



Journée de rencontre avec les associations d'usagers

Sous le haut patronage du Ministère des Affaires sociales,
de la Santé et des Droits des femmes

24 janvier 2015

« Regards croisés sur l'actualité de la recherche en psychiatrie : du soin à l'insertion »

Salle Laroque - Ministère de la Santé

PROGRAMME

- 9h00 | Introduction de la journée
9h30 | Présentation de l'Institut de psychiatrie - Pr MO Krebs (Paris) & Pr Catherine Barthélémy (Tours)

1ère session : Développement et cognition

- 9h45 | De nouveaux outils complémentaires pour le diagnostic troubles du développement - Pr Catherine Barthélémy (Tours)
10h05 | Troubles neuro-métaboliques ; des bilans pour qui pour quoi ? - Pr Olivier Bonnot (Nantes)
10h25 | Développement cérébral : quand cela s'arrête-t-il ? - Dr Arnaud Cachia (Paris)
10h45 | PAUSE

2ème session : Thérapeutiques : « nouvelles » cibles - nouveaux modèles

- 11h00 | La dépression : nouveaux modèles, nouveaux traitements - Pr Raphael Gaillard (Paris)
11h20 | Les symptômes négatifs de la schizophrénie : de l'évaluation à la thérapeutique - Pr S Dollfus (Caen)
11h40 | La prévention de la psychose est-elle atteignable ? le modèle de l'intervention précoce chez les adolescents & jeunes adultes ? - Pr MO Krebs (Paris)
12h00 | Atteindre les jeunes patients : intérêt des équipes mobiles pour les premiers épisodes psychotiques - Dr S Meunier (Caen)
12h20 | Discussion sur les communications du matin
12h40 | DÉJEUNER BUFFET

3ème session : Thérapeutiques de stimulation

- 14h00 | Techniques de stimulation : différentes techniques pour différentes indications - Pr D Drapier (Rennes)
14h10 | TMS dans la psychose : un nouveau traitement des hallucinations - Dr M Plaze (Paris)
14h20 | Table ronde : les chocs ... tabous et / ou espoirs ?
14h40 | Animée par le Pr B Millet et le réseau ScienSAs' (mission Inserm Associations) : J. Etiemble, N. Sarda, A. Le-Moenner, A. Boisivon
15h00 | PAUSE

4ème session : Handicap psychique et insertion

- 15h15 | Remédiation cognitive et parcours intégratifs vers la réhabilitation - Pr N Franck (Lyon)
15h35 | Parcours de vie et remédiation : le point de vue de l'anthropologue - Dr B Moutaud (Paris)

Table ronde de clôture : Identifier les attentes - Répondre aux besoins

- 16h05 | Représentant de l'Inserm Mme Donnet-Kamel + Représentants des Associations + Membres de l'Institut de Psychiatrie
17h00 | FIN DE LA JOURNÉE

« **Regards croisés sur l'actualité de la recherche en psychiatrie : du soin à l'insertion** » tel était le thème de la Journée de Rencontre avec les Associations d'usagers, organisée sous le haut patronage du Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et des Droits de Femmes, le 24 Janvier 2015. Cette Journée a été organisée par l'Institut de Psychiatrie en partenariat avec la Fondation Deniker, la mission Inserm Association et ScienSAs', un réseau de chercheurs et d'associations.

Nicole Sarda, Jeanne Etiemble, chercheurs ScienSAs'-NeuroPsy, **Dominique Donnet-Kamel**, Mission Inserm Association, ont contribué à la réalisation de cette synthèse.

La journée débute par une présentation des différents partenaires : **Pr MO Krebs & Pr C Barthélémy**

- L'Institut de Psychiatrie (GDR 3557) est un espace collaboratif de recherche en psychiatrie qui s'est donné trois objectifs : -améliorer les connaissances sur la dynamique évolutive et les modalités d'expression des différents troubles du développement ; -faciliter le développement de nouvelles modalités thérapeutiques ; -décrypter les mécanismes physiopathologiques sous-tendant l'expression de ces troubles. Pour plus d'informations : www.institutdepsychiatrie.org
- La Fondation Pierre Deniker reconnue d'utilité publique a pour mission : -soutenir des programmes de recherche pluridisciplinaires ; - mettre des outils d'information à disposition des citoyens ; - aider la société à porter un regard nouveau sur les troubles mentaux pour une intégration et lutter contre la stigmatisation des patients. Pour plus d'informations : www.fondationpierredeniker.org
- La mission Inserm - Association et ScienSAs' favorisent les interactions entre la communauté des chercheurs et les Associations de malades. Le Gram (Groupe de réflexion avec les Associations de malades) soutient cette politique de dialogue et de partenariat. Pour plus d'informations : www.inserm.fr; <http://sciensas.inserm.fr>

1^{ÈRE} SESSION : **DÉVELOPPEMENT ET COGNITION**

9h45 De nouveaux outils complémentaires pour le diagnostic troubles du développement - Pf C Barthélémy (Tours)

L'autisme fait partie des troubles envahissants du développement qui se traduit par un retard du développement et une absence de communication sociale. Sa prévalence est de l'ordre de 1 %. En France, le diagnostic des nourrissons ayant des troubles autistiques est souvent fait tardivement, ce qui retarde leur prise en charge. Pourtant plus le diagnostic est précoce, meilleur est le suivi. Quelques signes dans la communication peuvent alerter les familles : absence de regards envers la mère, désintérêt pour l'environnement, absence de babilllements.... Il existe aujourd'hui des tests simples non invasifs pour diagnostiquer la difficulté de partage des sen-

timents avec l'autre chez les très jeunes enfants. L'une des techniques de dépistage est le " eye tracking " qui analyse les mouvements oculaires et permet de déterminer à quel moment se manifeste l'absence de contact visuel et d'intérêt pour les interactions sociales. Cette technique permet de voir si le bébé confronté à un adulte qui lui parle, regarde sa bouche, ses yeux, son nez ou les objets environnants. Des données montrent en effet une rupture très précoce des processus normatifs des interactions sociales (dès l'âge de 2-6 mois) et d'orchestration des ajustements réciproques de la relation empathique "test du bonbon" au cours du développement (15-20 mois).

Discussion : *l'apport d'une composante génétique (combinaison de 300 anomalies) dans la vulnérabilité de l'enfant ; les liens entre personnels médicaux et chercheurs (3^e plan Autisme) ; l'approche sensori-motrice pour une prise en compte des composantes somatiques et affectives. Enfin, en termes de santé publique, peut-on concevoir la prise en charge d'un examen obligatoire dans le carnet de santé?*

10h05 Troubles neurométaboliques: des bilans pour qui pour quoi? - Pf O Bonnot Nantes

Les maladies neurométaboliques, actuellement sous-estimées (40/100 000) se présentent sous des formes psychiatriques sans signes neurologiques ou organiques évidents. D'où la nécessité pour les psychiatres, de se réapproprier la question des troubles organiques. En effet, de très nombreux troubles neurométaboliques ont une origine génétique entraînant un dysfonctionnement organique. Citons par exemple, associées à un défaut métabolique, des maladies rares telles que :-Phénylcétonurie néonatale –convulsions-syndrome d'Angelman ; Déficits en adénylosuccinase ou créatinine ou amino-acides -retard mental profond.....

Olivier Bonnot présente un panel de cas cliniques dans lesquels des erreurs métaboliques non détectées précocement sont à l'origine des troubles neuropsychiatriques observés. Nous avons retenu la symptomatologie suivante :

- Cas d'un jeune homme de 25 ans présentant des troubles psychotiques, consommateur de cannabis, hospitalisé 14 fois en 4 ans, diagnostiqué schizophrène, et qui va présenter au cours des années, de plus en plus d'altérations du comportement, des troubles du langage, un déclin cognitif, des mouvements dystoniques, un syndrome cérébelleux, pour être finalement diagnostiqué Niemann Pick Type C, une maladie lysosomale due au déficit de l'activité de la sphingomyélinase acide, l'enzyme qui hydrolyse la sphingomyéline en céramide.

Il est donc important pour les psychiatres d'avoir une approche multidisciplinaire qui prend en compte les signes psychiatriques atypiques et leur timing d'apparition complétés par des examens neurologiques complets incluant imagerie IRM, bilan ophtalmique... et bilan biologique, afin d'appréhender au mieux le diagnostic et optimiser le traitement le plus précocement. Pour plus de détails voir revue de référence dans Orphanet Journal of Rare Diseases. 2014 Maladies neurométaboliques et Psy.

Discussion : *Existence de feuillets « critères organiques » à remplir dans les centres socio-psychologiques ? Coût et rentabilité ?*

10h25 Développement cérébral : quand cela s'arrête-t-il ? - Dr A Cachia (Paris)

Une question sous-jacente se pose à savoir peut-on intervenir lorsque le développement cérébral s'organise ? L'imagerie cérébrale (IRM) est un outil de choix pour étudier le développement du cerveau et ses liens avec les variations du comportement et de la cognition. C'est une technique inoffensive et indolore pour voir le cerveau in vivo y compris in utero qui va permettre de suivre l'évolution des phases précoces du développement cérébral, caractérisées par la morphologie corticale (gyrification/sulcation) et les trajectoires cognitives développementales impactées dès la naissance, en même temps que l'apparition des symptômes cliniques d'origine neurodéveloppementale, comme dans les cas de schizophrénie et d'autisme. Chaque région cérébrale mature selon une chronologie qui lui est propre : en premier, les régions corticales sensori-motrices, puis les régions cognitives très intégrées telles les aires préfrontales ou temporales impliquées dans la planification, l'intelligence formelle, la flexibilité... durant l'adolescence et jusqu'à l'âge adulte (20-25 ans). Le développement cérébral est donc non linéaire, sous-tendu par de multiples mécanismes avec des fenêtres de sensibilité et de vulnérabilité à prendre en compte. L'utilisation de l'anatomie cérébrale constitue ainsi un marqueur phénotypique intermédiaire (endophénotype) dans l'analyse gènes-cognition-comportement puisque une partie des changements sous contrôle génétique en début de vie est ensuite modulée par l'environnement.

Discussion : poids du cerveau et surface corticale et incidence sur le QI ? anomalies des plis corticaux comme marqueur de schizophrénie ? violences sexuelles précoces : impact sur la mise en place des réseaux neuronaux des structures limbiques ? Pour ce dernier point, des statistiques indiquent que la prévalence de psychoses est de l'ordre de 20 % après trauma précoce avant 2 ans.

2^{ÈME} SESSION : THÉRAPEUTIQUES : « NOUVELLES » CIBLES –NOUVEAUX TRAITEMENTS

11h00 La dépression : nouveaux modèles, nouveaux traitements - Pr R Gaillard (Paris)

La prévalence d'un épisode dépressif caractérisé s'élève à 20 % en dépit de l'essor thérapeutique ces dernières années. Or, 30 % des patients sont résistants aux traitements.

Nous assistons aujourd'hui à un désengagement des industriels pour le développement de nouvelles molécules compte-tenu du coût des répercussions économiques engendrées:

- En moyenne 1 milliard d'euros
- 12 années de développement
- Une temporalité discordante avec la valorisation économique.

Celui-ci est alors traité par des entreprises et des starts'up qui privilégient la reconversion d'anciennes molécules.

Actuellement, les molécules en développement clinique sont celles qui vont cibler :

- les voies monoaminergiques, exemple : la Vortioxetine (ou Lu AA21004), inhibiteur de la recapture de la sérotonine, qui est un candidat médicament développé par Lundbeck et Takeda pour le traitement de la dépression majeure et de l'anxiété généralisée.
- la transmission dopaminergique pour traiter les symptômes de l'anhédonie, cette difficulté à ressentir des émotions positives et expérimenter le plaisir. Citons la quétiapine (commercialisée sous le nom de Xeroquel, Seroquel, Ketipinor); la cariprazine qui fonctionne comme un antagoniste des récepteurs dopaminergiques D2.
- le système opioïde. La Kétamine en perfusion intraveineuse est un candidat de choix spectaculaire dans les dépressions résistantes avec risque suicidaire. Cependant se posent les problèmes de son utilisation pour une population particulière et la stratégie de maintien du traitement.
- la voie oncologique en ciblant les voies de transduction cellulaire.
- la piste hormonale telle la 3 β -méthoxy-prégnénolone (MAP4343) comme approche thérapeutique innovante des troubles dépressifs.
- enfin la piste inflammatoire avec l'interféron.

Dans tous les cas, il est nécessaire de prendre en compte la vie du patient, les effets secondaires dont l'émergence du risque suicidaire sous antidépresseurs, la planification du traitement de l'épisode dépressif, l'algorithme du traitement, la prise en charge ambulatoire.

11h20 Les symptômes négatifs de la schizophrénie : de l'évaluation à la thérapeutique - Pf S Dollfus (Caen)

Les symptômes de la schizophrénie correspondent à l'un des groupes suivants :

- Les symptômes positifs sont les symptômes associés à l'excès des fonctions normales. Nous mentionnerons : les délires, les hallucinations (Classifications DSM et CIM deux systèmes de classification pour les troubles mentaux - [Classification internationale des maladies](#) (CIM-10) et [Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux](#) (DSM-IV)).
- Les symptômes négatifs (SN) correspondent à la diminution ou la perte de certaines fonctions ou comportements. Consensuellement, ils se regroupent en 5 catégories: Anhédonie ; Asocialité ; émoussement affectif ; Alogie (pauvreté du discours ou de son contenu reflétant la pauvreté de la pensée) ; Avolition (incapacité à initier et à poursuivre des activités orientées vers un but).

Environ 28 à 36 % des patients schizophrènes ont des symptômes négatifs sévères qui *in fine* conduisent à un ralentissement important de leur qualité de vie.

L'évaluation de ces SN (score de 0 à 6) est compliquée car s'y associent des troubles dépressifs, des effets secondaires neurologiques et des symptômes extrapyramidaux.

Depuis 2008-2009, nous disposons de nouveaux outils en cours de validation sur des patients schizo ou schizo-affectifs qui s'appuient sur l'hétéro-évaluation par les proches et l'autoévaluation avec participation et engagement du patient.

Concernant la thérapeutique actuelle plusieurs pistes sont investiguées. Evoquons la prescription de l'amisulpiride (50-150 mg) lorsque la dimension négative est importante, l'amisulpiride (vendu sous les marques Solian, Deniban ou Amitrex) est un neuroleptique atypique ainsi qu'un antidépresseur efficace. L'investigation thérapeutique d'inhibiteurs de Gly-T1, un transporteur de la glycine dans la synapse glutamatergique ; la D-cyclosérine et/ou l'oxytocine pour traiter l'asocialité, la minocycline pour ses effets antipsychotiques.

11h40 La prévention de la psychose est-elle atteignable? le modèle de l'intervention précoce chez les adolescents et jeunes adultes - Pr MO Krebs (Paris)

Marie-Odile Krebs souligne l'intérêt du repérage précoce des sujets à risque de transition psychotique et de leur prise en charge pour raccourcir la durée des troubles psychotiques non traités, avant qu'ils ne se compliquent, notamment par une rupture sociale, une difficulté d'insertion, des conduites addictives (40 % des patients), des comportements suicidaires... Rentrent dans ce cadre les sujets à haut risque de transition psychotique, les patients « prodromiques » (*prodromal state*) et les patients à haut risque clinique. La phase prodromique est la période pendant laquelle un ensemble de symptômes avant-coureurs, généralement bénins, annonce la survenue de la phase principale de cette maladie. L'enjeu est donc le dépistage précoce. Plusieurs outils de repérage ont été élaborés ces dernières années afin d'établir *le timing* entre phase de vulnérabilité - phase de transition - phase psychotique active. Il y a actuellement un consensus pour reconnaître que les déficits cognitifs touchant mémoire de travail, attention, organisation et planification sont potentiellement liés à des facteurs génétiques et environnementaux. Cependant, il faut souligner que les études se sont intéressées majoritairement à la cognition « froide », c'est-à-dire telle qu'elle peut être évaluée avec la batterie de tests MATRICS par exemple sans prendre en compte la nature des altérations cognitives en jeu.

Se pose alors la question des traitements spécifiques en fonction du stade d'évolution des troubles psychotiques. Parmi eux, citons des antipsychotiques atypiques, le lithium, les omega-3, des antidépresseurs, des neuroprotecteurs visant à agir sur la neuroplasticité, auxquels s'ajoutent des thérapies diverses telles que gestion du stress, thérapie familiale, remédiation cognitive et bilan somatique. Bien que disposant de cet arsenal thérapeutique l'enjeu actuel est la prévention.

12h00 Atteindre les jeunes patients : intérêt des équipes mobiles pour les premiers épisodes psychotiques - Dr S Meunier (Caen)

Le premier épisode psychotique se produit généralement vers la fin de l'adolescence ou au début de la vingtaine (15-25 ans). Environ trois personnes sur 100 connaîtront au moins un épisode psychotique durant leur vie. Il s'agit d'une expérience douloureuse parce qu'elle remet en cause à la fois l'identité du sujet et son milieu familial.

Les symptômes positifs (idées délirantes, hallucinations, catatonie, discours désorganisés) auxquels s'ajoutent des déficits cognitifs conduisent à des dysfonctionnements socioprofessionnels et des symptômes thymiques (dépression, anxiété, désespoir, prise de cannabis).

L'équipe mobile est une équipe médicale composée d'un psychiatre, d'un psychologue et d'une infirmière. Cette équipe accueille, évalue et oriente le jeune pour qu'il se réalise, 3 fois par semaine.

C'est une prise en charge sur 2 ans qui vise à favoriser, traiter, proposer des thérapies, travailler en partenariat et dépister précocement.

C'est donc à la fois un bénéfice pour le jeune et sa famille et ce pour un coût relativement modeste. Actuellement 93 patients sont suivis par l'équipe du Dr Meunier.

Discussion : *Existence d'un questionnaire dévolu aux proches pour l'autoévaluation des symptômes négatifs ? Comment se fait l'orientation (hospitalisation, maison de l'adolescence) pour la prise en charge ? les familles sont-elles demandeuses ?*

3^{ÈME} SESSION : THÉRAPEUTIQUES DE STIMULATION

14h00 Techniques de stimulation : différentes techniques pour différentes indications - Pf D Drapier (Rennes)

Des études cliniques et des protocoles de recherche ont mis en évidence une efficacité certaine des différentes techniques de stimulation dans les dépressions modérées à sévères résistantes aux traitements et un effet bénéfiques sur les hallucinations auditives résistantes aux traitements chez des patients souffrant de schizophrénie.

- L'ECT ou électroconvulsivothérapie

Sous anesthésie générale, l'ECT provoque une crise convulsive au niveau de l'encéphale. Son indication en première intention dans les dépressions sévères est à discuter entre bénéfices et risques. Le risque vital à court terme comporte agitation, risque suicidaire et comorbidité somatique. L'ECT est utilisée en traitement de maintenance dans ces cas de dépressions, les états maniaques sévères et les troubles bipolaires ainsi que dans la schizophrénie contre le délire aigu et les hallucinations. Ses effets secondaires sont des troubles cognitifs : confusion post-critique, troubles de la mémoire épisodique et mémoire antérograde.

- La stimulation magnétique transcrânienne (rTMS)

Cette technique repose sur la capacité des champs magnétiques à moduler durablement l'activité cérébrale. Cet effet sur l'activité du cerveau peut être visualisé grâce à l'imagerie fonctionnelle cérébrale. Suivant la fréquence et l'intensité des impulsions délivrées sur une zone du cerveau, l'activité cérébrale peut être diminuée ou augmentée localement. Les essais sont concluants pour traiter des patients déprimés avec des fréquences facilitatrices au niveau du cortex préfrontal latéral gauche. Les effets secondaires sont rares bien que des céphalées et des cervicalgies soient observées.

Elle est aussi utilisée dans les dépressions récurrentes, les hallucinations, les troubles anxieux (TOC, PTSD).

- La stimulation continue transcrânienne (tDCS)

La tDCS est comme la rTMS une technique de stimulation non invasive. Aucun effet secondaire n'a encore été répertorié. Des études conséquentes confirment l'amélioration de l'humeur de patients dépressifs, contrôlée par les scores sur l'échelle de dépression Montgomery-Asberg, après six semaines de sessions de tDCS. Des études ont aussi été menées chez des patients atteints de troubles de langage (aphasie), qui ont vu leurs capacités augmenter. Dans ce cas, les électrodes avaient été placées au plus proche des régions qui contrôlent le langage (aire de Broca). Cependant le bilan est encore contradictoire.

- La stimulation du nerf vague

Un stimulateur électrique est raccordé, via des électrodes implantées dans la nuque, au nerf vague. Face à des patients dépressifs, ce dispositif serait responsable de la régulation de neurotransmetteurs clés comme la sérotonine ou la noradrénaline. En envoyant des impulsions électriques régulières, ce dispositif empêcherait ainsi les rechutes et permettrait d'avoir un effet bénéfique sur les dépressions résistantes.

- La stimulation cérébrale profonde (DBS)

La stimulation cérébrale profonde (DBS), technique consistant en l'implantation des électrodes de stimulation dans des zones spécifiques du cerveau, a potentiellement des applications dans tous les domaines où une intervention sur un groupe de neurones au sein d'un réseau est susceptible de modifier une fonction ou un symptôme. Aujourd'hui, plusieurs de ses propriétés thérapeutiques ont été mises en évidence en psychiatrie. Elle serait potentiellement active contre les accès mélancoliques, forme majeure des états dépressifs (Stade VI). De même, la stimulation du noyau caudé aurait un effet antidépresseur chez les patients initialement traités pour des TOC.

Discussion : *Efficacité de ces techniques ? Dans les cas des dépressions sévères pharmaco-résistantes, l'ECT paraît la plus efficace en dernier recours.*

14h20 TMS dans la psychose : un nouveau traitement des hallucinations - Dr M Plaze (Paris)

De 50 % à 70 % des patients schizophrènes souffrent d'hallucinations acoustico-verbales. Ces hallucinations peuvent parfois être traitées par des médicaments, mais nombre d'entre elles sont résistantes aux traitements et deviennent chroniques. Elles constituent alors un handicap important puisqu'elles peuvent conduire, en particulier, à une désinsertion professionnelle. La TMS utilise une sonde qui génère un champ magnétique à haute ou basse fréquence. Positionnée à la surface du crâne, en applications répétées, la TMS répétée modifie la libération de neuromédiateurs tels que la sérotonine ou la dopamine (impliquée dans la schizophrénie et les psychoses). La stimulation magnétique transcrânienne (TMS) au niveau temporo-pariétal gauche traite les hallucinations auditives en débarrassant les patients de ces « fausses perceptions ». Cependant des résultats hétérogènes sont obtenus dus à la variabilité anatomo-fonctionnelle en particulier celle de la vallée sylvienne. Pour guider la sonde de stimulation de la TMS, la neuronavigation par l'IRMf apporte des informations sur la localisation individuelle des régions impliquées dans la compréhension du langage et donc dans la génération des hallucinations acoustico-verbales.

14h40 Table Ronde animée par **B. Millet, Marion Plaze**, le réseau ScienSAs (**Jeanne Etienne, Nicole Sarda**) et les représentantes de France-Dépression et Unafam (**Annie Le-Moenner, Armelle Boisivon**)

Cette table ronde est organisée à l'initiative du groupe « Neuropsy » du réseau ScienSAs afin que les associations puissent débattre avec les praticiens sur les thérapies de stimulations électriques et magnétiques appliquées à différentes pathologies (dépressions, schizophrénie...). Quatre séries de questions ont été préparées : Quelles indications pour telles techniques ? Qui pratique et comment ? Comment est informé le patient ? Comment se situe la France pour ces techniques ?

Bruno Millet indique que les ECT (électroconvulsothérapie) sont pratiqués en France par milliers, les rTMS (stimulation magnétique transcrânienne) par centaines, les DBS (stimulation cérébrale profonde) par dizaines et quelques unités pour les tDCS (stimulation électrique transcrânienne). Il confirme que l'ECT, technique pratiquée sous anesthésie générale, est proposée au patient ou à sa famille lorsque les symptômes sont très sévères estimant le rapport bénéfice/risque positif. Bien qu'ayant fait la preuve de son efficacité dans certaines indications bien précises l'ECT reste encore marquée par des images négatives dans le public. Concernant l'ECT, Marion Plaze précise le nombre de séances par semaine : 2 séances pour les dépressions résistantes, 3 séances en cas d'urgence, rapidement plus efficaces que le traitement pharmacologique mais les effets secondaires seront alors plus importants. Elle rappelle que les Centres doivent être agréés en terme de salles d'anesthésie et de repos pour que les ECT soient remboursés par la Sécurité sociale.

Les thérapies ECT et rTMS exigent le consentement écrit, signé du patient prouvant qu'il a lu et compris le traitement proposé. Il n'y a actuellement pas de coût défini pour les rTMS, évalué en temps d'hospitalisation / coût hôpital de jour ou selon le prix d'une consultation. L'Institut de Psychiatrie et la Fondation Deniker travaillent à la mise en place de réseaux afin d'ouvrir prochainement ces techniques à des centres privés ou à des hôpitaux psychiatriques. Sous l'égide de l'Association Française de Psychiatrie Biologique, différents Clubs informent, forment des jeunes praticiens en psychiatrie à ces nouvelles techniques de soins.

Les techniques (TMS, tDCS), encore en cours d'expérimentation pour leur application en psychiatrie, constituent des programmes de recherches cliniques (une dizaine d'essais thérapeutiques en France et des essais européens). Concernant la stimulation cérébrale profonde, des approches thérapeutiques chirurgicales sont en cours pour les dépressions résistantes et les TOCs et des travaux ont été réalisés chez les rongeurs pour les addictions. Actuellement des groupes de réflexion éthique se développent sur les protocoles de la neurochirurgie sous la férule d'Emmanuel Hirsch à l'Hôpital Saint Louis. L'obligation de contrôles des protocoles et des appareils est soulignée.

Discussion : les représentants d'association interrogés par le groupe ScienSAs souhaitent transparence, évaluation, réflexion éthique globale sur ces techniques.

4^{ÈME} SESSION : **HANDICAP PSYCHIQUE ET INSERTION**

15h15 Remédiation cognitive et parcours intégratif vers la réhabilitation - **Pr N Franck (Lyon)**

La remédiation cognitive a pour objectif de diminuer les déficits cognitifs fréquemment associés aux pathologies psychiatriques, psychoses et schizophrénie - de l'enfant et de l'adulte.

- Qu'attend-t-on de la prise en charge ?

Essentiellement une rémission et une amélioration suggestive non une guérison nous dit le Dr Franck. « Se rétablir est en effet différent d'être guéri. Le rétablissement consiste à reprendre la maîtrise de soi, à connaître ses possibilités, à poser ses limites. En favorisant l'auto-détermination, en renforçant les compétences préservées pour lutter contre les difficultés, le patient s'entraîne à reprendre sa trajectoire »

- Comment renforcer les ressources personnelles ?

Par un ré-entraînement de ses compétences sociales, l'éducation thérapeutique aide le patient à vivre seul, à retrouver son autonomie et lui fournit une aide à l'emploi. Cette prise en compte systématique de la dimension cognitive constitue aussi un soutien à la famille.

- Quels sont les résultats attendus ? des améliorations de l'adaptation sociale et professionnelle, des fonctions déficitaires, des symptômes, de l'estime de soi.

Les résultats des méta-analyses indiquent une persistance à 6 mois des effets sur les fonctions exécutives, sur la mémoire de travail et sur la mémoire verbale.

L'intervention doit intervenir au plus tôt même chez des patients institutionnalisés ou chroniques dès qu'un déficit cognitif est objectivé. Différents programmes sont actuellement disponibles qui prennent en compte un entraînement individuel adapté aux déficits du patient : programme IPT pour les patients les plus régressés ou les plus inhibés ; programme RECOS pour les jeunes patients avec réinsertion possible ; programme CRT pour les patients nécessitant une réinsertion progressive.

La remédiation cognitive est encore trop peu développée et nécessite une formation des thérapeutes facilement accessible. Pour information <http://wiki-afrc.org>.

15h35 Parcours de vie et remédiation: le point de vue de l'anthropologue - Dr B Moutaud (Paris)

Baptiste Moutaud, anthropologue, résume ainsi son intervention : « Mes activités de recherche se concentrent depuis 2004 et ma thèse de doctorat sur les nouveaux savoirs et pratiques expérimentales et thérapeutiques qui émergent en santé mentale sous l'impulsion des neurosciences et de la psychiatrie biologique. En m'appuyant sur un important travail ethnographique en milieu hospitalier, j'explore comment les médecines et sciences du cerveau participent à redéfinir en psychiatrie non seulement la notion de guérison et d'efficacité mais, surtout, sont porteuses de conceptions des troubles et de la vie mentale de l'homme qui nous renseignent sur les formes de vie valorisées dans les sociétés contemporaines. Ces terrains ont aussi bien recoupé les technologies de neuromodulation intracérébrale (stimulation cérébrale profonde ou stimulation du nerf vague) ; que les prises en charge préventives de jeunes adultes définis comme à risque de développer un trouble mental ; ou encore des thérapies de remédiation cognitive pour la schizophrénie. Ces différentes approches thérapeutiques doivent être centrées autour du projet de vie du patient et non autour de ses soins et viser à optimiser ses ressources cognitives atteintes dans leur subjectivité, à infléchir vers sa réadaptation-son rétablissement, à contrôler sa trajectoire pour le ré-agréger dans la société. C'est une trajectoire pour la destinée de l'individu, un parcours de vie qui le rend efficace ».

CONCLUSIONS DE LA JOURNÉE