

## La recherche sur la maladie psychique : bref rappel historique

La schizophrénie était appelée autrefois la démence précoce et l'on parlait de dépression maniaco-dépressive il n'y a pas si longtemps encore pour nommer le trouble bipolaire.

Avant les années cinquante, la pharmacopée se limite au Laudanum (dérivé de l'opium) au sirop de chloral et aux barbituriques.

Les malades sont enfermés et les «traitements» disponibles sont assez réduits, par exemple douches froides, électrochocs, comas par l'insuline et camisoles de force.

Les premiers neuroleptiques arrivent en 1952, introduits par Henri Laborit, neurobiologiste. En 1957 le premier antidépresseur fait son apparition.



Les années 50 sont une vraie « tour de Babel » pour la psychiatrie.



Personne ne parle le même langage en nommant différemment, selon les pays, les maladies psychiques. En URSS par exemple, les

diagnostics psychiatriques peuvent dévier sur des questions politiques.

En 1972 tous les psychiatres se mettent d'accord et l'OMS propose une classification internationale des maladies (CIM). Quant au DSM<sup>1</sup>, qui en est à sa cinquième édition depuis 2013, est très critiquable sur plusieurs points mais il permet un consensus international.

Grâce aux épidémiologistes, le nombre de malades et les types de maladies ont été comptabilisés. Les différents facteurs de risques sont répertoriés, aussi bien

génétiques qu'environnementaux, comme la vie en milieu urbain, les migrations, l'exclusion sociale et le cannabis.



Aujourd'hui l'on peut dire que les troubles psychiatriques ne sont pas d'origine génétique, mais il y a une vulnérabilité génétique, un certain terrain génétique, qui, associé aux facteurs de risques peuvent être à l'origine des troubles.

Le terme de schizophrénie est né d'un consensus d'expert. Il ne correspond pas à une maladie en particulier mais à différents troubles répertoriés. C'est pourquoi il existe une instabilité du diagnostic. La frontière est parfois floue entre la schizophrénie et les troubles bipolaires.

Il y a des symptômes qui parfois ne correspondent pas aux classifications du DSM. Un patient peut par exemple avoir des hallucinations et ne pas être schizophrène.

Par conséquent, il y a une limite aux classifications et la tendance est d'arrêter de faire des catégories.

En 2017, on ne s'intéresse donc plus à la « schizophrénie » et aux « troubles bipolaires » mais on fait un retour en arrière pour étudier ces troubles par petits bouts : les troubles cognitifs, les hallucinations. L'exploration se fait donc sur des domaines très précis avec une importante collaboration des équipes à l'international. Tous les chercheurs travaillant sur la schizophrénie mutualisent leurs connaissances avec un nouvel outil : les RDoC\*



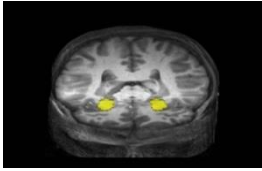
\*<https://www.nimh.nih.gov/research-priorities/rdoc/index.shtml>

<sup>1</sup>« Le **Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM)**, abréviation de l'anglais (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) est un ouvrage de référence publié par l'association américaine de psychiatrie (*American Psychiatric Association* ou APA) décrivant et classifiant les troubles mentaux »

## Etude « Schiz'émotion »

Le Docteur Sauvanaud présente la recherche qu'elle mène actuellement au CHU de Saint-Etienne sur les émotions dans la schizophrénie.

Les malades souffrant de schizophrénie ont du mal à reconnaître les émotions sur les visages et ressentent beaucoup d'émotions négatives.



Des travaux ont déjà été menés sur les émotions avec une IRM fonctionnelle sur la base de 29 patients et 31 témoins.

Le docteur Sauvanaud a constitué des groupes de patients avec leur fratrie + des personnes témoins.

Elle mène ses recherches avec différents outils :

- **IRM fonctionnelle** : tâche de régulation émotionnelle
- **Test neuropsychologiques**
- **Génétique** : ADN, ARN, protéines

### En conclusion, les troubles psychiques, quels espoirs pour la science ?

Le Dr Sauvanaud pense que la recherche est au début de nouvelles avancées. Grâce aux collaborations internationales et au nouveau modèle RDoC pour les troubles psychiques, grâce aussi à de nouvelles technologies et de nouvelles connaissances, **la recherche permettra de mieux comprendre pour mieux soigner.**

### Séance de questions/réponses

*Le pourcentage de malades a-t-il toujours été le même au cours des âges ?*

Nous savons que les troubles psychiques existent dans tous les pays et à tous les âges. Nous ne pouvons mesurer leur fréquence que depuis peu. Actuellement, on considère qu'1 personne sur 100 souffre de schizophrénie dans le monde.

*Pourquoi la mutualisation des chercheurs a-t-elle été si longue à se mettre en place ?*

Elle a existé de longue date, mais l'outil internet largement contribuer à fluidifier les collaborations.

*Qu'en est-il des facteurs alimentaires dans la maladie psychique ?*

Des recherches existent mais les résultats sont fragiles et contradictoires. Il y a eu une publication sur les carences en vitamine D. Un malade psychique manque de vitamine D mais ce manque est-il la cause ou la conséquence du repli à cause de la maladie ?

Une étude a aussi montré que les omégas 3 diminuaient les risques du premier épisode psychotique. Mais ensuite une autre étude, australienne, a démontré le contraire.

### La prise des médicaments

Quand le diagnostic est posé sur un trouble chronique, **les médicaments sont nécessaires pour stabiliser** (sur le modèle du diabète). Pour l'instant on ne guérit pas, on palie. **Et après le traitement, le deuxième facteur le plus efficace pour la stabilisation et l'amélioration des symptômes est la famille et la qualité des relations famille/médecin.**