n° 118-119
Sept. - Déc.
2023

POUR LA RECHERCHE

http://www.psydoc-france.fr

BULLETIN DE LA FÉDÉRATION FRANÇAISE DE PSYCHIATRIE

FÉDÉRATION FRANÇAISE DE PSYCHIATRIE
Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent
Psychiatrie de l'adulte et de la personne âgée

8 €

Editorial

- Isabelle Secret-Bobolakis -

Au sommaire

Neurodéveloppement... Un nouveau paradigme pour une recherche ouverte et complexe. Jean-Michel Thurin

Le diagnostic sans aucun doute - Michel Jurus



Directeur de la Publication :
Dr Brice Martin
Rédacteur en chef :
Dr J-M Thurin

Comité de Rédaction :
M. Thurin, M. Jurus, A-S Pernel, I. Secret-Bobolakis, M. David, C. Desobry, B. Odier, F. Petitjean, Y. Auxéméry, J Chambry.

PLR élecronique,
Comité Technique
J.M. et M. Thurin

● Ce numéro de *Pour La Recherche* présente les travaux du réseau de recherche internationale sur les troubles du neuro développement. Il fonctionne dans le cadre d'un GIS (groupement d'intérêt scientifique). Cette recherche est originale et novatrice, on peut parler de nouveau paradigme, elle est éthique et profondément humaine et place le sujet non seulement au coeur de la recherche mais aussi comme co-acteur de celle-ci. Un des éléments clés de cette recherche est la recherche participative, par exemple au sein d'unités résidentielles pour adultes avec autisme en situation très complexe, nous sommes là plongés dans le réel, dans le lieu de vie et d'expérience de ces personnes, à la cime du particulier, dans une approche dimensionnelle et non catégorielle.

Le principe fondamental de la recherche participative est que les connaissances, l'expertise, les savoirs issus de l'expérience, les perspectives des personnes concernées et des communautés qui les représentent sont essentielles pour résoudre les problèmes qui les affectent, ce qui veut dire un co-apprentissage des différentes communautés : les chercheurs, les cliniciens et les personnes concernées apprennent les unes des autres. Les personnes concernées sont des acteurs à part entière de cette recherche. Autre point important, cette recherche est institutionnalisée et reconnue.

Ce réseau de recherche implique aussi une grande collaboration entre chercheurs et cliniciens. Les cliniciens ont une fine connaissance des personnes qu'ils soignent, ils en mesurent toute la complexité, ils devraient avoir une place beaucoup plus importante dans la recherche, cette collaboration devrait être institutionnalisée.

L'article de Michel Jurus, clinicien, intitulé : « Le diagnostic sans aucun doute » est un bon exemple de la double réalité du psychiatre. Les réflexions qu'il propose dans le champ clinique et institutionnel pourraient s'articuler avec cette méthodologie de recherche en pleine mutation.

La *Fédération Française de Psychiatrie* sous l'égide de Jean Michel Thurin souhaite promouvoir et accompagner cette recherche participative qui nous semble très prometteuse et conforme à notre éthique.

Isabelle Secret-Bobolakis.
Secrétaire Générale Adjointe de la FFP ●

Neurodéveloppement … un nouveau paradigme pour une recherche ouverte et complexe

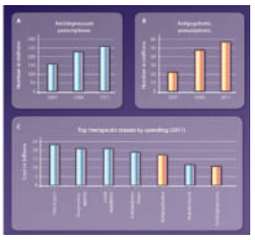
Jean-Michel Thurin

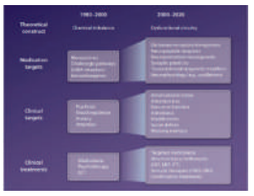
● Un réseau de recherche international a été créé par C. Barthélemy en octobre 2019. Il concerne la recherche sur les « troubles du neuro développement, handicap et al. » et fonctionne dans le cadre d'un groupe d'intérêt scientifique (GIS). Depuis cette date, différentes approches ont été présentées régulièrement au cours de plusieurs Journées (p.e. le 28 juin 2021 consacrée aux recherches en sciences humaines et sociales pour personnes concernées TSA-TND, une autre sur les troubles du sommeil le 10 juin 2021). Des colloques anniversaires du GIS se sont succédés (p.e. intro de E. Courchesne sur la génétique), ainsi qu'une présentation à l'Académie de Médecine en juin 2023. Les principales modalités de ces approches ont été récemment développées (le 5 octobre 2023) par Samuel Didier Directeur général de l'Inserm, à partir de 3 axes principaux impliquant la complexité : recherche participative (impliquant aux côtés des chercheurs, des acteurs de la société civile (JM. Danion) ; approche translationnelle (impliquant une grande collaboration entre chercheurs et cliniciens) ; et science ouverte (G. Rouleau) visant notamment l'évitement du travail en silo.

Un article synthétique de P. Olivier, P. Gressens et C. Barthelemy est issu des travaux du GIS et a été publié en 2023. Il présente les éléments principaux de la recherche qui y est menée et le « changement paradigmatique » qui l'accompagne : nécessité d'une approche « dimensionnelle », au-delà des catégories de diagnostic comportementales définies par le DSM/ICD ; interaction complexe entre les facteurs de risque génétiques et environnementaux multifactoriels impliqués dans les TNDs et les troubles psychiatriques ; implication de facteurs corporels, de la vision, de l'audition et cérébraux...

Engagé à partir d'unités de recherche constituées, aucun appel de ce réseau n'a été fait au RRFPP. Créé en 2008 FFP/Inserm et adossé à une de ses équipes (celle de B. Falissard), il a pourtant constitué un pôle autisme et réalisé trois rapports, posters internationaux et une série d'articles sur les 68 cas évalués et le déroulement interne de leur processus de changement. Le protocole de recherche a été validé par l'Inserm, soutenu par la DGS et au niveau international. Le GIS a même été créé au moment même où nous présentions en octobre 2019 l'apport potentiel des études micro séquentielles qualitatives associées au études quantitatives dans l'analyse du processus et des mécanismes de changement d'un patient autiste au cours d'une année. La recherche sur l'autisme et le neurodéveloppement est une dynamique qu'il faut soutenir et les 3 axes présentés dans le diaporama qui suit nous donnent le sentiment que les psychiatres et psychologues cliniciens peuvent - et devraient ? - y trouver une place. ●

Insel, T. R. (2012). Next-Generation Treatments for Mental Disorders. Science Translational Medicine, 4(155ps19), 1-9.





- Les recherches portant sur l'intervention des psychotropes à partir du DSM dans les principaux troubles psychiatriques n'ont pas donné les résultats escomptés. Il faut engager une nouvelle méthodologie à partir de la biologie qui pourrait être mise en relation avec les observations cliniques en thérapie (CBT, DBT, IPT).
- Du côté de la recherche, cela nécessitera un changement fondamental dans notre approche de la découverte du traitement, qu'il s'agisse d'une nouvelle molécule ou d'une nouvelle technologie (par exemple, un traitement comportemental cognitif ou un dispositif). La normalisation, l'intégration et le partage des données seront essentiels à l'avenir.
- « Une importante opportunité et un besoin urgent de développement des traitements se trouve dans une meilleure intégration des traitements médicaux et psychosociaux avec les soins de santé généraux pour les personnes souffrant de maladie mentale grave ».
- Insel était alors Directeur du National Institute for Mental Health.

2020. 1° colloque anniversaire du GIS NDD Autisme (2 novembre 2020)

https://itneuro.aviesan.fr/index.php?pagendx=1808&p=1809 - Paul Olivier, Catherine Barthélémy

- « Nous vous remercions pour votre participation à notre premier colloque anniversaire. Malgré le contexte particulier, qui a nécessité la virtualisation de cet évènement, ce sont environ 500 personnes qui se sont inscrites pour suivre cette journée qui a réuni chercheurs, praticiens et associations de familles et de personnes concernées par l'Autisme et les TND ».
- Cette manifestation permet de présenter les résultats de la première année des travaux du réseau de recherche.
- Un accent particulier a été mis sur :
  - Élargissement thématique et enjeux scientifiques transversaux ;
  - Les centres d'excellence ;
  - La recherche participative au cœur du GIS ;
  - Vidéos des activités de l'année : https://pod.inserm.fr/gis-autisme-et-tnd/

2021. 2° colloque anniversaire du GIS NDD Autisme (9 novembre 2021)

https://itneuro.aviesan.fr/gis-anniversaire-2021.html

- « Cette journée, à destination d'un large public de chercheurs, cliniciens, personnes concernées et familles, aura pour objectif de dresser un bilan des actions scientifiques réalisées durant la 2e année du GIS et d'en dresser les perspectives ».
- Un accent particulier sera mis sur :

  - La mise en place d'initiatives collaboratives internationales de recherche, selon les recommandations de notre conseil scientifique présidé par Eric Courchesne (UCSD, USA) ;

  - L'extension du réseau de recherche, et l'établissement de ponts entre les *Sciences Humaines et Sociales* et les *autres disciplines* au sein du réseau ;

  - Les réalisations de la recherche, en lien et au bénéfice des personnes concernées et des familles.

2021. 2° colloque anniversaire du GIS NDD Autisme

https://www.youtube.com/watch?v=YDpEIQKaR-0

- Le GIS Autisme et TND : un consortium national multidisciplinaire regroupant 127 équipes de recherche labellisées.
- Soutenu par la Stratégie Nationale pour l'Autisme au sein des Troubles du Neuro-Développement (TND), le GIS (Groupement d'Intérêt Scientifique) Autisme et TND vise à développer un réseau de Recherche d'excellence.
- Le GIS Autisme et TND, dirigé par le Professeur Catherine Barthélémy, fédère actuellement 127 équipes françaises labellisées.
- Ce GIS a pour missions :
  - de réaliser un état des lieux des équipes impliquées dans l'étude des Troubles du Spectre de l'Autisme (TSA) et des TND, des expertises, des méthodologies, des outils et des ressources de la communauté de recherche,
  - de développer et d'animer un réseau de recherche multidisciplinaire s'étendant à l'ensemble des TND,
  - de faire le lien entre la recherche et les associations de personnes concernées, par la mise en place de dispositifs de recherche participative,
  - de favoriser les échanges avec les acteurs européens,
  - d'augmenter la visibilité des actions de la communauté.

2022. 3° colloque anniversaire du GIS NDD Autisme, un article complémentaire


EDITORIAL

Neurodevelopmental disorders: research and interventions beyond classifications

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36757475/

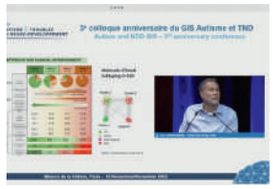
https://link.springer.com/article/10.1007/s00702-023-02596-8

Olivier, P., Gressens, P., & Barthelemy, C. (2023). Neurodevelopmental Disorders: research and interventions beyond classifications. Journal of Neural Transmission, 1-5.

- Le neurodéveloppement est désormais reconnu comme un processus allant du développement embryonnaire à l'adolescence et même à l'âge adulte, avec de nombreuses fenêtres temporelles de vulnérabilité.
- Les troubles neurodéveloppementaux étaient autrefois décrits de manière « catégorielle » conduisant au développement de communautés scientifiques et cliniques travaillant « en silo ». La similarité et la dissemblance neurobiologiques entre les NDD doivent être étudiées de manière « dimensionnelle », au-delà des catégories de diagnostic comportementales définies par le DSM/ICD (changement de paradigme).
- Une revue systématique a souligné l'interaction complexe entre les facteurs de risque génétiques et environnementaux multifactoriels impliqués dans le TNDs et les troubles psychiatriques. Une meilleure compréhension des mécanismes génétiques et moléculaires est nécessaire pour identifier les biomarqueurs précoces et les mesures comportementales afin de déterminer le statut de risque. Il est également primordial de mieux caractériser la diversité des situations cliniques et fonctionnelles pour mettre en place des interventions adaptées.

2022. 3° colloque anniversaire du GIS NDD Autisme (10 novembre 2022)

https://autisme-neurodev.org/evenements/2022/06/30/3e-colloque-anniversaire-du-gis-autisme-et-tnd-bilan-et-perspectives-internationales-de-recherche/



- Ouverture scientifique de E. Courchesne « Relier les mécanismes neurobiologiques et la diversité des situations cliniques pour le développement d'approches personnalisées ».

https://www.youtube.com/watch?v=yG6xdxnYdZ8



- En complément des analyses génétiques classiques qui ne donnent pas les résultats prévisibles attendus entre normotypiques et TSA, (les résultats comme facteurs de sévérité sont sensiblement identiques, pas d'effet sur le phénotype)
- L'exploration des mécanismes cellulaires et moléculaires complexes à l'origine du développement neurologique prend une place essentielle. Chez des enfants sans mutation génétique spécifique de l'autisme, une biologie moléculaire très précoce peut montrer que certains enfants vont être atteints plus que d'autres au niveau des relations sociales

3ème atelier Troubles du neuro-développement sans frontières (7 juin2023).

Académie Nationale de Médecine

Mettre en regard des données complexes, repousser les frontières de nos connaissances



https://autisme-neurodev.org/wp-content/uploads/2023/06/programme-TNDSF3-V12.pdf

- **Sommaire :** Les avancées scientifiques de ces dernières années bouleversent notre compréhension des troubles du Neuro-Développement (TND). Les mécanismes physiopathologiques à l'œuvre dès la petite enfance se prolongent à l'adolescence expliquant l'apparition retardée de troubles psychiatriques. Ces découvertes, à tous les âges de la vie, éclairent d'un jour nouveau cette thématique, qui s'est imposée comme une priorité dans notre société.
- **Répondre à la complexité et la diversité du spectre clinique mêlant TND et troubles psychiatriques nécessite de mettre en regard des données complexes** : génétiques, mécanismes biologiques, phénotypes cliniques et impact sur le fonctionnement. Cette approche transcende les frontières disciplinaires et nosographiques. Les nouvelles technologies (imagerie, neurosciences computationnelles, applications numériques...) constituent une piste pour avancer sur notre compréhension de ces situations, afin de les repérer au plus tôt et d'agir tout au long de la vie.
- Ce troisième atelier mettra à l'honneur les recherches qui se développent dans cette direction pour explorer les troubles du neurodéveloppement et repousser les frontières de nos connaissances.

3ème atelier Troubles du neuro-développement sans frontières (quelques interventions).

Mettre en regard des données complexes, repousser les frontières de nos connaissances



- 7 juin 2023. 3° atelier TND sans frontières à l'Académie de Médecine.
- R Jardri - Repérage des troubles grâce aux nouvelles technologies - avantages et inconvénients https://www.youtube.com/watch?v=C_P1pC6zL30&list=PLhzo1cuzcWOdifiPIAbpWOFr8AubTQ8Eg&index=4
  - Difficultés de poser un diagnostic dans les TND avec le DSM. Plusieurs problèmes pour poser un diagnostic : la non standardisation des approches ; l'hétérogénéité clinique qui n'est pas résolue par les classifications actuelles. Comment faire pour améliorer le diagnostic ?
  - Apport des nouvelles technologies ? Enrichissement phénotypique (Insel 2014) : phénotypage digital. Possibilité d'un recueil des données dans des contextes divers incluant des facteurs précipitants ou réducteurs. Collecte passive, continue, multimodale avec informations mixées, situations d'interaction sociale.
  - Outils potentiellement thérapeutiques. Ces données alimentent des bases de données. Leur utilisation dans le contexte familial peut donner des bons résultats.
  - Limites des outils d'intelligence artificielle. L'apprentissage automatique. Entrainement d'un algorithme à faire un diagnostic n'est pas satisfaisant … Plus on augmente la taille de l'échantillon, plus il va y avoir des erreurs (faux positifs, faux négatifs).

[La formulation de cas recommandée par les associations de psychologues au EU et au niveau international n'est pas abordée].

3ème atelier. Troubles du neuro-développement sans frontières (7/06/2023).

Mettre en regard des données complexes, repousser les frontières de nos connaissances



P Seriès : Apport des neurosciences computationnelles dans la compréhension et repérage de l'autisme https://www.youtube.com/watch?v=nKdYD-9bfQ4

- Le modèle bayésien : l'autisme est un déficit relatif aux processus de prédiction. Suivant cette théorie, le cerveau fonctionne comme une machine à prédire, calculant des hypothèses sur ce qui l'entoure et sur la meilleure action à entreprendre.
- Ces théories sont basées sur les sensations sensorielles actuelles (la vraisemblance) et les connaissances antérieures/attentes (les a priori).
- Collectivement, ils représentent un modèle interne du monde, qui peut être affiné à l'aide de signaux d'erreur de prédiction. L'idée dans l'autisme serait qu'il existe : 1. - des hypersensibilités, une surcharge sensorielle, 2. - une sensibilité réduite aux illusions, 3. - un traitement global réduit, « une faible cohérence centrale », 4. - un comportement répétitif, 5.- des déficiences sociales (« théorie de l'esprit »).
- Difficulté de la relation au monde « qui va trop vite ». Hypothèse du déséquilibre (influence relative plus faible des a priori). Un champ très prometteur mais encore à un stade exploratoire. Nécessité d'un affinement du dialogue entre cliniciens et théoriciens.

4e colloque anniversaire du GIS - La recherche scientifique pour répondre aux besoins des personnes tout au long de la vie (05 octobre 2023)



https://autisme-neurodev.org/evenements/2023/10/12/4e-colloque-anniversaire-du-gis/

- Samuel Didier, directeur général de l'Inserm
  - Les troubles du neurodéveloppement.
  - La recherche et ses objectifs, extension du réseau de recherche.
  - Thématiques de recherche.
  - Événements scientifiques qui assurent la diffusion des connaissances et bonnes pratiques auprès d'un large public.
  - Pilotage de projets internationaux de recherche et formation des chercheurs et des cliniciens de demain.
  - Développement de 3 axes de recherche : la recherche internationale, la recherche participative et la recherche translationnelle ;
    - un conseil scientifique international indépendant composé de 10 experts de premier plan présidé par le Pr Éric Courchesne ;
    - Guy Rouleau, leader scientifique mondial du réseau dans le domaine de la science ouverte.

4e colloque anniversaire du GIS. 2 modalités et 1 stratégie de recherche

- *La recherche translationnelle* implique une grande collaboration entre chercheurs et cliniciens car elle doit permettre un transfert des connaissances dans les deux sens : à la fois de la recherche fondamentale vers l'application au patient, mais également des observations faites sur le patient vers la recherche fondamentale.
- *Les sciences et recherches participatives* sont des formes de production de connaissances scientifiques auxquelles participent, aux côtés des chercheurs, des acteurs de la société civile à titre individuel ou à titre collectif de façon active et délibérée. Par la création du groupe de réflexion et d'action avec les associations de malades piloté par JM Danion, le GRAPS (2003), puis du service science et société, l'Inserm se positionne en tant qu'acteur incontournable de la recherche participative. Un de ses objectifs est la mise en œuvre d'un programme pour le développement et la diffusion des bonnes pratiques au sein des communautés impliquées dans la recherche sur les troubles du neuro développement.
- *La science ouverte* est la diffusion sans entrave des résultats, des méthodes et des produits de la recherche scientifique. Elle s'appuie sur l'opportunité que représente la mutation numérique pour développer l'accès ouvert aux publications et – autant que possible – aux données, aux codes sources et aux méthodes de la recherche. Elle permet à la recherche financée sur fonds publics de conserver la maîtrise des résultats qu'elle produit. Elle construit un écosystème dans lequel la science est plus transparente, plus solidement étayée et reproductible, plus efficace et cumulative. Elle induit une démocratisation de l'accès aux savoirs, utile à l'enseignement, à la formation, à l'économie, aux politiques publiques, aux citoyens et à la société dans son ensemble. Elle constitue enfin un levier pour l'intégrité scientifique et favorise la confiance des citoyens dans la science.

4e colloque anniversaire du GIS. Guy Rouleau. De la neurogénétique à la science ouverte

https://www.youtube.com/watch?v=g6LnIVHsixw



- Toutes les maladies ont deux origines : génétique et environnementale. La génétique implique la fréquence des allèles (variants). Il y a des maladies rares et des maladies communes, dont les maladies neurodéveloppementales qui sont causées par plusieurs gènes différents, voire plus de 1000 gènes, avec deux choses importantes : la fréquence des allèles et la pénétrance.
- Avec les maladies neurodéveloppementales on pense à schizophrénie : 1 à 2 % de la population, au trouble bipolaire : 1 à 2 %, à l'autisme : 1 à 2 %, à la déficience intellectuelle, au total 8 à 10 % des maladies [+ les Troubles borderline ne sont pas inclus …].
- Le cerveau est plastique, mais qu'est-ce que ça veut dire ? C'est que le cerveau change avec le temps et l'expérience et par exemple, si on fait de la psychothérapie, alors tu parles avec quelqu'un, tu dialogues, tu peux voir des changements au niveau du cerveau, au niveau de l'IRM. Donc juste à parler avec quelqu'un, tu changes certaines choses dans le cerveau parce que le cerveau interagit avec l'environnement - ça, juste une petite parenthèse -, je trouve que c'est très très encourageant pour le traitement des maladies neurodéveloppementales. il faut étudier les humains, ça c'est fondamental, il faut étudier les humains pour comprendre les maladies humaines.

4e colloque anniversaire du GIS. Guy Rouleau. De la neurogénétique à la science ouverte



- Les gènes, il y en a beaucoup mais c'est quand même beaucoup plus simple que l'environnement. L'environnement est très complexe parce que une personne vit une certaine période de temps, tu peux pas savoir tout ce qu'ils ont mangé, tout l'air qu'ils ont respiré, toutes les expériences qu'ils ont eues. Les expériences varient avec le temps, je dis pas que c'est impossible, je dis seulement que c'est très difficile et très compliqué l'environnement [cf., numéro de PLR 10] et je trouve que les gènes, il y en a beaucoup mais au moins c'est plus faisable.
- Adoption de la science ouverte. On a commencé par la définir « Qu'est-ce que c'est pour nous la science ouverte ? » Parce que la «science ouverte» veut dire plein de choses différentes à plein de gens différents. Alors on a défini pour nous : C'est finalement quand toutes les informations et les ressources sont disponibles rapidement. On fait des partenariats de recherche ouverte, donc on encourage les autres à adopter la science ouverte, on partage tout dans le « Neuro » rapidement, sans complication.

4e colloque anniversaire du GIS. Guy Rouleau. De la neurogénétique à la science ouverte



- Une des choses qu'on voulait faire, c'était d'encourager l'adoption de la science ouverte parce que quand nous autres on a adopté la science ouverte, là on a regardé puis on a réalisé que l'on était les seuls. On est les premiers sur la planète à avoir adopté comme institution la science ouverte. C'est fou hein quand tu le penses !
- On ne voulait pas être seuls, alors on a encouragé de différentes façons différentes autres institutions, et maintenant il y a plusieurs autres qui ont adopté la science ouverte. Ils sont en partenariat avec nous le « Hod Kiss », ça c'est toute la neuroscience à l'Université de Calgary, l'Université Simon Fraser, l'Institut de Gériatrie à Montréal, le Geovian ma fegin c'est toute la neuroscience de l'Université de Colombie Britannique, « Camh » qui est l'hôpital psychiatrique à Toronto, toutes les neurosciences à l'Université de Western Ontario, et cetera, donc on commence à avoir un réseau et puis c'est utile parce que chacun amène des perspectives différentes, des idées différentes donc c'est très enrichissant.
- Juste, Il y a une chose que vous avez mentionnée, le TMS (Transcranial Magnetic Stimulation). Alors moi, quand je parle de thérapie c'est toutes les thérapies, alors même la psychothérapie ou cognitive et toutes les thérapies sont bonnes quand on peut montrer qu'elles marchent.

En Bref, quelques points essentiels du 4ème colloque anniversaire...

- Abord dimensionnel, non catégoriel, des troubles du neurodéveloppement ; Place essentielle des mécanismes cellulaires et moléculaires complexes.
- Importance donnée à la clinique individualisée, ouverte sur les aspects corporels, humains, comportementaux et sociétaux, réseau de recherche multidisciplinaire ; Intégration et partage des données.
- Caractère indispensable de la relation humaine. Cibler la recherche sur des questions concrètes.
- Réduction des barrières de collaboration, cliniciens et chercheurs très intégrés, collaborations avec personnes directement concernées et familles.

4e colloque anniversaire du GIS. Paul Olivier Bilan et perspectives (05 octobre 2023)

https://www.youtube.com/watch?v=wz8RzqcT1qk



- Réseau de recherches transdisciplinaire impulsé il y a 4 ans dans le cadre de la stratégie nationale pour l'autisme et le neuro-développement et au côté de plusieurs dispositifs le lilab, les cinq centres d'excellement nationaux THS TND.
- Le GIS est un Réseau de recherche transdisciplinaire allant des neurosciences les plus fondamentales jusqu'aux applications cliniques en passant notamment par les sciences humaines et sociales (SHS) . Parmi les actions menées en 2023, souhait de présenter le club Autisme Neurodéveloppement et Vision piloté par Cendra Agulhon et Marie Piéron très représentatif de ce qui se fait au sein du GIS. Partenariat avec le PEPR de Robert Debré. Travaux suivis pas un conseil scientifique indépendant. ProPsy dans le champ de la psychiatrie, de la santé mentale, de la médecine personnalisée, de la médecine de précision.
- Développement de la recherche participative. Partenariat praticiens - chercheurs - personnes concernées. Connecter les recherches avec les priorités du quotidien. Mieux comprendre les situations complexes. Diffuser. Formation à la recherche participative : praticiens, chercheurs, personnes elles-mêmes. Club des jeunes chercheurs, neuro physiologies et mécanismes impliqués dans les TND. Connexions avec la recherche participative. Réponse aux appels à projet européens. Les financements ANR ont été doublés. Labellisation.

JM Danion. Perspectives de la recherche participative sur les TND

https://www.youtube.com/watch?v=ILdWXBxwfkE



- La recherche participative est l'« ADN du GIS ». Elle implique :
- Un rapprochement de tous les acteurs,
- Une participation active et délibérée des usagers dans toutes les étapes de la recherche,
- La formulation des questions de recherche, conception et méthodologie de la recherche, interprétation des résultats, diffusion, journées scientifiques,
- Le partage des expertises, co-apprentissage : les personnes concernées apprennent les unes des autres. Institutionnalisation de ce fonctionnement.

JM Danion. 30 mai 2024 - 3ème journée de la recherche participative du GRAPS



https://youtu.be/qfD9bv8EQmU?si=hrXaCN8LDri4jStK



- Troisième réunion du GRAPS (Groupe de réflexion des Associations de Personnes concernées pour la Science), la première consacrée aux troubles du sommeil, la seconde aux apprentissages tout au long de la vie, celle-ci porte sur le TND à l'âge adulte en situation complexes.
- L'orientation est de faire travailler ensemble chercheurs, personnes concernées et associations, avec 2 grands objectifs :
- Mieux comprendre ce que sont les situations dites complexes, construire des solutions appropriées à chaque personne en fonction de son projet de vie ;
- Montrer l'absolue nécessité que tous ces acteurs travaillent ensemble.
- Cela suppose un travail en réseau aussi large que possible, incluant la communauté des sciences cliniques, pédopsychiatrie mais également psychiatrie d'adultes, la communauté des neurosciences humaines et sociales, le médico-social – et d'éviter le piège d'une nosographie TND.
- Engagement avec des témoignages de familles et de professionnels, enregistrés sous forme de vidéos sur les difficultés liées à des troubles du comportement associant plusieurs handicaps et qui conduisent les uns et les autres à ne plus savoir quoi faire.

Le diagnostic sans aucun doute

Michel Jurus
Psychiatre libéral, Lyon

Depuis quelques décennies, la psychiatrie mondiale est soumise à l'injonction du savoir et de la connaissance de vérités scientifiques incontestables. La psychiatrie française s'est retrouvée dénigrée comme un système de santé mentale coûteux et inefficient. Les psychiatres français ont été décrits comme des ignorants des nouvelles pathologies comme les troubles bipolaires, le TDAH, l'autisme etc. et soumis à la psychanalyse. Le diagnostic précoce *est devenu* le fer de lance de prises en charge précoces qui allaient réduire la durée des soins. Il s'est aussi rapidement ajouté que le système hospitalier était couteux et désuet. Aux yeux des détracteurs, les patients étaient chronicisés et il était temps de s'aligner sur des pays plus modernes pour diminuer le nombre de psychiatres, les CMP, CMPP et les lits hospitaliers afin que les interventions en Santé Mentale[1] soient les plus précoces possible et multidisciplinaires pour éviter d'avoir recours au psychiatre responsable de soins longs, coûteux et donc inefficients. Bien sûr, en oubliant que la psychiatrie institutionnelle et communautaire avait marqué les orientations psychiatriques de notre pays par l'importance de la place accordée aux équipes de soins, par la volonté du respect du malade *et les effets qui en découlaient.*

LA SANTÉ MENTALE : UNE INTERVENTION PRÉCOCE AVEC UNE APPROCHE MULTIDISCIPLINAIRE QUI SATELLISE LA PSYCHIATRIE

Par *Santé Mentale,* il faut savoir que le psychiatre *devrait* en être satellisé, pouvant donner un avis expertal, prescrire et ne plus prendre soin des patients. Le psychiatre doit apprendre à déléguer *pour favoriser un métissage des expertises au sein des équipes, entre autres, par la voie (voix) des pairs-aidants qui apportent l'indispensable expertise propre au vécu expérientiel (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2018)[2]. Ce métissage doit aller au-delà des équipes de soins, notamment avec les partenaires du réseau ou des organismes communautaires, ainsi que les familles. Ceci nécessite, pour tous les membres de l'équipe, une bonne dose d'humilité et d'ouverture. Pour le médecin, en particulier, le leadership qu'il exerce, en égard aux responsabilités qui lui incombent, doit s'accompagner d'un soutien à l'autonomie de chaque professionnel.*

Pour compléter cette autonomie, *le Case Manager,* le plus souvent non-médecin, est venu prendre le rôle de chef d'orchestre multidisciplinaire. Il faut souligner ici que l'on ne parle plus de psychiatre mais de médecin généraliste qui devient le référent médical des interventions précoces.

La multiplicité des dimensions sur lesquelles les interventions précoces se situent, doit intervenir pour optimiser son soutien au rétablissement des personnes et se reflète dans la diversité des approches utilisées, qui doivent nécessairement reposer sur un certain degré de transdisciplinarité. En effet, il est impossible, pour un même professionnel, de maîtriser complètement des champs aussi divers que la pharmacothérapie, le soutien à l'emploi, la thérapie cognitivo-comportementale, l'intervention familiale, etc. Comme vous l'observez, la dimension relationnelle soignante n'existe plus pour être recouverte par des méthodes réputées efficientes comme la prescription et la thérapie cognitivo-comportementale.

Bien sûr, au risque de me répéter, l'efficience est une référence économique et ne veut pas dire efficacité mais la meilleure action au moindre coût possible.

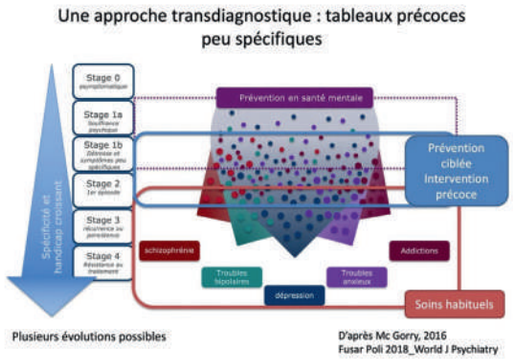
Actuellement, dans toutes les spécialités médicales, c'est la relation humaine soignante qui est attaquée. Pour les financiers, la parole est une atteinte à l'efficience et ne devrait pas faire partie de l'acte médical. Le soignant doit être un exécutant technique du diagnostic.

LE DIAGNOSTIC PRÉCOCE EN PSYCHIATRIE

Depuis une trentaine d'années, la notion de « diagnostic précoce », avec des traitements et des prises en charge psychosociales, est apparue *sans repérage clinique.* Cette précocité du diagnostic s'est appuyée sur une dénonciation de la psychiatrie qui laissait des jeunes de 12 à 25 ans s'enfoncer dans la schizophrénie et les troubles bipolaires.

La période entre 12 et 25 (voire 35 ans), est une période de grands changements, tant sur le plan physiologique, psychologique, que social. C'est une période de fragilité « à risque » pour l'émergence de troubles psychiques : troubles anxieux, troubles psychotiques, addiction et de troubles de l'humeur. En France, au moins 15 000 nouveaux jeunes par an présentent un épisode psychotique. La crainte serait que ces troubles puissent évoluer vers un trouble chronique tel que la schizophrénie ou un trouble bipolaire (fig 2)[3].

C'est aussi une période associée à une grande plasticité et à une grande capacité de récupération, de « résilience » qui justifierait de traiter la maladie le plus tôt possible. L'intervention précoce est une prise en charge qui est globale et intégrative. Le diagnostic est juste nécessaire pour mettre en route la prise en charge multidisciplinaire.



COMME VOUS LE CONSTATEZ SUR CE SCHÉMA, LES INTERVENTIONS PRÉCOCES RÉDUIRAIENT CONSIDÉRABLEMENT LA SURVENUE D'UN DEUXIÈME ÉPISODE

Le premier épisode désigne le moment où les symptômes psychotiques, dépressifs, bipolaires… sont présents de façon suffisamment durable et intense. Il arrive la plupart du temps en fin d'adolescence ou au début de l'âge adulte. Certains entretiens et échelles peuvent aider à évaluer si le « seuil de psychose » est franchi. C'est une expérience angoissante pour le patient et incomprise par son entourage :

- *L'introduction rapide d'un traitement permet d'utiliser des doses limitées de psychotropes, minimisant les effets indésirables. Associé à une prise en charge globale multidisciplinaire , il permet un rétablissement, c'est-à-dire la disparition des symptômes et la reprise des études ou de son activité.*

- *Il n'y a donc pas toujours un second épisode, mais sans traitement, les pathologies psychiatriques peuvent causer de graves dommages pour la vie du patient et de son entourage.*
- *Ceci mena le Québec, après, notamment, l'Australie, le Royaume-Uni, le Danemark et l'Ontario, à décider d'implanter des PPEP sur l'ensemble de son territoire, et à encadrer cette implantation avec un Cadre de Référence basé sur les bonnes pratiques.*

La France est en train de suivre sur les recommandations de l'institut Montaigne qui ne fait que répéter ce processus de l'intervention précoce efficient.[4]

POUR RÉSUMER CES DEUX PREMIERS PARAGRAPHES : LE DIAGNOSTIC PRÉCOCE PERMET UNE INTERVENTION PRÉCOCE MULTIDISCIPLINAIRE AVEC UNE MISE À L'ÉCART DE LA RELATION SOIGNANTE QUI EST, POURTANT, UN SIGNE DE QUALITÉ DU SOIN.

LA RÉSISTANCE AU CHANGEMENT

Dans un premier temps, les psychiatres ont subi cette déferlante discriminatoire sur notre discipline. Comme vous l'avez remarqué **il était urgent d'agir** et la psychiatrie française semblait se satisfaire de pathologie chronique. Habilement, les premières attaques se sont faites sur la psychanalyse qui devenait le prototype de l'inefficacité. Les dérives hégémoniques de certains psychanalystes ont provoqué beaucoup de satisfaction chez les autres psychiatres et favorisé un clivage. Dans un deuxième temps, une grande majorité de psychiatres et de psychiatres-psychanalystes ont compris que c'était la relation humaine dans le soin qui était visée et qu'une résistance plus méthodique s'organise face à une psychiatrie commerciale engloutie dans le bain sirupeux de la Santé Mentale.

Ainsi, les auteurs favorables à l'accélération des pratiques de prise en charge précoces constatent que les psychiatres qui refusent la pratique expertale et restent attachés aux soins, demeurent *étonnamment* dominants. Pour ces adeptes du diagnostic précoce, les soignants, ayant été imprégnés de cette vision ancienne des soins, *le début d'une pratique en intervention précoce peut nécessiter une adaptation considérable*. (De Kraepelin à McGorry : vision scientifique et récit expérientiel). Pour notre part, nous observons que les jeunes médecins formés dans les nouvelles approches expertales vont, pour la plupart, aller vers des approches humanistes du soin en particulier du fait de la pauvreté clinique de ces approches faites de diagnostics hasardeux de premier recours.

TOLÉRER UNE CERTAINE INCERTITUDE DIAGNOSTIQUE

Face à cette déferlante liant dollar et approche bienveillante, une partie des professionnels du soin, les familles et les patients réagissent. Ils ne sont pas les seuls car les chercheurs, favorables à la méthode du diagnostic précoce, les plus intègres, s'interrogent.

En effet, plusieurs études ont démontré un degré important d'instabilité diagnostique au cours des premières années de la maladie (Consoli et coll., 2014; Fusar-Poli et coll., 2016 [5]). Des personnes peuvent passer d'une catégorie diagnostique à une autre au fur et à mesure qu'on a accès à plus d'information…. Cette instabilité diagnostique est l'une des justifications pour accepter un large spectre de diagnostics, et elle oblige le clinicien à relativiser l'importance accordée à la catégorie diagnostique précise, et à faire preuve de modestie quant à ses conclusions diagnostiques (McGorry, 1994 (Santé mentale au Québec,2021, XLVI, no 2).

Nous constatons alors que le diagnostic n'est plus la condition nécessaire pour l'intervention précoce mais suffisante pour une prescription symptomatique. L'incertitude diagnostique en psychiatrie était déjà bien connue, par les psychiatres traditionnels, du fait que les malades sont souvent en évolution psychique et même les centres experts en font l'expérience.

LA HAS EN PLEINE ÉVIDENCE

Aujourd'hui, comme hier, il est évident, pour un grand nombre de cliniciens que des symptômes peuvent apparaitre au décours de l'histoire du patient et que cela ne signe pas un diagnostic précoce. Il convient de faire preuve d'humilité et de ne pas se satisfaire d'étiquettes trop précipitées. La Haute Autorité de Santé (HAS), en ce qui concerne les troubles bipolaires défend l'idée que le retard au diagnostic est une perte de chance pour le patient et qu'en pratique médicale, le trouble bipolaire (prévalence de 2,5 %) est très certainement sous-diagnostiqué, le taux d'erreur de diagnostic est estimé entre 30 % et 69 % en Europe ce qui laisse supposer que les psychiatres sont incompétents (Troubles bipolaires : repérage et diagnostic en premier recours. Fiche mémo. Juin 2014). En ce qui me concerne, j'ai observé que lorsque mes patients étaient hospitalisés, 9 fois sur 10, le diagnostic de trouble bipolaire était posé alors que ce n'était pas le bon diagnostic. Ceci pose la question de la formation et les jeunes psychiatres sont formés avec une pauvreté diagnostique qui interroge sur les compétences enseignées. Ceci pose la fiabilité des études entre des diagnostics posés au long cours et en quelques minutes en service d'urgence ou dans un cabinet. Psychiatre pendant douze ans en service d'urgence, j'évitais les diagnostics réducteurs immédiats et j'ai pu voir des changements de présentation rapides. Nous pouvons supposer que le taux d'erreur avancé, de 30 à 69%, est faux car les diagnostics contestés sont les bons mais, il faut le reconnaitre, moins responsables d'une avalanche de prescription à vie.

LA SCIENCE CONNAIT LE CHEMIN DE L'HUMILITÉ

Concernant le diagnostic, la HAS semble, enfin, remettre en cause la précipitation diagnostique par deux documents de 2022, l'un à destination des usagers :

Le premier pour les usagers :

- Diagnostic en psychiatrie adulte - Mieux comprendre et être accompagné(e), (document usagers - Mis en ligne le 07 oct. 2022[6]) qui précise, à l'intention des malades, que le diagnostic de troubles psychiques s'élabore progressivement et qu'il peut parfois être revu avec le temps en fonction des effets attendus du traitement (médicamenteux, non médicamenteux) et de l'évolution de votre état.

Et un deuxième document pour les professionnels :

- Processus d'annonce d'un diagnostic psychiatrique sévère à un patient adulte : enjeux, principes et place de l'entourage[7] (outil d'amélioration des pratiques professionnelles - Mis en ligne le 07 oct. 2022) avec comme messages clés :
  - L'annonce d'un diagnostic est nécessaire et attendue par le patient, dans le respect des principes éthiques et juridiques en vigueur ;
  - L'annonce du diagnostic est un processus progressif, collaboratif et coordonné :
    - C'est un processus nécessitant une certaine prudence. Le diagnostic d'une pathologie psychiatrique est exclusivement clinique. Le diagnostic peut évoluer dans le temps en fonction de l'état clinique du patient,
    - Le processus d'annonce est une co-construction avec le patient (savoir expérientiel patient et savoir médical),
    - Le processus d'annonce présente une dimension pluriprofessionnelle. Il s'inscrit dans le parcours de soins coordonnés dans le respect des règles du secret professionnel.
- L' alliance thérapeutique constitue le « fil rouge » de la qualité du processus d'annonce diagnostique ;

- Les risques d'assignation, de stigmatisation, d'auto-stigmatisation et de discrimination de la personne sont à prévenir et à aborder avec elle. Le patient ne doit jamais être réduit, ni désigné par son diagnostic ;
- L'écosystème de vie de la personne est à prendre en compte tout au long du processus d'annonce. L'entourage constitue un soutien et une ressource importante sous réserve de l'accord du patient. Son association sera recherchée ;
- Le patient fait l'objet d'un accompagnement et d'un suivi post annonce. Des perspectives sont co-construites avec lui dans l'objectif de l'amélioration de son état de santé et de sa qualité de vie.

DIAGNOSTIC MÉDICAL OU SOCIAL ?

Effectivement, l'incertitude existe et c'est ce qui rend un certain nombre de psychiatres prudents sur l'utilisation d'un diagnostic qui pourrait être reconnu comme définitif et sans doute encore plus depuis la montée en épingle de l'origine neuro développementale des troubles psychiatriques avec des diagnostics peu fiables : par exemple, des sociologues ont observé qu'à partir de signes cliniques similaires, les enfants de famille défavorisées étaient TDAH et ceux des familles favorisés HPI. Sur un plan anecdotique, les enfants des classes supérieures obtiennent le plus souvent des tiers-temps à l'école que les autres enfants. Certains enfants, tels que les garçons et les enfants provenant de familles défavorisées, sont plus à risque de faire l'objet d'une situation de médicalisation[8]. Les plus jeunes de la classe sont aussi surreprésentés à chacune des étapes du processus de médicalisation associé au TDAH. Ils sont également davantage suspectés par leur enseignant d'avoir un TDAH : 3,3 fois plus de risque chez les enfants nés en septembre, comparés à leurs pairs nés en octobre. (BRAULT M.-C. et DEGROOTE E. (2021[9]).

Cette évolution du discours de l'HAS indique une tendance à la prudence face à l'inflation diagnostique, hélas encore très virulente à ce jour. Les excitations infantiles du tout « tout de suite » prennent progressivement le chemin de la sagesse. Pour autant, il n'est pas sûr que les décideurs financiers, plus sensibles au profit qu'au soin, abandonnent une politique de Santé Mentale source de bénéfices.

DIAGNOSTIC ET COMMERCE : LE COMMERCIAL DOIT CROIRE AVEUGLEMENT DANS SES PRODUITS

La nouvelle psychiatrie, pour être efficiente, doit intégrer des facteurs financiers et sociologiques et créer des nouvelles pathologies qui se conforment au commerce. Nous le verrons souvent, la nouvelle politique de Santé Mentale est toujours plus proche des critères économiques que psychiatriques.

Une coïncidence surprenante, est soulignée par Darian Leader (Bipolaire, vraiment ? Albin Michel 2014) :

C'est dans les années 1990, au moment où sont arrivés à expiration les brevets sur les antidépresseurs qui se vendaient le mieux, que la bipolarité s'est propagée, pour devenir la priorité des stratégies marketing de l'industrie pharmaceutique. Le diagnostic de la bipolarité s'est alors considérablement élargi, et celui de la maniaco-dépression s'est trouvé d'autant plus embrouillé. Certains échecs des antidépresseurs ont été alors mis sur le compte d'une méconnaissance du caractère bipolaire des troubles. En plus du lithium, une série d'antiépileptiques et d'antipsychotiques sont brevetés comme des médicaments d'un trouble bipolaire, dont la définition extensive permet une large utilisation, dans une logique qui est aussi commerciale. Il faut aussi noter que l'arrêt de l'innovation psychopharmacologique, est une des causes de la recherche neuro développementale afin de permettre que la connotation neuro scientifique de la Santé Mentale favorise le recours à la pharmacologie et à la psychoéducation plutôt que celui des psychothérapies relationnelles.[10]

Le diagnostic est alors influencé par l'industrie du médicament comme dans d'autres situations par l'industrie des échelles diagnostiques ou du handicap.

La relation thérapeutique est aussi attaquée pour son coût. Une étude de la DRESS (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques) montre que :

Si consulter un médecin psychiatre est peu répandu (3 % de la population y a eu recours au moins une fois en 2017), la dépense annuelle moyenne d'un recourant est plus haute que dans aucune autre spécialité médicale. Le recours au psychiatre se caractérise en effet par des dépenses fréquentes : huit consultations par an en moyenne. Plus les dépenses de santé sont importantes, plus la part prise en charge par l'assurance maladie obligatoire est élevée ».). En psychiatrie libérale, les dépenses des patients sont plus importantes et leurs restes à charge sont particulièrement élevés[11].

Pour l'instant, l'évocation de limiter le nombre annuel de consultations en fonction des pathologies (4 pour les bipolaires) n'a pas été retenue mais les complémentaires santé sont toujours à l'œuvre pour augmenter les profits. Concrètement, l'aspect relationnel du soin est trop couteux pour le monde financier et le monde de la santé est poussé à la productivité avec un temps réduit par malade. Il faut toujours aller de plus en plus vite en consacrant de moins en moins de temps aux patients. Il faut que l'argent de la Santé Mentale soit capté par le monde commercial et que la part des soins, peu génératrice de bénéfices, soit réduite.

En effet, la Santé Mentale est un marché : la place, prépondérante des maladies chroniques se confirme et la Santé Mentale représente à elle-seule 23,3 milliards d'euros, soit près de 14 % des dépenses totales si l'on regroupe les « maladies psychiatriques » et l'ensemble des traitements chroniques par psychotropes. Il est évident que les financiers sont attirés par ces 23 milliards et de les redistribuer différemment en leur faveur. Dans ce sens, le coût du soin doit être réduit pour augmenter leur profit : augmentation des assurances santé, baisse de l'offre de soin en quantité et en qualité, prépondérance du diagnostic et du médicament, développement du médico-social et du bénévolat.

DES FAUTES SCIENTIFIQUES AU SERVICE D'UNE POLITIQUE DE SANTÉ MENTALE

Le doute est une base essentielle de la science. Bizarrement, la montée en force de l'EBM s'est accompagnée d'un mouvement paradoxal : au nom de la science et d'études randomisées de grade A, la médecine par la preuve devenait une vérité incontestable. L'Évidence n'admettait ni la contestation, ni le doute. Pourtant, en regardant de plus près des études, beaucoup d'astuces validaient la recherche sur la forme plus que sur le fond. Des méta chercheurs (Dorothy Bishop, Clara Locher[12]) ont fait des études sur l'ensemble des publications et sur les procédures d'admission pour être publiés dans des revues médicales prestigieuses. Les résultats sont édifiants et montrent que des articles, de faible qualité scientifique, peuvent paraitre dans des revues scientifiques prestigieuses. Face à toutes ces vérités scientifiques, les chercheurs cliniciens que nous sommes restent sceptiques. Pour avoir fait de l'épidémiologie, j'ai constaté que la présence de cliniciens, dans les études, apportait des conclusions plus élaborées. Le clinicien est dans l'observation de ce qui se passe avant que d'être dans la course vers des résultats attendus.

LE DOUTE : UNE DES BASES DE LA RECHERCHE, DE LA SCIENCE ET DU SOIN

Le psychiatre a une formation scientifique qui le rend rigoureux dans sa démarche de soin. Un véritable travail de recherche ne doit pas avoir une idée préconçue des résultats. Il n'existe pas de clivage entre une position psychothérapique et scientifique.

En revanche, l'usage abusif d'une science technocratique dans la relation humaine, guidée par des objectifs financiers, fait courir des risques aux malades. Lorsque la déferlante bipolaire est arrivée, je suis allé suivre des formations sur ce trouble.

Dans ma pratique, j'avais bien remarqué des variations de l'humeur particulières mais ce qui était annoncé, c'est que les psychiatres passaient souvent à côté du diagnostic et prescrivaient des antidépresseurs dévastateurs chez le bipolaires ! Six mois après, les bipolaires unipolaires s'améliorant sous antidépresseurs sont apparus et mon doute sur la fiabilité a grandi encore plus. Bref, rapidement en ce qui me concerne, j'ai remis les troubles bipolaires dans une définition plus stricte, soit dans les 2,5% reconnus par la science.

Francis Jeanson[13] faisait remarquer que l'exigence de la science, nécessite que l'on ne porte pas atteinte à la nature de l'objet concerné. *« L'objet humain »* exige d'être abordé comme une entreprise de totalisation et d'autonomisation de soi, c'est-à-dire de négation de soi en tant qu'objet.

Il ne s'agit pas de savoir mais d'apprendre. Il ne s'agit pas de faire des diagnostics mais d'acquérir un sens du raisonnement à partir de l'observation de ce qui se passe. La connaissance n'est qu'une partie de ce qui doit aider au sens clinique et c'est aussi le fait de ne pas savoir qui aide à avancer. Aujourd'hui encore, avec toute mon expérience, je suis souvent à la recherche de cet état d'esprit très particulier où je ne sais que peu de choses face à un être souffrant.

Comme beaucoup de psychiatres, j'ai souvent fait le constat qu'une situation de soin devenait incertaine dans un moment où j'avais un grand sentiment de maîtrise. J'ai dû corriger, avec le temps, cette volonté de maîtrise qui peut s'avérer dangereuse. Il vaut mieux une ignorance qui se connaît qu'une ignorance qui s'ignore. Chaque malade me donne une leçon. Je ne suis jamais à la recherche d'un diagnostic pour enfermer le patient. Les diagnostics sont faits dans des moments précis et sont solubles dans le temps. La problématique d'un sujet est souvent changeante et de nouveaux aspects apparaissent sans cesse. Quand nous pensons avoir résolu un problème, un autre peut apparaitre !

Notre époque connait la propagande de recommandations qui veulent frapper au cœur de notre pratique en faisant des réponses standardisées sur des gens qui ne le sont pas. La science est, encore une fois, menacée par de terribles simplifications. Le danger vient de ceux qui avancent des idées de manière péremptoire et, fait plus grave, veulent les imposer. Ils éludent leur ignorance de ce qu'est le soin. Platon appelle *« double ignorance »* le fait de ne pas savoir et de vivre dans l'illusion de son savoir. Le vrai clinicien cherche, n'affirme pas, et laisse sa place à l'énigme et à la surprise.

Gabriel Marcel[14] dit qu'on est toujours libre de ne rien comprendre à rien. David Cooper[15] ajoute : *« C'est bien dans le champ psychiatrique, au milieu de sujets vivant des situations extrêmes, qu'on éprouve « la sensation de doute » : Pourquoi suis-je ici ? Qui m'a mis là ? Qui me paie, pour quoi ? Que ferai je ? Pourquoi faire quelque chose ? Pourquoi ne rien faire ? Qu'est-ce quelque chose et qu'est-ce que rien ? Qu'est-ce que la vie et la mort, la santé et la folie ? ».*

Le doute c'est avant tout pour soi : suis-je dans le vrai, est ce que je comprends ce qui se passe, quels sont les enjeux. Dois-je me réjouir ? Être confiant ? Dois-je croire dans ma capacité de soigner. Si je suis content de mes soins ne suis-je pas dans l'erreur ?

Comment sauver un être en doutant ? : le doute construit l'autre et lui laisse sa part. Ce que j'aime dans la science, ce ne sont pas les certitudes mais l'observation et la recherche. Le psychiatre est un chercheur qui, munit de la boussole, de la connaissance part vers l'inconnu. Il accompagne le patient dans cette découverte ou plutôt dans une succession de découvertes qui rend notre métier passionnant et sauve des vies. ●

1. Santé mentale : cf. https://fr.wikipedia.org/wiki/Santé_mentale

2. Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2018 : référence pour citation

3. Roy MA, Olivier D, Cambon A. De Kraepelin à McGorry : vision scientifique et récit expérientiel autour d'un changement de paradigme majeur. Santé mentale au Québec. 2021/2;46.

4. Malâtre-Lansac A. Santé mentale : faire face à la crise. Institut Montaigne. 2020.

5. Fusar-Poli P, Cappucciati M, Borgwardt S. Heterogeneity of Psychosis Risk Within Individuals at Clinical High Risk A Meta-analytical Stratification. JAMA Psychiatry. 2016;73:113-20.

6. HAS. Diagnostic en psychiatrie adulte – Mieux comprendre et être accompagné. Document Usager. 2022-07 https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-10/fp_diagnostic_en_psy_2022-09-29.pdf

7. HAS Santé. Processus d'annonce d'un diagnostic psychiatrique sévère à un patient adulte : enjeux, principes et place de l'entourage. Outil d'amélioration des pratiques professionnelles. 2022-10-07

https://www.has-sante.fr/jcms/p_3367859/fr/processus-d-annonce-d-un-diagnostic-psychiatrique-severe-a-un-patient-adulte-enjeux-principes-et-place-de-l-entourage

8. Brault M, Degroote E, Van Houtte M. Le rôle de l'école dans l'identification des élèves sous la catégorie TDAH au Québec et en Flandre. Revue internationale d'éducation de Sèvres. 2022;89:119-28.

https://journals.openedition.org/ries/12438

9. Brault M, Degroote E. Caring, control, and accountability: Reasons behind teachers' participation in the medicalization of ADHD-related behaviors. American Educational Research Association Annual Meeting, Proceedings. 2021. http://hdl.handle.net/1854/LU-8706721

10. Galinowski, A. Revue française de psychanalyse 2015/4 (Vol. 79), pages 1241 à 1249).

11. Cometx R, Irdes P. Plus les dépenses de santé sont importantes, plus la part prise en charge par l'assurance maladie obligatoire est élevée. DREES • Études et Résultats. 2022;1251.

12. Scanff A, Naudet F, Cristea I, Moher D, Bishop D, Locher C. A survey of biomedical journals to detect editorial bias and nepotistic behavior. PloS Biol. 2021;23(11).

13. Jeanson, F. Eloge de la psychiatrie, Le Seuil, 1979

14. Marcel, G. Être et Avoir Broché, Aubier, 1935

15. Cooper, D. Psychiatrie et anti-psychiatrie, Le Seuil, 1970

● **À paraitre** dans *L'évolution psychiatrique* et actuellement accessible en Pre Print sur *Academia-DU* et *ResearchGate* l'article

« La psychothérapie à la lumière des neurosciences ».

Thurin JM., Thurin M., Journet F., Le Guillou H., Narzabal MM., Bonneton S., Surjous L., Botbol M.

Argument : La psychothérapie, ses théories et ses bases n'ont cessé d'évoluer au cours des siècles jusqu'aux travaux synthétiques de Janet et Freud au début du 20ème siècle. Depuis cette période, de nouvelles connaissances sont issues de la biologie, de la physiologie, de l'expérience des cliniciens et de la recherche clinique dans un contexte de complexité et de pathologies multiples. Une question centrale est posée avec ces nouveaux moyens, celle des mécanismes à partir desquels la psychothérapie produit des effets.

Cet article explore une mise en relation de l'apport de quatre acteurs majeurs des neurosciences, Kandel, Edelman, Lübbert et Schore qui, pour y répondre, ont intégré les approches issues de leur propre abord. Il en résulte un plateau de connaissances qui seront utiles pour la pratique clinique et des recherches décloisonnées intégrées à partir d'une série de mots clés incontournables pour les uns et les autres.

Le titre signifie que les connaissances issues des neurosciences révèlent une certaine concordance avec les outils du psychothérapeute, en plus des siens propres, pour travailler et être avec son patient dans la perspective du soin et d'objectiver les processus et mécanismes de changement. Il devient aussi possible de promouvoir une approche véritablement pluridisciplinaire.

L'ambition de l'article est qu'il soit discuté et qu'il apporte un approfondissement accru à la formation autour des psychothérapies loin des polémiques. ●

... Repères dans les publications de la presse internationale, y compris française

Pour la Recherche se propose de communiquer des publications récentes qui peuvent intéresser les psychiatres dans l'évolution des connaissances et la pratique.

Dans ce numéro, trois articles ont retenu notre attention. Ils sont issus de l'*American journal of psychotherarpy*, de *Psychotherapy Research* et de *The Transmitter*. Nous vous en communiquons ci-dessous les références et les résumés.

Keefe JR. Affect-Focused Psychotherapies for Posttraumatic Stress Disorder. American Journal of Psychotherapy. 2024;77(3).

https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.20240033

- L'éditorial de Keefe part du fait que les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) centrées sur le traumatisme, comme l'exposition prolongée et la thérapie de traitement cognitif, sont efficaces pour le traitement du trouble de stress post-traumatique (TSPT). Cependant, les taux d'abandon peuvent être élevés (par exemple, 45 % à 55 % dans le plus grand essai clinique sur le TSPT à ce jour, réalisé dans le système du Département des anciens combattants des États-Unis) où les taux de réponse clinique sont sous-optimaux (35 % à 50 %). D'autres thérapies, comme la psychothérapie interpersonnelle (IPT) et les thérapies psychodynamiques (PDT), peuvent mieux cibler des aspects du TSPT qui sont plus pertinents ou cliniquement significatifs pour certains patients. Le numéro spécial publié dans l'*American Journal of Psychotherapy* met en lumière des traitements pour le TSPT développés en dehors des TCC, centrés sur le traumatisme et qui ciblent des mécanismes affectifs et interpersonnels de changement, notamment la mentalisation – en particulier concernant les significations liées au traumatisme – et l'attachement. La mentalisation est la capacité de réfléchir sur ses propres états mentaux intentionnels (par exemple, les sentiments, les désirs et les motivations) et ceux des autres. La dérégulation de l'attachement, aggravée par l'exposition au traumatisme, rend les relations interpersonnelles tendues et plus difficiles à utiliser comme soutien social. Les patients atteints de TSPT sont souvent émotionnellement engourdis et présentent des altérations de la mentalisation, particulièrement en ce qui concerne les états mentaux liés aux événements traumatiques. Dans les psychothérapies centrées sur l'affect, les déficits de mentalisation sont conceptualisés comme générant des difficultés à aborder les problèmes et conflits liés aux impacts du traumatisme. Différents articles associés à la difficulté à exprimer les affects, au trouble dissociatif de l'identité, aux rêves, à l'insécurité permanente dans un contexte de racisme, au rôle des traumatismes de l'enfance et à la compassion sont présentés.

Kleiven GS, Hjeltnes A, Brattland H, Moltu C. Moments of change: Clients' immediate experiences when sharing emotions in psychotherapy. Psychotherapy Research. 2024;34(7):872-84.

DOI: https://doi.org/10.1080/10503307.2023.2260938

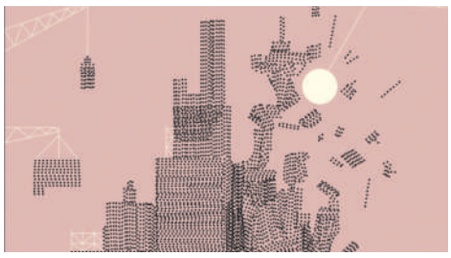
- Objectif : Le traitement des émotions au cours des séances est essentiel pour faciliter le changement en psychothérapie. Cette étude explore comment les patients en traitement actif vivent des changements internes lorsqu'ils partagent leurs émotions pendant les séances de psychothérapie. L'objectif était d'obtenir une connaissance approfondie des expériences de changement des patients, moment par moment, dans un contexte psychothérapeutique naturel. Méthode : Deux séances de psychothérapie (la 3e ou 4e, et la 7e ou 8e) ont été filmées, suivies immédiatement d'entretiens semi-structurés avec les patients (n = 11) au format du rappel du processus interpersonnel (IPR). Les entretiens ont été analysés à l'aide de l'analyse thématique. Résultats : L'analyse a fait émerger quatre thèmes : (1) obtenir une nouvelle clarté sur les luttes intérieures, (2) un changement dans la manière d'aborder et de vivre ses émotions, (3) faire le deuil des pertes et acquérir une compréhension plus positive de soi-même, et (4) ressentir du soulagement et une libération en acceptant des émotions difficiles. Conclusion: Les thèmes résultants mettent en évidence l'importance de la qualité ressentie des expériences de changement pendant les séances, un facteur qui semble crucial pour rendre les micro-processus de changement plus perceptibles. À travers les thèmes, nous avons trouvé des récits de prises de conscience et d'auto-compassion, que nous discutons comme des micro-résultats sur lesquels les patients peuvent idéalement être guidés pour approfondir.

The Transmitter, Organiser les neurosciences, connecter la communauté. *Un bulletin hebdomadaire gratuit de haut niveau qui suit et interroge l'activité scientifique.*

Reconstruire le lien de la dopamine à la récompense

Angie Voyles Askham : concernant la dopamine, faut-il modifier la théorie de longue date de l'erreur de prédiction des récompenses - ou l'abandonner complètement ?

- https://doi.org/10.53053/DXFZ9583



Pour la Recherche

FÉDÉRATION FRANÇAISE DE PSYCHIATRIE

contact@fedepsychiatrie.fr

Tél : 01 48 04 73 41

Remerciements

- A la *Direction Générale de la Santé* dont la subvention permet l'édition de ce bulletin.
- *A la S.I.P. et la S.F.P.E.A.* pour leur soutien actif à la diffusion des abonnements.

Tirage 1200 exemplaires - ISSN : 1252-7696

e.ISSN : 2263-7230

ABONNEZ-VOUS !

Adressez avec vos Nom, prénom et adresse un chèque libellé à l'ordre de la FFP,

de 28 € (France), 32 € (Institutions), 40 € (étranger)

(4 numéros - abonnement 2024) à

Fédération Française de Psychiatrie

Hôpital Sainte Anne

26, Bd Brune - 75014 PARIS

Impression : Grafik Plus 01 48 12 11 62