

Merleau-Ponty [1]. Une expérience qui n'est pas claire une bonne fois pour toute, qu'il tente de restituer par ses formules allusives, transitives pour mieux la cerner, sans la trahir et décrire ce qui se passe aux abords des choses, dans cet entre-deux qui laisse son empreinte dans toute la psychopathologie qui se désire phénoménologique. « Comprendre » et « Voir » avant d'« Interpréter » comme le proclamait Binswanger, c'est ici avoir renoncé à saisir pour mettre l'accent sur la dépossession qui l'accompagne et qui nous ramène à notre passivité originelle. À savoir que les choses sont à laisser être, qu'il peut y avoir de l'être sans qu'il est à être posé, dans la persuasion silencieuse du sensible quand il est là sous la main. Un sensible qui ne cesse d'être ambiguë et transcendant, en se gardant de toute positivité, de toute opération de l'esprit qui peut rapidement dévier vers une pensée opératoire comme le dit la clinique. Comprendre que l'il y a du monde sensible est un il y a d'inhérence, qui nous rattache au monde et nous rapporte à l'être, qui n'est pas devant nous, mais nous entoure de toutes parts dans un rapport charnel que nous sommes condamnés à rechercher encore et encore dès lors que nous en serions privés. Privation du monde et de la présupposition de l'autre, résultats d'une intercorporité toujours fragile devant les menaces et leur dépassement qui en même temps m'aident à affermir mes visées et mon identité.

Mots clés Phénoménologie ; Chair ; Réversibilité ; Alexithymie ; Crise suicidaire

Déclaration de liens d'intérêts L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

Référence

[1] Merleau-Ponty. *Le visible et l'invisible*. Réed Gallimard, Coll. TEL; 1961, pp. 36. p. 36.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.09.361>

FA13

SMP – Diagnostic et traitement personnalisés des dépressions : enjeux et perspectives d'avenir

I. Jalenques^{1,*}, C. Lemogne², A. Consoli³, E. Haffen⁴

¹ Service de psychiatrie A et psychologie médicale, CHU Gabriel-Montpied, Clermont-Ferrand, France

² HEGP, Paris, France

³ Centre hospitalier Pitié-Salpêtrière, Paris, France

⁴ CHU de Besançon, Besançon, France

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : ijalenques@chu-clermontferrand.fr (I. Jalenques)

La dépression unipolaire chez l'adulte est une maladie hétérogène, en raison de la multiplicité des causes et des mécanismes physiopathologiques vraisemblablement impliqués. La résistance thérapeutique est sans doute liée au défaut de mise en évidence de sous-groupes distincts qui nécessiteraient une prise en charge spécifique. Un diagnostic et un programme thérapeutique optimisés pour chaque patient constituent donc un enjeu majeur. La dépression entretient des relations réciproques avec les pathologies somatiques qui peuvent induire des états dépressifs par des mécanismes directs en raison d'une physiopathologie partagée (par exemple inflammatoire) ou indirects, en raison de leur retentissement fonctionnel ou des représentations qui leur sont attachées. Outre les difficultés diagnostiques liées à la comorbidité, une meilleure connaissance de ces mécanismes permet de personnaliser au mieux la prise en charge de la dépression. D'autre part, les états dépressifs sont des marqueurs de risque et de mauvais pronostic de nombreuses affections somatiques, notamment cardiovasculaires : l'élucidation progressive de ces mécanismes est la condition d'une prise en charge efficiente visant à réduire l'impact de la dépression sur le risque ou le pronostic de l'affection somatique. Ces relations réciproques seront illustrées au travers des exemples du cancer et de la maladie coronarienne [1,2]. La dépression chez l'adolescent peut se présenter différemment de celle de l'adulte, d'autant plus que le sujet est jeune. Les risques

évolutifs concernent essentiellement le risque suicidaire, l'abus de substance, une forte morbidité en termes d'adaptation psychosociale et un risque de récurrence. Il est donc primordial de savoir dépister un épisode dépressif caractérisé chez l'adolescent pour bien le prendre en charge, sachant faire la distinction avec des mouvements dépressifs inhérents au processus d'adolescence. Les traitements psychothérapeutiques restent le traitement de première intention chez ces adolescents, même si certains ISRS semblent avoir une action psychotrope efficace [3,4].

Mots clés Dépression ; Résistance thérapeutique ;

Comorbidités somatiques ; Adulte ; Adolescent

Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- [1] Andersen BL, et al. Screening, assessment, and care of anxiety and depressive symptoms in adults with cancer: an American Society of Clinical Oncology Guideline Adaptation. *J Clin Oncol* 32:1605–19.
- [2] Lichtman JH, et al. Depression as a risk factor for poor prognosis among patients with acute coronary syndrome: systematic review and recommendations. A scientific statement from the American Heart Association. *Circulation* 2014;129:1350–69.
- [3] Thapar A, Collishaw S, Pine DS, Thapar AK. Depression in adolescence. *Lancet* 2012;379(9820):1056–67.
- [4] Jureidini JN, Doecke CJ, Mansfield PR, Haby MM, Menkes DB, Tonkin AL. Efficacy and safety of antidepressants for children and adolescents. *BMJ* 2004;328(7444):879–83.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.09.362>

FA14

SFRMS – Bien traiter le sommeil pour améliorer le patient psychiatrique

A. Brion

40, boulevard Beaumarchais, Paris, France

Adresse e-mail : agnes.brion@gmail.com

La maladie psychiatrique et les troubles du sommeil sont associés de façon significative ; tout particulièrement l'insomnie dont le concept a évolué (DSM 5, 2013 ; ICSD 3, 2014 [1]) au regard des études récentes qui ont amené à considérer l'insomnie associée aux pathologies psychiatriques comme un trouble comorbide en relation bidirectionnelle et en interaction [2]. Si on considère désormais le rôle fondamental du sommeil sur l'évolution des troubles psychiatriques, on comprend l'enjeu pour les patients psychiatriques d'une prise en charge adéquate de leurs troubles du sommeil. Nous allons interroger cette question à travers trois aspects thérapeutiques actuels :

– dans quelle mesure, la mélatonine, substance chronobiotique, a-t-elle sa place dans le traitement de l'insomnie ? Quels en sont les mécanismes et les risques ; doit-on en craindre un mésusage ?

– les benzodiazépines et leurs agonistes, dont l'efficacité hypnotique est largement évaluée, font actuellement l'objet de la part des autorités de santé d'un projet visant à en limiter la prescription, s'appuyant sur les alertes récentes quant à leur responsabilité potentielle sur la genèse de maladies dégénératives : qu'en est-il réellement de nos connaissances à ce sujet ? Ne confond-on pas corrélation statistique et lien de causalité en l'analyse de ces données ? Quelles sont les alternatives thérapeutiques pour l'avenir si une telle restriction se confirme ?

– un petit nombre d'études suggère que chez des patients bipolaires, des récurrences d'épisodes thymiques ou des résistances au traitement sont associées à la présence de troubles respiratoires du sommeil [3]. Ce constat incite au développement d'une nouvelle approche multidisciplinaire à même de prendre en compte et de traiter conjointement l'ensemble des comorbidités associées aux troubles de l'humeur.

Mots clés Sommeil ; Insomnie ; Mélatonine ;

Benzodiazépines ; Apnées du sommeil

Déclaration de liens d'intérêts L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- [1] ICS3. Classification internationale des pathologies du sommeil, 3^e version. Traduit de l'International Classification of Sleep Disorders third version, SFRMS; 2014.
- [2] Sutton EL. Psychiatric disorders and sleep issues. *Med Clin North Am* 2014;98(5):1123–43. <http://dx.doi.org/10.1016/j.mcna.2014.06.009> [Epub 2014 Jul 22. Review].
- [3] Sharafkhaneh A, Giray N, Richardson P, Young T, Hirshkowitz M. Association of psychiatric disorders and sleep apnea in a large cohort. *Sleep* 2005;28(11):1405–11.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.09.363>

FA14A

La mélatonine : un hypnotique miracle ?

S. Royant-Parola

12, avenue de Lamballe, Paris, France

Adresse e-mail : sylvie@royantparola.fr

La mélatonine, libérée par l'épiphyse, est une hormone qui mesure le temps. En étroite relation avec notre horloge centrale, le noyau suprachiasmatique, elle synchronise, ajuste, décale nos rythmes biologiques pour que notre corps fonctionne au mieux et anticipe les fonctions avenir. Sensible à la lumière qui la bloque, elle est facilement décalée, altérée par notre mode de vie et particulièrement par les écrans (tablettes, smartphone) et par les décalages horaires. Les benzodiazépines et l'âge diminuent sa sécrétion. Selon l'heure de la journée où elle est administrée de façon exogène, son effet sur nos horloges internes est différent. Donnée le soir, avant le minimum du rythme de la température centrale, elle avance les rythmes et facilite donc l'endormissement. Donnée le matin, après le minimum thermique, elle retarde au contraire les rythmes et aura tendance à retarder le sommeil. La mélatonine a des propriétés hypnotiques modestes, en revanche, c'est un chronobiotique efficace dont l'utilisation n'est pas toujours simple car il faut toujours prendre en compte l'état de synchronisation de base de l'individu auquel la mélatonine est administrée.

Mots clés Mélatonine ; Rythme ; Horloge ; Benzodiazépine ; Hypnotique

Déclaration de liens d'intérêts L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

Pour en savoir plus

Lewy AJ, et al. Light suppresses melatonin secretion in humans. *Science (New York, NY)* 1980;210(4475):1267–9.

Arendt J, Skene DJ. Melatonin as a chronobiotic. *Sleep Med Rev* 2005;9:25–3925–39.

Srinivasan V, et al. Melatonin agonists in primary insomnia and depression-associated insomnia: are they superior to sedative-hypnotics? *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2011;35(4):913–23.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.09.364>

FA14B

Fin des benzodiazépines, un suicide programmé ?

I. Poirot

Unité de sommeil, CHRU de Lille, Paris, France

Adresse e-mail : isabelle.poirot@chru-lille.fr

Le recours aux benzodiazépines à visée hypnotique est fréquent dans la prise en charge des plaintes d'insomnie chronique, notamment en médecine générale. L'ANSM estime que 4,2 millions de français a utilisé une benzodiazépine à visée hypnotique en France en 2012 et souligne l'augmentation de leur utilisation dans cette indication chez les femmes de plus de 65 ans (18% des femmes de cette tranche d'âge). La littérature internationale actuelle est

à charge : troubles cognitifs, somnolence, dépendance, chutes... Oubliant les effets thérapeutiques recherchés de ce type de traitement en tant qu'« antidouleur psychique » puissant. Si on peut s'interroger sur l'intérêt des benzodiazépines dans le long terme pour la prise en charge des troubles du sommeil, notre expérience montre qu'elles constituent une alternative de court terme dans le cadre d'une souffrance psychique certaine. Dès lors, quelle place peuvent-elles avoir dans la prise en charge de l'insomnie ? Quelles sont les préconisations actuelles de leur utilisation ? Quelles alternatives peut-on proposer pour améliorer la prise en charge des troubles du sommeil et éviter leur recours abusif ?

Mots clés Insomnie ; Benzodiazépines ; Effets secondaires ; Recommandations ; Thérapies cognitivescomportementales

Déclaration de liens d'intérêts HAS.

Pour en savoir plus

ANSM : état des lieux de la consommation des benzodiazépines en France, décembre 2013.

HAS: Modalités d'arrêt des benzodiazépines et médicaments apparus chez le sujet âgé. Argumentaire. 2007.

Morin CM, et al. Cognitive behavioural therapy, singly and combined with medication, for persistent insomnia: a randomized controlled trial. *JAMA* 2009;301:2005–15.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.09.365>

FA14C

Dépistage et prise en charge de l'apnée du sommeil, un traitement du trouble bipolaire

N. Juenet*, N. Gobillot-Porte

Clinique Lyon Lumière, Meyzieu, France

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : n.juenet@orpea.net (N. Juenet)

Malgré les efforts fournis ces dernières années, le bilan de la prise en charge des patients bipolaires reste toujours insatisfaisant, tant du point de vue du retard diagnostique (8 à 10 ans en moyenne [1]) que des rechutes thymiques (50 % à 1 an [1]) et de la suicidalité, mais aussi concernant la morbidité cardiovasculaire (on rappellera que la principale cause de décès chez ces patients reste à ce jour les accidents cardiovasculaires). Face à ce constat, une nouvelle approche multidisciplinaire se développe depuis quelques années [2]. Dans ce nouveau paradigme faisant appel bien entendu à la psychiatrie mais aussi à l'endocrinologie ou encore la cardiologie, la médecine du sommeil pourrait tenir un rôle de premier plan si l'on en juge par les comorbidités retrouvées aussi bien en périodes critiques qu'en périodes « dites » intercritiques. Ainsi, est-il convenu que les épisodes thymiques entraînent des troubles du sommeil, mais aussi que certains troubles du sommeil (rythmes irréguliers, insomnie, apnées...) sont des facteurs de rechutes thymiques. La force de l'association statistique pourrait, par ailleurs, nous permettre de considérer que certains troubles du sommeil sont à considérer comme une dimension du trouble bipolaire. De nombreuses études (avec malheureusement des faiblesses méthodologiques) retrouvent ainsi une association troublante entre troubles bipolaires et SAS, qui concernerait même près de la moitié des patients bipolaires [3]. Devant les difficultés diagnostiques et thérapeutiques évoquées précédemment, et si l'on parvient à confirmer qu'environ la moitié des bipolaires est apnéique (étude en cours dans notre établissement de psychiatrie), un dépistage systématique du SAOS chez des sujets suspectés de bipolarité ou résistants à une prise en charge psychiatrique « standard » permettrait une optimisation des soins (amélioration des troubles du sommeil, traitement au moins partiel de l'épisode thymique [4], diminution du risque de rechute thymique, prévention cardiovasculaire, recommandations sur le choix des psychotropes).

Mots clés Sommeil ; Trouble bipolaire ; Apnées du sommeil ; Traitement