



Available online at  
**ScienceDirect**  
[www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com)

Elsevier Masson France  
**EM|consulte**  
[www.em-consulte.com](http://www.em-consulte.com)



## Congrès français de psychiatrie Rencontres avec l'expert

### R1

#### La douleur pour les nuls

M. Hamon

Inserm U894, centre de psychiatrie et neurosciences, Paris, France

Adresse e-mail : [michel.hamon@upmc.fr](mailto:michel.hamon@upmc.fr)

Selon l'International Association for the Study of Pain (IASP), la douleur est « une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle, ou décrite en ces termes ». D'après cette définition, la douleur correspond à la fois à un phénomène perceptif et à un vécu subjectif, et une intrication étroite existe entre ces composantes. De fait, les voies nerveuses qui conduisent les messages nociceptifs se projettent non seulement sur des structures cérébrales qui intègrent les paramètres physico-chimiques de la sensation douloureuse (thalamus, cortex somesthésique) mais aussi sur celles qui en évaluent l'impact émotionnel aversif et déclenchent des réponses neurovégétatives, cognitives et comportementales adaptées ou non (aire parabrachiale latérale, noyau central de l'amygdale, hypothalamus, insula) [3]. Cette organisation anatomique est en rapport avec les données cliniques qui attestent d'une forte co-morbidité entre les douleurs chroniques et des désordres affectifs tout particulièrement [4]. Alors que les douleurs aiguës (nociceptives) et les douleurs chroniques inflammatoires mettent en jeu des mécanismes neurobiologiques bien connus aujourd'hui, les douleurs chroniques neuropathiques, ou de type neuropathique (par ex. : fibromyalgie), sont toujours l'objet d'intenses investigations [2]. Leur prévalence est élevée (7% de la population générale), et les traitements disponibles n'ont qu'une efficacité et une tolérabilité limitées. Certains antidépresseurs sont prescrits en première intention, mais leur NNT (« number needed to treat ») reste élevé (NTT=4–6), même pour une réduction effective de la sensation douloureuse de seulement 30%. En réalité, la prescription d'antidépresseurs ne résulte que d'observations empiriques, et le développement de traitements véritablement adaptés et efficaces ne pourra se faire qu'au prix d'une connaissance approfondie des mécanismes neurobiologiques en cause. À cet égard, les études actuelles qui portent sur l'impact des interactions neurone-glie [1], de modifications épigénétiques induites au cours de la prime enfance et/ou l'adolescence, et/ou d'altérations affectant le microbiote semblent très prometteuses.

**Mots clés** Douleur neuropathique ; Co-morbidité ; Antidépresseurs ; Neurone-glie ; Microbiote ; Épigénétique

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

#### Références

- [1] Gundersen V, Storm-Mathisen J, Bergersen LH. Neuroglial transmission. *Physiol Rev* 2015;95:695–726.

- [2] Jensen TS, Finnerup NB. Allodynia and hyperalgesia in neuropathic pain: clinical manifestations and mechanisms. *Lancet Neurol* 2014;13:924–35.
- [3] Kuner R. Central mechanisms of pathological pain. *Nat Med* 2010;16:1258–66.
- [4] Terry EL, DelVentura JL, Bartley EJ, Vincent AL, Rhudy JL. Emotional modulation of pain and spinal nociception in persons with major depressive disorder (MDD). *Pain* 2013;154:2759–68.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.09.014>

### R2

#### La pénalisation de la folie

P. Bensussan

13, rue de la Pourvoirie, Versailles, France

Adresse e-mail : [courriel@paulbensussan.fr](mailto:courriel@paulbensussan.fr)

Les prisons françaises accueillent, chaque année plus nombreux, des individus relevant davantage d'une hospitalisation que d'une incarcération : 3 à 4% des détenus souffriraient de schizophrénie, soit une prévalence 3 à 4 fois supérieure à celle observée dans la population générale. La création des UHSA lève les derniers scrupules : la qualité des soins psychiatriques en détention autorise en toute bonne conscience la condamnation d'un malade mental. Les fous criminels ne sont désormais plus protégés par « le malheur de leur état ». La pénalisation de la folie répond parfois à des considérations politiques : l'opinion publique, particulièrement les familles de victimes, considérant l'irresponsabilité pénale comme une forme d'indulgence, voire d'impunité. Mais les pressions politiques ne sont pas seules en cause : les préconisations des experts sont parfois empreintes d'a priori idéologiques : certains répugnent à reconnaître « l'abolition du discernement » (article 122-1 du nouveau Code pénal). Ils considèrent en effet que le procès de Cour d'assises n'est pas dénué de vertus thérapeutiques, tant pour les victimes que pour les criminels. L'expert psychiatre se comporte ainsi comme s'il était investi d'une mission de rédemption (du criminel) et de protection (de la société). Ce faisant, il espère que l'existence du trouble mental aboutira à une sanction modérée, voire clémente. Il n'en est rien et la peine peut même s'en trouver alourdie, tant l'imprévisibilité de la récidive du fou criminel suscite d'inquiétude. Le fait que chacun semble s'accommoder de cette situation ne doit pas en faire perdre de vue les enjeux médico-légaux. Le recours plus rigoureux et systématique aux critères diagnostiques en vigueur devrait permettre une meilleure concordance diagnostique entre experts. Une affaire récente particulièrement médiatisée, celle de Stéphane Moitoret, meurtrier du « petit Valentin », dans laquelle