



Available online at  
**ScienceDirect**  
[www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com)

Elsevier Masson France  
**EM|consulte**  
[www.em-consulte.com](http://www.em-consulte.com)



## Congrès français de psychiatrie Rencontres avec l'expert

### R1

#### La douleur pour les nuls

M. Hamon

Inserm U894, centre de psychiatrie et neurosciences, Paris, France

Adresse e-mail : [michel.hamon@upmc.fr](mailto:michel.hamon@upmc.fr)

Selon l'International Association for the Study of Pain (IASP), la douleur est « une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle, ou décrite en ces termes ». D'après cette définition, la douleur correspond à la fois à un phénomène perceptif et à un vécu subjectif, et une intrication étroite existe entre ces composantes. De fait, les voies nerveuses qui conduisent les messages nociceptifs se projettent non seulement sur des structures cérébrales qui intègrent les paramètres physico-chimiques de la sensation douloureuse (thalamus, cortex somesthésique) mais aussi sur celles qui en évaluent l'impact émotionnel aversif et déclenchent des réponses neurovégétatives, cognitives et comportementales adaptées ou non (aire parabrachiale latérale, noyau central de l'amygdale, hypothalamus, insula) [3]. Cette organisation anatomique est en rapport avec les données cliniques qui attestent d'une forte co-morbidité entre les douleurs chroniques et des désordres affectifs tout particulièrement [4]. Alors que les douleurs aiguës (nociceptives) et les douleurs chroniques inflammatoires mettent en jeu des mécanismes neurobiologiques bien connus aujourd'hui, les douleurs chroniques neuropathiques, ou de type neuropathique (par ex. : fibromyalgie), sont toujours l'objet d'intenses investigations [2]. Leur prévalence est élevée (7% de la population générale), et les traitements disponibles n'ont qu'une efficacité et une tolérabilité limitées. Certains antidépresseurs sont prescrits en première intention, mais leur NNT (« number needed to treat ») reste élevé (NTT=4–6), même pour une réduction effective de la sensation douloureuse de seulement 30%. En réalité, la prescription d'antidépresseurs ne résulte que d'observations empiriques, et le développement de traitements véritablement adaptés et efficaces ne pourra se faire qu'au prix d'une connaissance approfondie des mécanismes neurobiologiques en cause. À cet égard, les études actuelles qui portent sur l'impact des interactions neurone-glie [1], de modifications épigénétiques induites au cours de la prime enfance et/ou l'adolescence, et/ou d'altérations affectant le microbiote semblent très prometteuses.

**Mots clés** Douleur neuropathique ; Co-morbidité ; Antidépresseurs ; Neurone-glie ; Microbiote ; Épigénétique

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

#### Références

- [1] Gundersen V, Storm-Mathisen J, Bergersen LH. Neuroglial transmission. *Physiol Rev* 2015;95:695–726.

- [2] Jensen TS, Finnerup NB. Allodynia and hyperalgesia in neuropathic pain: clinical manifestations and mechanisms. *Lancet Neurol* 2014;13:924–35.
- [3] Kuner R. Central mechanisms of pathological pain. *Nat Med* 2010;16:1258–66.
- [4] Terry EL, DelVentura JL, Bartley EJ, Vincent AL, Rhudy JL. Emotional modulation of pain and spinal nociception in persons with major depressive disorder (MDD). *Pain* 2013;154:2759–68.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.09.014>

### R2

#### La pénalisation de la folie

P. Bensussan

13, rue de la Pourvoirie, Versailles, France

Adresse e-mail : [courriel@paulbensussan.fr](mailto:courriel@paulbensussan.fr)

Les prisons françaises accueillent, chaque année plus nombreux, des individus relevant davantage d'une hospitalisation que d'une incarcération : 3 à 4% des détenus souffriraient de schizophrénie, soit une prévalence 3 à 4 fois supérieure à celle observée dans la population générale. La création des UHSA lève les derniers scrupules : la qualité des soins psychiatriques en détention autorise en toute bonne conscience la condamnation d'un malade mental. Les fous criminels ne sont désormais plus protégés par « le malheur de leur état ». La pénalisation de la folie répond parfois à des considérations politiques : l'opinion publique, particulièrement les familles de victimes, considérant l'irresponsabilité pénale comme une forme d'indulgence, voire d'impunité. Mais les pressions politiques ne sont pas seules en cause : les préconisations des experts sont parfois empreintes d'a priori idéologiques : certains répugnent à reconnaître « l'abolition du discernement » (article 122-1 du nouveau Code pénal). Ils considèrent en effet que le procès de Cour d'assises n'est pas dénué de vertus thérapeutiques, tant pour les victimes que pour les criminels. L'expert psychiatre se comporte ainsi comme s'il était investi d'une mission de rédemption (du criminel) et de protection (de la société). Ce faisant, il espère que l'existence du trouble mental aboutira à une sanction modérée, voire clémente. Il n'en est rien et la peine peut même s'en trouver alourdie, tant l'imprévisibilité de la récidive du fou criminel suscite d'inquiétude. Le fait que chacun semble s'accommoder de cette situation ne doit pas en faire perdre de vue les enjeux médico-légaux. Le recours plus rigoureux et systématique aux critères diagnostiques en vigueur devrait permettre une meilleure concordance diagnostique entre experts. Une affaire récente particulièrement médiatisée, celle de Stéphane Moitoret, meurtrier du « petit Valentin », dans laquelle

une querelle d'experts a occupé une place importante, viendra illustrer la problématique.

**Mots clés** Irresponsabilité pénale ; Malade mental criminel ; Querelle d'experts ; Affaire Moitoret

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

*Pour en savoir plus*

Bensussan P. « La pénalisation de la folie », avec Maître Delphine Provence. In: Le Monde, 2007.

Lemoine Y. « Juger les fous : le Malheur de leur état ». In: Libération, 2007.

Senninger JL. 1986 : « Personnalité schizoïde et actes criminels ». Act Psy 1:23–28 Criminologie et Psychiatrie, sous la direction de Thierry Albernhe, éd. Ellipses;1997.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.09.015>

### R3

#### Les outils pour la rédaction des certificats de soins sans consentement

E. Péchillon

Faculté de droit, université de Rennes 1, Rennes, France

Adresse e-mail : [eric.pechillon@wanadoo.fr](mailto:eric.pechillon@wanadoo.fr)

Depuis maintenant plus de quatre ans les psychiatres sont confrontés aux particularités d'application d'une nouvelle loi de soins sans consentement. En apparence elle succède à ses devancières de 1838 et 1990 alors qu'en réalité elle s'appuie sur des concepts juridiques nouveaux empruntés au droit constitutionnel ou au droit européen. La particularité du nouveau texte est de donner une place prépondérante au juge des libertés et de la détention (JLD). Chacun a pu constater des différences importantes d'appréciation de la nécessité des soins entre médecins et magistrats. Il en résulte un nombre non négligeable de mainlevée des soins par décision de justice. La session apporte les notions et concepts nécessaires pour que les psychiatres rédigent leurs certificats de telle sorte qu'ils soient bien compris par les magistrats. Une première communication présente les concepts à l'origine de la loi (constitution, convention européenne de sauvegarde des Droits de l'homme, recommandation 2004/10 du conseil de l'Europe. . .). La complexité de la loi conduit à la nécessité d'une interprétation de nombre de ses articles. La jurisprudence commence à donner des pistes de compréhension utiles. Ce sera l'objet de la deuxième intervention avant de réfléchir sur les aspects cliniques à faire figurer dans les certificats qui constituent le moyen privilégié de communication avec les JLD.

**Mots clés** Soins sans consentement ; Psychiatrie ; Justice ; Loi du 5 juillet 2011

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

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.09.016>

### R4

#### Redécouvrir la catatonie

T. Mauras

CH Sainte-Anne Secteur 3 Dr Marcel, 1, rue Cabanis, Paris, France

Adresse e-mail : [thomasmauras@gmail.com](mailto:thomasmauras@gmail.com)

La catatonie est une pathologie motrice et de l'affect associant immobilisme et décharge motrice, comportements stéréotypés et sidération. La description historique s'autonomise sous la plume de Kahlbaum à la fin du XIX<sup>e</sup>. Longtemps rattachée à la schizophrénie, l'étude systématique des patients des urgences et en population psychiatrique générale a permis d'infirmier que la catatonie était un sous-type de schizophrénie. Plus d'un tiers des états catatoniques sont associés à des causes somatiques diverses qui modifient la prise en charge et interrogent sur la physiopathologie. Par ailleurs, les troubles de l'humeur sont la cause psychiatrique la plus fréquemment retrouvée. De plus, pour certains auteurs des

pathologies comme le syndrome malin des neuroleptiques sont à rattacher à la catatonie. Des catatonies malignes sont décrites et doivent être systématiquement éliminées. Indépendamment de la pathologie associée à la catatonie qui nécessite une prise en charge spécifique, la catatonie considérée comme un syndrome médical à part entière fait actuellement l'objet d'une prise en charge bien codifiée qui passe par un test thérapeutique aux benzodiazépines ou apparentés (zolpidem). La sismothérapie reste une option thérapeutique à ne pas négliger surtout dans les situations d'urgence. D'autres alternatives existent. Certains états catatoniques se chronicisent mais peuvent cependant être de bon pronostic. Les liens avec des pathologies comme la perte d'auto-activation psychique méritent d'être discutés. Enfin, le décloisonnement dans le champ de la recherche entre psychiatrie et médecine somatique particulièrement les états minimaux de conscience nous offre des perspectives de compréhension de ce syndrome passionnant et encore insuffisamment exploré.

**Mots clés** Catatonie ; Agitation ; Immobilité ; Zolpidem ; Sismothérapie ; Ganglions de la base

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

*Pour en savoir plus*

Ink M. Rediscovering catatonia: the biography of a treatable syndrome. Introduction: liberating catatonia from schizophrenia; 2013;127,1–47.

Schiff, N. Recovery of consciousness after brain injury: a mesocircuit hypothesis. Trends Neurosci 2010;33(1):1–9.

Smith VD, Kumar N. Catatonic disorder due to a general medical or psychiatric condition; 2012, 198–207.

Thomas P, Rasclé C, Mastain B, Maron M, Vaiva G. Test for catatonia with zolpidem. Lancet 1997;24.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.09.017>

### R5

#### Traitements psychotropes et grossesse – du CFP Lille 2011 au CFP Lille 2015 : que sont devenus les enfants ?

C. Rainelli

Filière de psychiatrie périnatale, CH Esquirol, Limoges, France

Adresse e-mail : [christine.rainelli@ch-esquirol-limoges.fr](mailto:christine.rainelli@ch-esquirol-limoges.fr)

Le déroulement de toute grossesse nécessite la prise en compte de la stabilité psychique de la future mère. Ce moment particulier dans la vie d'une femme peut en effet aggraver des troubles connus ou révéler une pathologie de novo. Ainsi, dans un certain nombre de cas, des thérapeutiques psychotropes s'avèrent nécessaires. Si elles sont parfois indispensables, ces prescriptions doivent néanmoins répondre à des règles et respecter des précautions liées à leur potentiel toxique sur la poursuite de la grossesse, le développement embryonnaire, foetale et la santé de l'enfant à naître. Il est important d'évaluer à chaque étape de la grossesse le rapport bénéfice/risque concernant aussi bien la femme que l'enfant à venir et mettre rapidement en place une coordination entre le médecin prescripteur et les équipes des services d'obstétrique et de néonatalogie. Quatre ans après une première présentation au CFP à Lille, nous proposons une actualisation des connaissances sur la prescription des psychotropes pendant la grossesse, avec toujours comme objectif de souligner l'importance d'une réflexion éclairée avant toute décision de mise en place ou de maintien d'un traitement chez une femme enceinte. Si certains effets délétères doivent être impérativement connus et nos connaissances réévaluées au fil des études, il faut aussi savoir que de nombreux autres facteurs ont un impact sur le déroulement de la grossesse et le devenir de l'enfant.

**Mots clés** Psychotrope ; Grossesse ; Fœtus ; Enfant ; Développement

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