

- [3] Demazeux S. Qu'est-ce que le DSM ? Genèse et transformations de la bible américaine de la psychiatrie. Paris: Ithaque; 2013.
- [4] Kupfer DJ, First MB, Regier DA, editors. A Research Agenda for DSM-V. Washington (DC): American Psychiatric Association; 2002.
- [5] Millon T. The DSM-III: an insider's perspective. *Am Psychol* 1983;38(7):804–14.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.09.084>

## FFP-CNPP – les limites de l'EBM en psychiatrie

Président : N. Garret-Gloanec, CHU, centre nantais de la parentalité, 44000 Nantes, France

FA10A

### La médecine par la preuve, la pédopsychiatrie française, l'autruche dans le film de Buñuel ?

F. Askenazy

Hôpitaux pédiatriques de Nice, CHU Lenval, 06200 Nice, France

**Mots clés :** Médecine fondée sur la preuve ; Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent

Pour notre discipline, fondée sur la compréhension psychopathologique de l'expression de la souffrance, la médecine par la preuve impose une modification de notre pratique de terrain, et de recherche. Son application est sujette à controverse idéologique. Le nombre d'essais randomisés contrôlés augmente. Cependant, malgré les efforts académiques pour réaliser ces projets de recherche, encourager les cliniciens à la formation, la pratique fondée sur la preuve ne rencontre pas le succès attendu [2]. La standardisation du jugement clinique est difficile à concilier avec la démarche clinique implicite basée sur l'écoute intuitive et l'apprentissage théorique de la connaissance du fonctionnement psychique. De plus dans notre discipline, la clinique est complexe, comorbide et liée à l'environnement. Le concept « cas moyen standardisé » semble inadapté selon de nombreux cliniciens. Enfin, si les études randomisées et contrôlées sont reconnues comme une « méthode scientifique objective » [1], elles présentent des biais méthodologiques [3]. Cependant, l'augmentation de la demande de soin, de l'incidence des pathologies graves, la diminution de la démographie médicale psychiatrique plaident en faveur de la nécessité d'une offre de soin plus « *secure* », mieux contrôlée. L'augmentation des offres psychothérapeutiques, de la prescription de psychotropes impose éthiquement de maîtriser précisément la prescription, ses indications et son suivi. La question est, comment conserver, la richesse, de la compréhension clinique du cas unique, de la diversité des pratiques tout en l'alliant à une pratique plus sécurisée ? Il est nécessaire d'adopter une voie médiane, qui accepte les résultats scientifiquement incontestables tout en conservant la qualité de l'écoute dans la relation clinique, au risque que la pédopsychiatrie française devienne comme l'autruche dans le film de Buñuel.

Références

- [1] Kaptchuk TJ. The double-blind, randomized, placebo-controlled trial: gold standard or golden calf? *J Clin Epidemiol* 2001;54:541–9.
- [2] McClellan JM, Werry JC. Evidence-based treatments in child and adolescent psychiatry: an inventory. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2003;42:1388–400.
- [3] Munder T, Brutsch O, Leonhart R, Gerger H, Barth J. Researcher allegiance in psychotherapy outcome research: an overview of reviews. *Clin Psychol Rev* 2013;33:501–11.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.09.085>

## Rencontre avec l'expert

R3

### Devenir mère : heureux événement ou facteur de risque évolutif pour la femme souffrant de schizophrénie ?

J. Crestin

Centre hospitalier Paul-Guiraud Villejuif, 94800 Villejuif, France

**Mots clés :** Schizophrénie ; Maternité ; Grossesse ; Cours évolutif de la maladie ; Relation mère-bébé

De nos jours, plus de la moitié des femmes schizophrènes deviennent mères. La maternité entraîne chez toutes les femmes un processus de crise, possiblement maturative. La fragilité psychique rend les schizophrènes plus vulnérables aux difficultés de cette période. La maternité a le plus souvent un impact sur le cours évolutif de la maladie de la mère, et cet impact est variable. La grossesse est une période fréquemment symptomatique pour ces femmes et les rechutes en post-partum sont très fréquentes. À plus long terme, l'impact de la maternité sur l'évolution de la schizophrénie maternelle est parfois positif, souvent négatif, mais on manque d'études permettant de le quantifier et d'en apprécier les facteurs déterminants. La relation mère schizophrène-bébé est à risque de présenter des troubles importants. La fusion avec le bébé est à la fois recherchée par la mère et source d'angoisses massives. Le bébé s'adapte à sa mère pour la protéger, mais cela risque de se faire au détriment de son développement à lui. Les étapes du processus de séparation/individuation seront souvent à l'origine de réactions d'intolérance et d'angoisse de la mère et de rechutes délirantes. L'enfant est à haut risque de présenter des troubles développementaux, des anomalies de l'attachement, et des troubles psychiatriques divers. La plupart de ces femmes ne pourront pas élever leur enfant. Le facteur pronostic le plus important est la présence d'un conjoint étayant, or celui-ci est le plus souvent absent. La mise en place d'un réseau de soins multidisciplinaire cherche à soutenir cette dyade et à prévenir les mises en danger physique et psychique potentielles. Le travail principal se fait sur l'élaboration de la distance tolérable pour chaque partenaire sans qu'il soit désorganisé. L'anticipation précoce des difficultés est primordiale pour aider à la constitution d'une relation satisfaisante entre la mère schizophrène et son enfant, et à prévenir dans tous les cas des conséquences négatives sur l'évolution de la maladie.

Pour en savoir plus

Bosanac P, Buist A, Burrows G. Motherhood and schizophrenic illnesses: a review of the literature. *Aust N Z J Psychiatry* 2003;37:24–30.

Darves-Bornoz JM, Lemperière T, Degiovanni A, Sauvage D, Gaillard. Les femmes psychotiques et leurs enfants. *Ann Med Psychol* 1995;153(4):286–9.

Davies A, Mcivor RJ, Kumar RC. Impact of childbirth on a series of schizophrenic mothers: a comment on the possible influence of oestrogen on schizophrenia. *Schizophr Res* 1995;16:25–31.

Guedeney A. Prise en charge des femmes enceintes ayant une pathologie mentale chronique. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2000;29(suppl. 1):39–42.

Harlow BL, Vitonis AF, Sparen P. Incidence of hospitalization for postpartum psychotic and bipolar episodes in women with and without prior pregnancy or prenatal psychiatric hospitalizations. *Arch Gen Psychiatry* 2007; 64(1):42–8.

Howard LM, Goss C, Leese M, et al. The psychosocial outcome of pregnancy in women with psychotic disorders. *Schizophrenia Res* 2004;71:49–60.

Matevosyan MR. Pregnancy and postpartum specifics in women with schizophrenia: a meta-study. *Arch Gynecol Obstet* 2011;283:141–7.

Vacheron MN, Ducroix C, Choudey M. Du désir d'enfant au désir de l'enfant : particularités chez la femme atteinte de trouble psychotique. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* 2008;56:506–11.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.09.086>

R9

### **Insomnies, hypersomnies, parasomnies en psychiatrie**

P. Lemoine

*Clinique Lyon Lumière, 69330 Meyzieu, France*

Les troubles du sommeil sont probablement parmi les plus ubiquitaires en médecine et il n'existe guère de trouble psychiatrique qui ne les engendre. Certains d'entre eux comme les apnées du sommeil peuvent engendrer des syndromes tels la dépression, la fatigue, l'impuissance ou des déclinés cognitifs allant jusqu'à la démence ou en constituer des facteurs de résistance au traitement ; de la même façon, le dépistage du syndrome des mouvements périodiques des membres inférieurs au cours du sommeil souvent associé au syndrome des jambes sans repos pendant l'éveil, peut permettre une meilleure approche de certaines formes de fatigue chronique, de dépression, de syndromes de glissement. D'autres perturbations au cours du sommeil constituent les symptômes clefs d'un syndrome psychiatrique comme par exemple l'hypersomnie dans la dépression saisonnière ou la dépression atypique. Enfin, certains troubles du sommeil chroniques telle l'insomnie au cours de la troisième décennie de la vie sont souvent les signes précurseurs d'une dépression qui surviendra vingt ans plus tard comme s'il existait un facteur commun à l'origine des deux entités pathologiques. De la même manière, une période d'insomnie même brève s'avère un prédicteur d'une rechute maniaque ou d'un épisode psychotique aigu. Apprendre à les reconnaître, les évaluer, s'en servir comme guides cliniques s'avère essentiel dans la prise en charge des patients de notre spécialité : dans quels cas faut-il systématiquement ou éventuellement demander un enregistrement polygraphique de sommeil ? Existente-t-ils et quelle est la valeur des outils diagnostiques moins contraignants comme par exemple l'agenda de sommeil, l'actimétrie ? Comment prendre en charge une insomnie dans un cadre psychiatrique ? Quel est le « bon usage » des hypnotiques ? Telles sont les nombreuses questions que cette rencontre avec l'expert permettra d'évoquer.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.09.087>

## **Session thématique**

### **Le DSM-5 – les principales nouveautés**

**Président : J.-D. Guelfi, centre hospitalier Sainte-Anne – CMME – 75014 Paris, France**

S1A

### **Troubles neuro-développementaux, troubles du spectre de l'autisme**

M.-A. Crocq

*Centre hospitalier de Rouffach – Maison des Adolescents, 68100 Mulhouse, France*

Le DSM-5 a introduit le chapitre des « Troubles NeuroDéveloppementaux » (TND) qui regroupe certaines catégories qui appartenaient aux Troubles apparaissant dans la petite enfance, l'enfance et l'adolescence. Les TND incluent les troubles du développement intellectuel, de la communication, du spectre de l'autisme (TSA), des apprentissages, moteurs (p. ex., Tourette), et le déficit de l'attention/hyperactivité. La catégorie TSA remplace les Troubles Envahissants du Développement. Les TSA sont définis par deux

critères seulement : déficit persistant dans la communication et les interactions sociales, intérêts et comportements limités et stéréotypés. Ces modifications peuvent influencer les recherches et l'accès aux soins [1].

*Référence*

[1] Volkmar FR, Reichow B, McPartland J. Classification of autism and related conditions: progress, challenges, and opportunities. *State of the Art. Dialogues Clin Neurosci* 2012;14:229–37.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.09.088>

S1B

### **Nouveautés dans les troubles de la personnalité**

J.-D. Guelfi

*Centre hospitalier Sainte-Anne, clinique des maladies mentales et de l'encéphale, 75014 Paris, France*

*Mots clés* : Troubles de la personnalité ; Catégories diagnostiques ; Dimensions psychologiques ; Traits de personnalité

Les troubles de la personnalité figurent dans deux sections distinctes de la classification. Dans la section II, on retrouve la définition générale des 10 troubles de la personnalité selon le DSM-IV TR, avec les critères diagnostiques inchangés et, pour chaque trouble, des considérations actualisées sur : les caractéristiques cliniques principales, les caractéristiques associées, les chiffres de prévalence, l'évolution, les facteurs de risque connus, les considérations culturelles et selon le genre, le diagnostic différentiel enfin. Dans la section III, un chapitre consacré à un modèle alternatif pour les troubles de la personnalité inclut de nouveaux critères diagnostiques généraux. Les principaux changements concernent les critères obligatoires A et B. Le critère A concerne le fonctionnement de la personnalité. Le critère B concerne les traits de personnalité pathologique dans cinq dimensions : l'affectivité négative, le détachement, l'antagonisme, la désinhibition et le psychoticisme. Au sein de ces dimensions, figurent 25 facettes cliniques distinctes. Sont ensuite envisagés six troubles spécifiques de la personnalité, définis par des altérations typiques du fonctionnement psychique (critère A) et par des traits de personnalité pathologique (critère B). De nouveaux critères sont proposés pour les personnalités antisociales, évitantes, borderline, narcissiques, obsessionnelles compulsives et schizotypiques. Pour les sujets répondant aux critères généraux mais pas à ceux des troubles spécifiques, le diagnostic de trouble de personnalité spécifié par les traits est retenu pour autant que le critère B soit rempli. Le chapitre suivant est consacré aux différents traits de personnalité. Il est inspiré principalement par le modèle des cinq facteurs. Le questionnaire recommandé pour évaluer les cinq dimensions et les 25 facettes cliniques est le PID-5 de R Krueger (en accès libre pour l'instant sur Internet). Suivent des considérations sur l'utilité clinique de l'évaluation du fonctionnement en 5 niveaux et une définition précise des 25 facettes. La section III a repris les principales recommandations du groupe de travail publiées (et largement critiquées !). Celles-ci seront commentées.

*Pour en savoir plus*

Skodol AE, Bender DS, Morey LC, et al. Personality Disorder Types proposed for DSM-5. *J Pers Disord* 2011;25:136–69.

Skodol AE, Clark LA, Bender DS, et al. Proposed changes in personality and personality disorder assessment and diagnosis for DSM-5 Part I Description and Rationale. *Personality Disorders. Theory Res Treatment* 2011;2:4–22.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.09.089>

S1C

### **Troubles de l'humeur**

C. Pull, M.-C. Erpelding-Pull

*L-1210 Luxembourg*