiliser au mieux ceux actuellement disponibles. En effet, le nombre d'hospitalisations suite à des effets adverses de médicaments est impressionnant. D'autre

part, les comorbidités psychiatriques et somatiques, une réponse insuffisante à un seul agent thérapeutique exigent une association médicamenteuse parfois abondante, qu'il s'agit de gérer au mieux afin d'éviter des effets indésirables. D'ailleurs, la législation exige qu'ils soient déclarés aux autorités sanitaires.

Le symposium a pour but de faire le point sur les données récentes de la pharmacovigilance en psychiatrie, par un résumé sur les obligations légales, la présentation de travaux internationaux récents dans des domaines spécifiques de la pharmacovigilance des psychotropes : hépatotoxicité des antidépresseurs [1], hématotoxicité des antipsychotiques, prolongation de l'intervalle QT associée aux médicaments psychotropes [2]. Les schémas de contrôle sanguin hebdomadaire des neutrophiles obligatoire pour tout patient recevant de la clozapine varient considérablement sur le long terme selon les pays. Le NNT est > 5000 patients pour escompter une vie sauvée d'une septicémie liée à une neutropénie sévère (agranulocytose) : les investissements se montent à plusieurs million d'Euros par année de vie gagnée ajustée à la qualité de vie (QALY). En revanche, l'ECG, peu employé en psychiatrie, se révèle nettement plus coût-efficace pour prévenir la mort suite liée à une arythmie induite par les psychotropes (torsades de pointe). Enfin, le projet de pharmacovigilance (Arzneimittelsicherheit in der Psychiatrie [AMSP]) mis en place dans des pays germanophones [3] sera présenté et illustré par des exemples d'études de pharmacovigilance.

Mots clés Pharmacovigilance ; Pharmacoepidémiologie ; Psychotropes ; Effets indésirables ; Dépistage

Déclaration d'intérêts L'auteur déclare ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Références

- [1] Corruble E, Voican CS, Naveau CS, Perlemuter G. Antidepressant-induced liver injury: a review for clinicians. *Am J Psychiatry* 2013, <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.2013.13050709>.
- [2] Girardin FR, Gex-Fabry M, Berney P, Shah D, Gaspoz JM, Dayer P. Drug-induced long QT in adult psychiatric inpatients: the 5-year cross-sectional ECG Screening Outcome in Psychiatry study. *Am J Psychiatry* 2013;170(12):1468–76.
- [3] Letmaier M, Painold A, Holl AK, Vergin H, Engel R, Konstantinidis A, et al. Hyponatraemia during psychopharmacological treatment: results of a drug surveillance programme. *Int J Neuropsychopharmacol* 2012;15(6):739–48.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.09.047>

S9A

Hépatotoxicité des médicaments antidépresseurs : synthèse et perspectives

E. Corruble

Inserm U669, Psychiatrie, CHU de Bicêtre, le Kremlin-Bicêtre, France
Adresse e-mail : emmanuelle.corruble@bct.aphp.fr

Résumé Les médicaments antidépresseurs peuvent induire des effets hépatiques iatrogènes. Bien que les travaux publiés depuis 1965 sur ce sujet soient peu nombreux, il fait l'objet d'un intérêt récent, notamment de la part des agences américaine et européenne d'enregistrement des médicaments.

0,5 % à 3 % des patients traités par médicaments antidépresseurs développent une élévation modérée et asymptomatique des amino-transférases (ASAT et ALAT). Tous les médicaments antidépresseurs peuvent s'avérer hépatotoxiques, particulièrement chez les sujets âgés et chez les sujets polymédiqués. Dans la plupart des cas, l'atteinte hépatique induite par les antidépresseurs est idiosyncrasique, non prévisible et indépendant de la posologie prescrite. Elle survient le plus souvent dans un délai de quelques jours à 6 mois après l'initiation du traitement antidépresseur. Toutefois, des cas graves d'hépatopathie induite par les antidépresseurs ont également été décrits, avec des hépatites fulminantes et des décès. Les lésions hépatiques sous-jacentes sont le plus souvent de

type hépatocellulaire et plus rarement de type cholestatique ou de type mixte.

Les antidépresseurs ayant le risque le plus élevé d'hépto-toxicité sont l'iproniazide, la nefazodone, la trazodone, la phenelzine, l'imipramine, l'amitriptyline, la duloxetine, le bupropion, la tiapentine, et l'agomelatine. Les antidépresseurs ayant le risque le plus faible d'hépatotoxicité sont le citalopram, l'escitalopram, la paroxétine et la fluvoxamine.

En pratique clinique, la surveillance des enzymes hépatiques ASAT et ALAT est la méthode la plus utile pour dépister des effets hépatiques iatrogènes des médicaments antidépresseurs. Si des anomalies sont constatées, l'interruption immédiate du traitement antidépresseur est essentielle. Et un avis hépatologique est souhaitable.

Mots clés Antidépresseurs ; Dépression ; Hépatotoxicité ; Fonctions hépatiques

Déclaration d'intérêts Emmanuelle Corruble est consultant et/ou orateur pour les laboratoires Astra-Zeneca, Eisai, Lundbeck, Otsuka, Sanofi-Aventis, Servier.

Pour en savoir plus

Bernal W, Wendon J. Acute liver failure. *N Engl J Med* 2013;369:2525–34.

Corruble E, Voican CS, Naveau CS, Perlemuter G. Antidepressant-induced liver injury: a review for clinicians. *Am J Psychiatry* 2014;171(4):404–15.

DeSanty KP, Amabile CM. Antidepressant-induced liver injury. *Ann Pharmacother* 2007;41:1201–11.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.09.048>

S9B

Efficiences du suivi obligatoire sanguin pour dépister les neutropénies sous clozapine et du monitoring de l'ECG en psychiatrie

F. Girardin

Hôpitaux universitaires de Genève, Genève, Suisse

Adresse e-mail : francois.girardin@hcuge.ch



De nombreux suivis et tests de dépistage sont proposés en psychiatrie sans véritable consensus. Certains examens obligatoires, tels que les contrôles sanguins hebdomadaires des neutrophiles lors de la prescription de clozapine sont peu efficaces. Les schémas arbitraires de suivi des globules blancs (neutrophiles) varient considérablement d'un pays à l'autre. Quelles que soient la fréquence et la durée des différents schémas (États-Unis, Grande-Bretagne, France, Suisse, Allemagne), le nombre de patients à traiter est supérieur à 5500 pour escompter une vie sauvée d'une septicémie liée à une neutropénie sévère (< 0,5 G/L) et la survie supplémentaire est inférieure à 1 jour par rapport à l'absence de suivi des neutrophiles. Les ressources financières utilisées se montent à plusieurs millions d'euros (€ 2,25 à 3,1 millions GB vs États-Unis) par année de vie gagnée ajustée à la qualité de vie (QALY). Ceci entraîne des coûts de renonciation (*opportunity costs*) qui pourraient être utilisés pour limiter des effets indésirables fréquents des psychotropes, comme la prévention de la prise de poids (et l'insulino-résistance), la gestion des effets indésirables anticholinergiques, ou encore le dépistage ciblé de maladies transmissibles prévalentes en milieu psychiatrique (VIH, hépatites virales B et C).

En particulier, le contrôle électrocardiographique systématique à l'admission, peu employé en psychiatrie, se révèle nettement plus efficace (€23 907 par QALY) que le suivi des neutrophiles pour prévenir un décès iatrogène inhérent aux psychotropes. Compte tenu des polymédications (hors indications), des posologies élevées et des stupéfiants co-administrés, le risque de mort subite suivant un épisode de torsade de pointe a sensiblement augmenté. Un consensus pour le suivi électrocardiographique devait être établi afin de prévenir une majorité des arythmies fatales iatrogènes suivant un