

Merleau-Ponty [1]. Une expérience qui n'est pas claire une bonne fois pour toute, qu'il tente de restituer par ses formules allusives, transitives pour mieux la cerner, sans la trahir et décrire ce qui se passe aux abords des choses, dans cet entre-deux qui laisse son empreinte dans toute la psychopathologie qui se désire phénoménologique. « Comprendre » et « Voir » avant d'« Interpréter » comme le proclamait Binswanger, c'est ici avoir renoncé à saisir pour mettre l'accent sur la dépossession qui l'accompagne et qui nous ramène à notre passivité originelle. À savoir que les choses sont à laisser être, qu'il peut y avoir de l'être sans qu'il est à être posé, dans la persuasion silencieuse du sensible quand il est là sous la main. Un sensible qui ne cesse d'être ambiguë et transcendant, en se gardant de toute positivité, de toute opération de l'esprit qui peut rapidement dévier vers une pensée opératoire comme le dit la clinique. Comprendre que l'il y a du monde sensible est un il y a d'inhérence, qui nous rattache au monde et nous rapporte à l'être, qui n'est pas devant nous, mais nous entoure de toutes parts dans un rapport charnel que nous sommes condamnés à rechercher encore et encore dès lors que nous en serions privés. Privation du monde et de la présupposition de l'autre, résultats d'une intercorporité toujours fragile devant les menaces et leur dépassement qui en même temps m'aident à affermir mes visées et mon identité.

**Mots clés** Phénoménologie ; Chair ; Réversibilité ;

Alexithymie ; Crise suicidaire

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

**Référence**

[1] Merleau-Ponty. *Le visible et l'invisible*. Réed Gallimard, Coll. TEL; 1961, pp. 36. p. 36.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.09.361>

## FA13

### SMP – Diagnostic et traitement personnalisés des dépressions : enjeux et perspectives d'avenir

I. Jalenques<sup>1,\*</sup>, C. Lemogne<sup>2</sup>, A. Consoli<sup>3</sup>, E. Haffen<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Service de psychiatrie A et psychologie médicale, CHU Gabriel-Montpied, Clermont-Ferrand, France

<sup>2</sup> HEGP, Paris, France

<sup>3</sup> Centre hospitalier Pitié-Salpêtrière, Paris, France

<sup>4</sup> CHU de Besançon, Besançon, France

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [ijalenques@chu-clermontferrand.fr](mailto:ijalenques@chu-clermontferrand.fr) (I. Jalenques)

La dépression unipolaire chez l'adulte est une maladie hétérogène, en raison de la multiplicité des causes et des mécanismes physiopathologiques vraisemblablement impliqués. La résistance thérapeutique est sans doute liée au défaut de mise en évidence de sous-groupes distincts qui nécessiteraient une prise en charge spécifique. Un diagnostic et un programme thérapeutique optimisés pour chaque patient constituent donc un enjeu majeur. La dépression entretient des relations réciproques avec les pathologies somatiques qui peuvent induire des états dépressifs par des mécanismes directs en raison d'une physiopathologie partagée (par exemple inflammatoire) ou indirects, en raison de leur retentissement fonctionnel ou des représentations qui leur sont attachées. Outre les difficultés diagnostiques liées à la comorbidité, une meilleure connaissance de ces mécanismes permet de personnaliser au mieux la prise en charge de la dépression. D'autre part, les états dépressifs sont des marqueurs de risque et de mauvais pronostic de nombreuses affections somatiques, notamment cardiovasculaires : l'élucidation progressive de ces mécanismes est la condition d'une prise en charge efficiente visant à réduire l'impact de la dépression sur le risque ou le pronostic de l'affection somatique. Ces relations réciproques seront illustrées au travers des exemples du cancer et de la maladie coronarienne [1,2]. La dépression chez l'adolescent peut se présenter différemment de celle de l'adulte, d'autant plus que le sujet est jeune. Les risques

évolutifs concernent essentiellement le risque suicidaire, l'abus de substance, une forte morbidité en termes d'adaptation psychosociale et un risque de récurrence. Il est donc primordial de savoir dépister un épisode dépressif caractérisé chez l'adolescent pour bien le prendre en charge, sachant faire la distinction avec des mouvements dépressifs inhérents au processus d'adolescence. Les traitements psychothérapeutiques restent le traitement de première intention chez ces adolescents, même si certains ISRS semblent avoir une action psychotrope efficace [3,4].

**Mots clés** Dépression ; Résistance thérapeutique ;

Comorbidités somatiques ; Adulte ; Adolescent

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

**Références**

[1] Andersen BL, et al. Screening, assessment, and care of anxiety and depressive symptoms in adults with cancer: an American Society of Clinical Oncology Guideline Adaptation. *J Clin Oncol* 32:1605–19.

[2] Lichtman JH, et al. Depression as a risk factor for poor prognosis among patients with acute coronary syndrome: systematic review and recommendations. A scientific statement from the American Heart Association. *Circulation* 2014;129:1350–69.

[3] Thapar A, Collishaw S, Pine DS, Thapar AK. Depression in adolescence. *Lancet* 2012;379(9820):1056–67.

[4] Jureidini JN, Doecke CJ, Mansfield PR, Haby MM, Menkes DB, Tonkin AL. Efficacy and safety of antidepressants for children and adolescents. *BMJ* 2004;328(7444):879–83.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.09.362>

## FA14

### SFRMS – Bien traiter le sommeil pour améliorer le patient psychiatrique

A. Brion

40, boulevard Beaumarchais, Paris, France

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

La maladie psychiatrique et les troubles du sommeil sont associés de façon significative ; tout particulièrement l'insomnie dont le concept a évolué (DSM 5, 2013 ; ICSD 3, 2014 [1]) au regard des études récentes qui ont amené à considérer l'insomnie associée aux pathologies psychiatriques comme un trouble comorbide en relation bidirectionnelle et en interaction [2]. Si on considère désormais le rôle fondamental du sommeil sur l'évolution des troubles psychiatriques, on comprend l'enjeu pour les patients psychiatriques d'une prise en charge adéquate de leurs troubles du sommeil. Nous allons interroger cette question à travers trois aspects thérapeutiques actuels :

– dans quelle mesure, la mélatonine, substance chronobiotique, a-t-elle sa place dans le traitement de l'insomnie ? Quels en sont les mécanismes et les risques ; doit-on en craindre un mésusage ?

– les benzodiazépines et leurs agonistes, dont l'efficacité hypnotique est largement évaluée, font actuellement l'objet de la part des autorités de santé d'un projet visant à en limiter la prescription, s'appuyant sur les alertes récentes quant à leur responsabilité potentielle sur la genèse de maladies dégénératives : qu'en est-il réellement de nos connaissances à ce sujet ? Ne confond-on pas corrélation statistique et lien de causalité dans l'analyse de ces données ? Quelles sont les alternatives thérapeutiques pour l'avenir si une telle restriction se confirme ?

– un petit nombre d'études suggère que chez des patients bipolaires, des récurrences d'épisodes thymiques ou des résistances au traitement sont associées à la présence de troubles respiratoires du sommeil [3]. Ce constat incite au développement d'une nouvelle approche multidisciplinaire à même de prendre en compte et de traiter conjointement l'ensemble des comorbidités associées aux troubles de l'humeur.

**Mots clés** Sommeil ; Insomnie ; Mélatonine ;

Benzodiazépines ; Apnées du sommeil