

**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<sup>e</sup> 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](mailto: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](mailto: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 cognitives/comportementales

**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](mailto: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

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

#### Références

- [1] Perlis, et al. *Am J Psychiatry* 2006;163(2):217–24 [STEP-BD].  
 [2] Leboyer, Kupfer. *J Clin Psy* 2010;71(12):1689–94.  
 [3] Soreca I, Levenson J, Lotz M, Frank E, Kupfer DJ. Sleep apnea risk and clinical correlates in patients with bipolar disorder. *Bipolar Disord* 2012;14(6):672–6, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1399-5618.2012.01044.x> [PubMed PMID: 22938169; PubMed Central PMCID: PMC3498818].  
 [4] Aggarwal R, Baweja R, Saunders EF, Singareddy R. CPAP-induced mania in bipolar disorder: a case report. *Bipolar Disord* 2013;15(7):803–7, <http://dx.doi.org/10.1111/bdi.12112> [Epub 2013 Aug 27].

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.09.366>

#### FA15

### AFPEP – La psychiatrie privée entre socles anciens et nouvelle donne sociétale

T. Delcourt<sup>1,\*</sup>, M. Jurus<sup>2</sup>, J. Sinzelle<sup>3</sup>, C. Gernez<sup>4</sup>

<sup>1</sup> 24, rue Payen, Reims, France

<sup>2</sup> 1, avenue du Maréchal-Foch, Lyon, France

<sup>3</sup> 50, avenue de Saxe, Paris, France

<sup>4</sup> 9, rue Blanche, Enghien-Les-Bains, France

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [dr.thierry.delcourt@gmail.com](mailto:dr.thierry.delcourt@gmail.com) (T. Delcourt)

L'AFPEP-SNPP existe sous sa forme actuelle, associative et syndicale, depuis plus de 40 ans. Elle représente les psychiatres privés (libéraux en ville et en clinique, mais aussi salariés à temps partiel dans le milieu associatif et médicosocial). La psychiatrie privée accompagne le patient dans l'accomplissement de soins qu'il a librement choisis. Elle repose essentiellement sur un lien de confiance où la souplesse du clinicien et sa polyvalence sont les clés d'une efficacité thérapeutique et préventive des troubles mentaux les plus variés (depuis les interrogations en apparence bénignes jusqu'aux pathologies chroniques lourdes). L'exercice privé se distingue par le dispositif psychiatrique le plus allégé, son moindre coût de fonctionnement, notamment administratif et assure environ 2 millions de consultations annuelles en France. Il permet un exercice professionnel le plus indépendant possible, car la rémunération repose essentiellement sur les honoraires directement perçus de la part des patients. À ce titre, les psychiatres privés expriment un point de vue indépendant et original sur les processus administratifs imposés par la législation et notamment par la Haute Autorité de santé. Ils demeurent solidaires de la profession qui bénéficie ainsi d'une complémentarité dans l'éventail thérapeutique, par une articulation entre la ville et l'hôpital. Ils peuvent enrichir la réflexion psychiatrique par leurs recherches indépendantes et ainsi réinterroger les concepts de la psychiatrie traditionnelle, par exemple le paradigme de la psychose, qui a permis le développement d'une réflexion clinique spécifique à la psychiatrie. Ils doivent confronter les données de la science avec le besoin que ressentent les patients d'exprimer librement leurs troubles, et beaucoup d'entre eux pratiquent la psychothérapie. C'est ainsi qu'ils sont amenés à réinventer leur approche clinique au gré de l'évolution de la société et de la technologie, notamment en ce qui concerne les adolescents et les nouveaux modes d'expression de leurs troubles.

**Mots clés** Haute Autorité de santé ; Qualité ; Transfert ; Modernité ; Adolescents ; Psychose

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

*Pour en savoir plus*

Charbit P. *Fin de régime : la psychiatrie de la république au pari du biologique*. Ed. Le publieur; 2004

Schmitt O. *Les pathologies rebelles*. Penta Éditions; 2013.

Delcourt T. *Dépressives, hystériques ou bipolaires ? Les femmes faces aux psys*. Ed. Bayard; 2013.

Hautgen T, Sinzelle J. *Biographie Emil Kraepelin (1856–1926)*. *Ann Med Psychol* 2010–2011;168–9.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.09.367>

#### FA15A

### Un psychiatre au pays de l'HAS ou le soin face à la santé

M. Jurus

Cabinet Libéral, 1, avenue du Maréchal-Foch, Lyon, France

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

L'expérience de participer à des formations organisées par la HAS permet d'observer ce qui guide la politique de cette structure. La première surprise vient du constat que la définition originale de l'EBM qui encourage l'intégration des meilleures données de la science à la compétence clinique du soignant et aux valeurs du patient n'est même pas respectée pour privilégier uniquement la science. Nous observons que le caractère scientifique de l'HAS est labélisé en psychiatrie essentiellement sur les investigations statistiques : randomisation, double aveugle et cohorte significative avec une méthodologie parfaite. Les interprétations mériteraient la même rigueur. Il faut observer que les aspects médicaux ne représentent qu'une partie de ce qu'il faut intégrer. Le reste vient des sciences économiques avec des notions comme la roue de Deming qui tire son nom du statisticien William Edwards Deming qui l'a rendue populaire dans les années 1950, en présentant l'outil à la Fédération des organisations économiques japonaises pour la mise en place d'un plan stratégique de qualité. La trompeuse notion de démarche qualité est une référence au taylorisme. Nous devons quitter le monde de l'artisanat du soin pour la production de masse avec une organisation rentable de la santé pour obtenir la meilleure efficacité basée sur l'analyse scientifique des processus de travail des cliniciens. Fort de cette observation, nous pouvons craindre que l'HAS ne s'intéresse peu à la clinique et à la science mais plutôt à la recherche de primes à la performance. Ce n'est pas le diagnostic, le malade ou le médecin qui sont importants mais plutôt une planification rentable pour les assureurs de la santé. Le malade qui a payé pour être assuré de bons soins passe au deuxième plan. HAS ne veut pas dire Haute Autorité du soin.

**Mots clés** Haute Autorité de santé ; Sciences économiques ; Production de masse ; Taylorisme ; Performance ; Efficacité

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

*Pour en savoir plus*

Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale. *La tenue du dossier en médecine générale : état des lieux et recommandations*. Paris: ANDEM; 1996.

Chabot JM. *L'EBM en pratique*. *Rev Prat* 2005;55(4).

Foudriat M. *Sociologie des organisations*. Paris: Pearson Education France; 2007.

Srengers I. *Une autre science est possible ! Manifeste pour un ralentissement scientifique*. *Les empêchements de tourner en rond*. Paris: La découverte; 2013.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.09.368>

#### FA15B

### La naissance du paradigme de la psychose

J. Sinzelle

Cabinet Saxe-Laborde, 50, avenue de Saxe, Paris, France

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

Dans le cadre d'une recherche indépendante, à partir de sources oubliées de la littérature psychiatrique classique, nous étudions comment la psychiatrie a construit son identité par une