

d'apprécier leur imputabilité dans la constitution du trouble lui-même ou de son caractère résistant. Il est considéré que certains traitements médicamenteux peuvent induire un épisode dépressif, voire conduire à la résistance thérapeutique [1]. Une intervention sur ces polymédications – souvent nombreuses – s'avère alors être une démarche pertinente.

Afin de formaliser ces évaluations, nous proposons de croiser les informations de la littérature avec les données officielles disponibles pour les différents produits considérés comme dépressogènes. Nous établissons ici une procédure d'évaluation incluant les conduites à tenir de première ligne pour les molécules d'usage fréquent dont l'imputabilité est forte et/ou la substitution simple (certains antiépileptiques par exemple) [2]. Une évaluation plus exhaustive est proposée pour les situations de résistances complexes où la discussion devra être plus spécifiquement posée pour chaque patient [3].

En effet, les éléments méthodologiques sont cruciaux, se devant d'être impérativement pris en considération pour la discussion clinique. Le recueil des informations cliniques et diagnostiques sur le plan psychiatrique est souvent de mauvaise qualité. L'imputabilité, comme souvent pour les données de pharmacovigilance, est parfois difficile à préciser. Enfin, il s'agit de situations cliniques généralement complexes et relativement fréquentes où la comorbidité somatique et son traitement sont tous deux susceptibles d'induire la survenue d'un épisode dépressif majeur, favoriser la persistance des manifestations et leur résistance au traitement pharmacologique entrepris.

Au total, en dehors de quelques situations simples, il convient d'amener les éléments d'une discussion thérapeutique individualisée prenant en compte l'intensité, le retentissement et le niveau de résistance, d'une part, et, d'autre part, l'imputabilité des molécules (sur le plan individuel et au vu des données de la littérature) et les alternatives thérapeutiques aujourd'hui disponibles et adaptées au contexte clinique.

Mots clés Dépression ; Résistance ; Pharmacothérapie

Déclaration d'intérêts L'auteur déclare ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Références

- [1] Celano CM, Freudenreich O, Fernandez-Robles C, Stern TA, Caro MA, Huffman JC. Depressogenic effects of medications: a review. *Dialogues Clin Neurosci* 2011;13(1):109–25.
- [2] Mula M, Monaco F. Antiepileptic drugs and psychopathology of epilepsy: an update. *Epileptic Disord* 2009;11(1):1–9.
- [3] Raison, Charles L, Demetrashvili M, Capuron L, Miller AH. Neuropsychiatric adverse effects of interferon-alpha: recognition and management. *CNS Drugs* 2005;19(2):105–23.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.09.054>

S26

Les techniques de stimulation cérébrale dans la prévention des récurrences dépressives

J.-M. Vanelle

Psychiatrie de liaison et ECT, hôpital Saint-Jacques, CHU de Nantes, Nantes, France

Adresse e-mail : jeanmarie.vanelle@chu-nantes.fr

Les états dépressifs constituent un problème majeur de santé publique, notamment en raison de leur potentiel de résistance aux mesures thérapeutiques existantes et de leur taux élevé de récurrence. Les techniques de stimulation cérébrale sont en plein développement en psychiatrie, mais encore trop l'apanage de spécialistes dans la spécialité, les réservant à des congrès non généralistes. Or il apparaît important de considérer aujourd'hui l'apport de la stimulation magnétique transcrânienne à répétition notamment dans les dépressions bipolaires où les antidépresseurs se révèlent délétères voire contre-indiqués.

Si l'intérêt curatif de l'électroconvulsivothérapie dans les dépressions mélancoliques n'est plus à démontrer, la fréquence des récurrences dépressives à 6 mois chez un malade sur 2 qui a reçu une cure d'ECT interroge sur les mécanismes en jeu et les alternatives possibles. La complémentarité possible des techniques se doit aussi d'être discutée.

Mots clés Stimulation magnétique transcrânienne ; Electroconvulsivothérapie ; Stimulation cérébrale profonde ; Récurrences dépressives ; Dépression résistante

Déclaration d'intérêts L'auteur déclare ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Pour en savoir plus

Brunelin J, Galinowski A, Januel D, Poulet E. Stimulation magnétique transcrânienne. Principes et applications en psychiatrie. Marseille: Solal Ed.; 2009: 282 p.

Huuhka K, Viikki M, Tammentie T, et al. One-year follow-up after discontinuing maintenance electroconvulsive therapy. *J ECT* 2012;28(4):225–8.

Millet B et Drapier D. Thérapeutiques de la dépression par stimulation cérébrale profonde à haute fréquence. In: M Goudemand, editor. Les états dépressifs. Paris: Lavoisier Ed.; 2010: 461–4.

Noda Y, Daskalakis J, Ramos C, Blumberger DM. Repetitive transcranial magnetic stimulation to maintain treatment response to electroconvulsive therapy in depression: a case series. *Front Psychiatry* 2013;4:article 73:1–6.

Szekely D, Poulet E. Electroconvulsivothérapie. Principes et applications. Marseille: Solal Ed.; 2012: 403 p.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.09.055>

S26A

Limites d'efficacité de l'électroconvulsivothérapie en curatif et préventif

E. Bosc

Unité ECT, service universitaire, hôpital Charles-Perrens, Bordeaux, France

Adresse e-mail : ebosc@ch-perrens.fr

Résumé L'efficacité de l'électroconvulsivothérapie (ECT) dans la prise en charge des troubles de l'humeur, notamment dans les situations d'urgence, n'est plus à prouver. En effet les études comparatives et essais cliniques ont montré que le traitement par ECT était efficace dans tous les types d'épisodes dépressifs majeurs avec notamment un taux de réponse de 80 à 90 % lorsque l'ECT était pratiqué dans le cadre d'un premier épisode dépressif (APA, 2001). Cependant, une méta-analyse récente a mis en évidence un taux de rechute des épisodes dépressifs uni ou bipolaires de 51 % au cours de la première année suivant l'arrêt des ECT, et de 37 % à 6 mois, malgré un relais médicamenteux bien conduit (Jelovac, 2013). La place des ECT de continuation, puis de maintenance apparaît à ce jour incontournable dans la stratégie de prévention de la rechute après la phase curative. L'essai contrôlé randomisé de Nordenskjöld (2013) met effectivement en évidence un taux de rechute à 1 an plus faible chez les patients traités par l'association ECT et psychotropes (32 %) comparativement aux patients traités exclusivement par pharmacothérapie (61 %). La question inhérente à la pratique des ECT de continuation puis de maintenance reste leur tolérance clinique. Les principaux effets indésirables redoutés par les praticiens sont les altérations mnésiques. L'étude rétrospective de Elias (2014) n'a pas montré de différence significative sur le plan cognitif avant et après le début des ECT de maintenance sur une période de 12 ans. Cependant, l'apparition d'altérations mnésiques invalidantes chez un patient traité par ECT rend difficile la poursuite de cette thérapeutique. Dans ce contexte, les autres techniques de stimulations transcrâniennes comme la rTMS apparaissent comme une alternative thérapeutique.



Mots clés Électroconvulsivothérapie ; Curatif ; Maintenance ; Rechute ; Pharmacothérapie ; Altérations cognitives

Déclaration d'intérêts L'auteur déclare ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.09.056>

S26B

La dépression bipolaire : une indication préférentielle de la stimulation cérébrale transcrânienne répétée ?

D. Szekely

Psychiatrie, centre hospitalier Princesse Grâce de Monaco, Monaco
Adresse e-mail : david.szekely@chpg.mc

La prise en charge des patients bipolaires par les stabilisateurs de l'humeur de différentes classes thérapeutiques fait consensus (HAS, 2009). Si les recommandations nationales et internationales fournissent des algorithmes efficaces dans le traitement des épisodes aigus maniaques, hypomaniaques et mixtes, la prise en charge des phases dépressives est plus complexe et le clinicien est bien souvent démuné s'il applique « au pied de la lettre » les recommandations. Dans la pratique quotidienne, le recours aux antidépresseurs bien que déconseillé, reste donc largement utilisée par les praticiens, faute de solution alternative efficace à ce jour. Dans cette situation, les recommandations incitent à utiliser les antidépresseurs en association aux stabilisateurs de l'humeur, en cures courtes d'environ 8 à 12 semaines après une réponse thérapeutique satisfaisante, qui ne survient que chez moins de 25 % des patients déprimés bipolaires (HAS, 2009). Le risque de virage de l'humeur induit par les antidépresseurs rapporté dans la littérature est de 3 à 10 % même lorsqu'une association thymorégulatrice est proposée [1].

Parmi les alternatives thérapeutiques, la rTMS représente une piste prometteuse : le taux de virage de l'humeur induit est faible (0,84 % d'état maniaque dans le groupe actif vs 0,73 % dans le groupe placebo dans une revue de la littérature publiée par Xia et al. [2], et dans la pratique quotidienne, les déprimés bipolaires semblent répondre plus rapidement que les patients déprimés unipolaires à la rTMS.

Nous proposons de faire une revue de la littérature concernant l'efficacité et la tolérance de la rTMS dans cette indication.

Mots clés Dépression bipolaire ; rTMS ; Neuromodulation

Déclaration d'intérêts L'auteur déclare ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Références

- [1] Malhi S, Adams D, Lampe L, Paton M, O'Connor N, Newton LA, et al. Clinical practice recommendations for bipolar disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2009;119(0):27G–46G.
- [2] Xia G, Gajwani, Muzina DJ, Kemp DE, Gao K, Ganoci SJ, et al. Treatment-emergent mania in unipolar and bipolar depression: focus on repetitive transcranial magnetic stimulation. *Int Neuropsychopharmacol* 2008;11:119–30.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.09.057>

S26C

Peut-on envisager une complémentarité des techniques de stimulation ?

B. Millet

CHS Guillaume-Regnier, Rennes, France

Adresse e-mail : bruno.millet@univ-rennes1.fr

Résumé non reçu.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.09.058>

S28

Nouvelles évolutions en musicothérapie : des neurosciences à la clinique

O. Bonnot

Service hospitalo-universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, université de Nantes, CHU de Nantes, Nantes, France

Adresse e-mail : olivier.bonnot@chu-nantes.fr

Des études cliniques et de neuroimagerie récentes permettent de penser que la musique peut être un média privilégié dans la prise en charge de patients, en particulier dans les maladies neurologiques. La musique modifie le cerveau. Comment l'expliquer ? Quelles en sont les possibles applications cliniques ? La perception des sons participe à la construction du langage préverbal et verbal, dans une dimension dyadique d'interaction. Si les perceptions sont modifiées dans l'autisme, les processus d'accordage affectif et de communication peuvent être soutenus et améliorés en musicothérapie. Celle-ci constitue donc un soin pertinent pour les enfants présentant un TSA, spécifiquement dans des dimensions vocales et rythmiques, qui vont agir sur les altérations de la communication et sur les interactions sociales des patients.

De même, des méthodes de musicothérapie telles que la Communication sonore non verbale d'Edith Lecourt (La musicothérapie analytique de groupe, 2007) ou les techniques de l'improvisation clinique de Kenneth E. Bruscia (*Improvisational Models of Music Therapy*, 1987) permettent d'apporter une réponse thérapeutique ou un accompagnement approprié des processus de vieillissement, dans leurs aspects tant psychique, identitaire que sociologique. Notamment dans le cas de troubles cognitifs liés à l'âge : les patients souffrant de maladies neurodégénératives de type Alzheimer pourront ainsi bénéficier efficacement des apports neuropsychologiques de la musique et de la musicothérapie.

Mots clés Neuropsychologie ; Neuroimagerie ;

Musicothérapie ; Alzheimer ; Troubles du spectre autistique

Déclaration d'intérêts L'auteur déclare ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Pour en savoir plus

Sacks O. *Musico-philia*. Paris: Seuil; 2009.

Lechevalier B, Platel H, Eustache F. *Le cerveau musicien*. De Boeck; 2010.

Bigand E. *Le cerveau mélomane*. Paris: Belin; 2013.

Platel H, Thomas-Antérion C. *Neuropsychologie et art : théories et applications cliniques*. De Boeck - Solal; 2014.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.09.059>

S28A

Effets de la musique sur le cerveau : de la neuroimagerie à la clinique

H. Platel

Inserm U1077, université de Caen, esplanade de la Paix, Caen, France

Adresse e-mail : herve.platel@unicaen.fr

La question de l'existence de substrats cérébraux spécifiques à la musique n'est pas nouvelle. En neurologie, à la fin du 19^e siècle, les premières observations de dissociations cliniques montrant des patients aphasiques sans trouble amusiques ou l'inverse, ont appuyé initialement l'idée de régions cérébrales dédiées spécifiquement à la fonction musicale. Cependant la généralisation de ses observations à la population générale restait difficile.

Près d'un siècle plus tard, l'émergence des techniques de neuroimagerie a permis de reprendre cette question est de montrer le chemin emprunté par des stimulations musicales dans le cerveau. Tout d'abord c'est la question de l'autonomie entre langage et musique qui a suscité le plus d'études, bien qu'encore rares dans les années 1990. Plus récemment l'intérêt des neurosciences pour la musique s'est vu décuplé par la question de la neuroplasticité. Effectivement,

