

medipage

# BRAIN



**EN SAVOIR PLUS SUR:**

**TDA/H**

**SCLEROSE EN PLAQUES**

**EPILEPSIE**

**SCHIZOPHRENIE**

**TROUBLES BIPOLAIRES**

**DEPENDANCES**

téléchargeable sur  
[www.medipage.info](http://www.medipage.info)

# EDITO

## L'HOMME EST SON CERVEAU

TEXTE DOMINIQUE LEOTARD

Depuis toujours, le cerveau intéresse autant les médecins que les spécialistes de l'âme. Il fait rêver, il est le siège de notre personnalité. Parfois, il est à l'origine de différences, alors il fait peur, on isole ou diabolise les malades... Dans ce numéro de medipage, vous apprendrez ce qui se cache derrière certains troubles cérébraux. Des spécialistes vous en parlent afin que, de moins en moins, on stigmatise leurs patients et qu'on reconnaisse leurs souffrances et celles de leur entourage.

### Parfois, le cerveau présente des troubles de fonctionnement

« Les maladies du fonctionnement du cerveau sont fréquentes, elles touchent près de 3 millions de belges. Elles regroupent par ordre de prévalence les troubles anxieux, les migraines, les dépressions, les toxicomanies, les démences, l'épilepsie, le parkinson, les AVC, la sclérose en plaques... et représentent un coût très important pour la société. Certes, elles ne sont pas toutes mortelles ou extrêmement graves mais elles ont pour point

commun d'atteindre l'individu de manière chronique dans son autonomie et d'affecter son positionnement dans la société », explique le Professeur J.Schoenen.

### Diagnostic et prise en charge optimale : la mise en pratique des connaissances issues de la recherche

Ces dernières décennies ont connu une évolution importante de la compréhension du cerveau, de son fonctionnement normal et de ses dysfonctionnements. L'imagerie médicale, la recherche de traitements nouveaux, l'hyperspécialisation des médecins permettent des diagnostics précis et précoces et des traitements adaptés, primordiaux pour une prise en charge efficace.

### Le cerveau fait l'homme, ne le négligeons pas !

« Notre cerveau est notre patrimoine, notre organe le plus précieux, il détermine les

caractéristiques les plus affinées de la race humaine. Il semble donc primordial de tout mettre en œuvre pour le préserver, l'entretenir, le soigner. » Alors que les maladies du cerveau représentent 35% des maladies, seulement 12% des budgets de la recherche leur sont consacrées. D'autre part, comme le cœur ou les artères, le cerveau peut faire l'objet d'efforts de prévention ( le faire travailler, ne pas l'empoisonner avec le tabac, les drogues, l'alcool, la caféine ou le cola à outrance) , prenons en soin ! ■



Interview avec  
Pr Jean Schoenen,  
Université de Liège,  
départements de  
neurologie et  
giga-neurosciences,  
Président du Belgian  
Brain Council

PUBLICITÉ

Application Le Soir pour iPhone V 2.0

DISPONIBLE SUR ITUNES

**Nouveau!** Feuillotez Le Soir sur votre iPhone.

Vous avez déjà découvert la lecture du journal en pdf, découvrez dès maintenant la nouvelle version de l'application gratuite du Soir sur l'Appstore.

Grande nouveauté: le tout nouveau mode de lecture intelligente de votre journal à feuilleter page par page et à lire en mode texte. Dans votre application, rendez-vous sur l'onglet 'journal' et achetez votre édition du jour au prix exceptionnel de 0,79 €.

Infos, démo et mode d'emploi sur [www.lesoir.be/iphone](http://www.lesoir.be/iphone)

LE SOIR



### Le Belgian Brain Council : tous ensemble autour du cerveau

Le BBC regroupe tous les acteurs qui s'intéressent au cerveau : médecins neurologues, psychiatres, psychologues, chercheurs fondamentaux, cliniciens, patients... et a pour but de partager

les connaissances de chacun tout en conservant une ouverture d'esprit face aux tentatives de comprendre cet organe noble qu'est le cerveau.

#### Belgian Brain Congress 2010

Brussels, 17 & 18 September

A transdisciplinary meeting organized by the Belgian Brain Council in collaboration with the Belgian Pain Society

Adresse:

Management Centre Europe  
118, Rue de l'Acqueduc, 1050 BRUXELLES

Le 18 septembre 14h45-16.05

TABLE RONDE destinée aux patients et à leurs proches.

[www.belgianbraincouncil.be](http://www.belgianbraincouncil.be)

## CONTENU

LE TDA/H N'EST PAS LIE A L'AGE	3
LES ENFANTS TDA/H	4
L'IMPACT SUR LA VIE QUOTIDIENNE EST UN ELEMENT DETERMINANT DE DIAGNOSTIC DU TDA/H	5
L'ASSOCIATION TDA/H BELGIQUE	6
LA PRISE EN CHARGE DU TDA/H	7
LA SCLEROSE EN PLAQUES, UNE AFFECTION INVALIDANTE	8
IMPORTANCE DU DIAGNOSTIC PRECOE DE LA SCLEROSE EN PLAQUES	9
EPILEPSIE: UN COURT-CIRCUIT DANS LE CERVEAU	10
VIVRE AU JOUR LE JOUR AVEC SON EPILEPSIE	12
LA SCHIZOPHRENIE: L'IMPORTANCE D'UNE REALITE PERTURBEE	13
POUR UN TRAITEMENT OPTIMAL DE LA SCHIZOPHRENIE	14
SIMILES OFFRE DES PERSPECTIVES AUX FAMILLES	15
LES TROUBLES BIPOLAIRES: DES PATIENTS AVEC DES HAUTS ET DES BAS	16
SE POSER DES QUESTIONS	17
LE LOURD TRIBUT PAYE PAR L'USAGER DE DROGUES PAR VOIE INTRAVEINEUSE : L'HEPATITE C	18
LA LUTTE CONTRE L'HEPATITE C DU TOXICOMANE	19

# LE TDA/H N'EST PAS LIÉ À L'ÂGE

ON ESTIME QUE 5 % DES ENFANTS EN ÂGE DE SCOLARITÉ SOUFFRENT D'UN TDA/H (TROUBLE DÉFICITAIRE DE L'ATTENTION AVEC OU SANS HYPERACTIVITÉ). LES GARÇONS SONT TROIS FOIS PLUS AFFECTÉS QUE LES FILLES. LE TDA/H S'ATTÉNUÉ GÉNÉRALEMENT À L'ADOLESCENCE, MAIS 1 À 4 % DES ADULTES EN SOUFFRENT ENCORE.



TEXTE AN SWERTS – ILLUSTRATION SARAH VANBELLE

## Trouble du développement et du comportement

Le TDA/H est un trouble qui se développe lors de la croissance (trouble du développement) et exerce un effet négatif sur le comportement (trouble du comportement). Sur le plan neurochimique, le TDA/H est associé à un déséquilibre de la dopamine et de la noradrénaline – deux messagers chimiques appelés « neurotransmetteurs ». Les modèles explicatifs neuropsychologiques font état d'un déficit du contrôle des impulsions et de la motivation (voir Effet du TDA/H sur les relations). Le TDA/H pourrait recouvrir différents troubles, qui se manifesteraient par le même comportement.

## Trois présentations

La plupart des personnes TDA/H souffrent à la fois d'un déficit de l'attention et d'hyperactivité/d'impulsivité (type combiné). D'autres souffrent principalement d'un déficit de l'attention (type TDA) ou d'hyperactivité/d'impulsivité. Comment identifier un déficit de l'attention

chez une personne TDA/H ? Celle-ci se laisse facilement distraire, a du mal à respecter des instructions. N'aime pas les tâches exigeant un effort prolongé ou une organisation importante, et perd les objets indispensables à son jeu ou à son travail. Comment se manifeste l'hyperactivité/l'impulsivité chez une personne TDA/H ? Elle est incapable de rester assise, même pour recevoir un câlin, aime les jeux bruyants, parle sans arrêt et interrompt les autres. Elle impose sa présence, veut décider des règles du jeu et n'attend pas son tour. Elle se sent aussi attirée par les activités physiques dangereuses.

## Association à d'autres troubles

Le TDA/H est souvent associé à d'autres troubles, p. ex. : au trouble du comportement oppositionnel avec provocation (désobéissance, opposition, provocation, mots grossiers), aux troubles du développement (autisme, Gilles de la Tourette), mais aussi aux troubles anxieux et aux troubles de l'humeur, aux troubles de l'apprentissage (difficultés de lecture,

d'écriture et de calcul) et à l'abus de substances (alcool, drogues).

## Causes du TDA/H

Les parents de premier degré de personnes TDA/H ont un risque environ 8 fois plus élevé de développer eux-mêmes ce trouble. Le développement du TDA/H est déterminé pour 80 à 90 % par des facteurs génétiques. Il n'existe toutefois aucun gène spécifique du TDA/H. Il est probable que plusieurs gènes soient impliqués. Les enfants dont les mères ont fumé ou consommé de l'alcool pendant la grossesse ont également un risque accru - à l'instar des prématurés et des bébés ayant souffert d'un déficit en oxygène ou d'un poids de naissance trop faible.

Enfin, des données indiquent que certaines substances présentes dans notre environnement (p. ex. alimentation) favorisent le développement d'un TDA/H chez les enfants génétiquement prédisposés. ■

INTERVIEW AVEC LE PROFESSEUR ERIC SCHOENTJES ET LE DOCTEUR INGE ANTROP

medipage

COLOPHON

medixae sprl est éditeur des magazines medipage - medipage est un magazine qui traite des aspects de santé - Le magazine ne ressort pas de la responsabilité rédactionnelle du journal Le Soir - Informations prochaines publications : T 03 298 60 69, info@medixae.be - Publicité : Martine Praet, T 03 298 60 69, martine@medixae.be - Création : medixae sprl - Mise en page et Prepress : Composition sa, 1800 Vilvorde, www.compo-sition.be - Rédaction : Dominique Léotard, PhD, Schrijf.be (An Swerts), Dr Maurice Einhorn, Johan Waelkens - Illustrations : Sarah Van Belle - Impression : Remy-Roto, Beauraing - Copyright : medipage est une publication de medixae sprl - Distribution de medipage : comme encart dans les journaux Le Soir et De Morgen et via les salles d'attente de médecins - Site web : www.medipage.info - Editeur responsable : medixae sprl - Schildersstraat 13 - 2000 Anvers

medipage a pour but de fournir des informations correctes, mais ne communique en aucun cas des conseils médicaux. medipage souligne l'importance d'une relation ouverte avec votre médecin. Votre médecin est la personne la plus conseillée pour discuter vos éventuels problèmes de santé. Tous les articles rédigés sur base d'interviews, ont été relus et approuvés pour publication par les interviewés. La reprise d'un article de medipage n'est possible qu'après l'accord formel de medixae sprl. Le nom de marque medipage est la propriété de medixae sprl. medipage mentionne des sites web, cependant medixae sprl n'est pas responsable pour le contenu des sites web et non plus pour l'usage éventuel des sites web. medixae sprl n'est pas responsable pour le contenu des publicités. La rédaction met tout en oeuvre pour assurer que toute information soit correcte.





# LES ENFANTS TDA/H

ONT LA TÊTE DANS LES NUAGES ET DES RAPPORTS CHAOTIQUES AVEC LA FAMILLE.

## La relation parent-enfant subit une pression émotionnelle croissante

« En tant que parent, adapter son mode d'éducation au tempérament TDA/H de son enfant n'est pas évident », déclare Eric Schoentjes. « Certains parents accordent entière liberté à leur enfant, alors qu'il a au contraire besoin d'être surveillé et orienté. D'autres imposent des règles strictes et pénalisent, démotivant encore davantage l'enfant : autant d'attitudes qui ne font que renforcer le problème du TDA/H. La relation parent-enfant subit une pression émotionnelle croissante et s'en trouve perturbée, ce qui entraîne des troubles (autres encore) du comportement. »

Les adultes TDA/H connaissent également plus souvent des problèmes relationnels donnant lieu à des séparations et à des problèmes au travail.

## Souhaitez-vous développer de bonnes relations avec votre enfant, adolescent, partenaire ou collègue TDA/H ?

Inge Antrop donne les conseils suivants : « Pour établir de bonnes relations avec une personne TDA/H, il est essentiel de comprendre quels déficits elle doit compenser. Vous pourrez ainsi l'aider.

Deux modèles explicatifs neuropsychologiques servent de points de repère.

Le 1er modèle souligne qu'une personne TDA/H a du mal à maîtriser ses impulsions, ce qui la pousse à vivre dans la réalité immédiate. Respecter des règles, planifier, organiser et maîtriser ses émotions représentent des défis importants pour elle. Elle a besoin d'être guidée par d'autres personnes.

L'autre modèle se concentre sur le degré de motivation des personnes TDA/H. Celui-ci



Interview avec  
Pédopsychiatre Pr Eric Schoentjes et le  
Dr Inge Antrop- Service de Pédopsychiatrie,  
UZ Gent

est intrinsèquement faible ; les tâches ennuyeuses et pénibles sont donc rapidement abandonnées, sauf si l'entourage procure un encouragement particulier. Car il s'agit davantage d'une incapacité que d'un manque de volonté ». ■

TEXTE AN SWERTS  
ILLUSTRATIONS SARAH VANBELLE

## « Je fais des efforts mais on ne me croit pas »

Contrairement à la première impression qu'ils pourraient donner, les enfants TDA/H ne sont ni paresseux ni méchants. Toute leur vie, ils devront faire des efforts pour simplement rester attentif, se concentrer, se tenir calme...et, très souvent, ces efforts ne sont pas reconnus.

Il s'agit cependant d'enfants créatifs, curieux, spontanés et vifs mais ils fonctionnent principalement au « plaisir immédiat ».

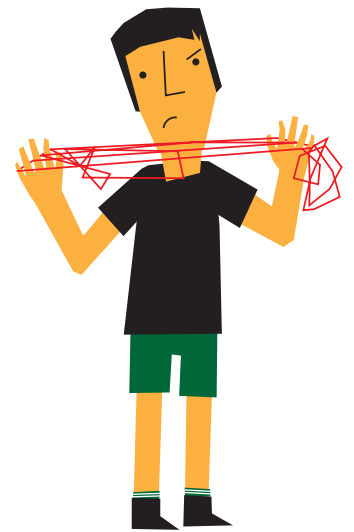
### Un enfant TDA/H a besoin :

- d'un cadre structuré et très organisé, de routines, de consignes brèves et de règles fixes.
- que l'on reconnaisse ses difficultés et ses efforts, d'appréciation positive et de valorisation de ses efforts, et lorsque nécessaire, de punitions justes et immédiates.



TEXTE DOMINIQUE LEOTARD – INTERVIEW AVEC LE DR. CATHERINE GILLAIN

# L'IMPACT SUR LA VIE QUOTIDIENNE EST UN ÉLÉMENT DÉTERMINANT DU DIAGNOSTIC DU TDA/H



IL N'EXISTE AUCUN TEST STANDARD PERMETTANT DE DÉTECTER LE TDA/H. DÈS LORS, COMMENT ÉTABLIR LE DIAGNOSTIC ?

TEXTE AN SWERTS – ILLUSTRATION SARAH VANBELLE

Les critères du diagnostic du TDA/H ont été établis par le DSM IV (Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders, quatrième version mise à jour). Il s'agit d'un système de classification international des soins de santé mentale. Selon ces critères, une personne souffrant du TDA/H présente au moins 6 symptômes de déficit de l'attention (p. ex. 'a des oublis fréquents dans la vie quotidienne') ou d'hyperactivité/impulsivité (p. ex. 'remue souvent les mains ou les pieds, ou se tortille sur sa chaise'). Les symptômes se présentent dans au moins 2 types d'environnement (p. ex. à la maison et à l'école). Certains symptômes doivent être présents avant l'âge de 7 ans, et le fonctionnement social, scolaire et professionnel doit être 'significativement altéré'.

## Forte perturbation de la vie quotidienne

A partir de quand le fonctionnement d'une personne est-il 'significativement altéré' ? « Cette évaluation », explique la pédopsychiatre Marina Danckaerts (UZ Leuven), « constitue la partie la plus ardue du diagnostic. Par son comportement, une personne souffrant du TDA/H se retrouve constamment en situation problématique et hypothèque gravement son développement émotionnel, relationnel et intellectuel. La personne accumule les conflits avec les personnes de son entourage et fonctionne bien en deçà de ses capacités (sociales et scolaires ou professionnelles). Nous nous informons de la

gravité du dysfonctionnement auprès des parents ainsi que d'un observateur indépendant, généralement un enseignant.

A l'école, les enseignants doivent sans cesse rappeler l'enfant à l'ordre : 'arrête de rêvasser', 'n'oublie pas de ranger ça', 'reste tranquille', 'ne perturbe pas le cours', 'attends ton tour', etc.

A la maison, la routine quotidienne n'est pas non plus une mince affaire : 'tu as entendu ce que je t'ai dit ?', 'va t'habiller', 'n'oublie pas ton cartable'. Les devoirs sont typiquement une activité qui crée de fortes tensions entre les parents et l'enfant. Selon les parents, si on ne fait pas la police à la maison, il est impossible de tirer quoi que ce soit de l'enfant.

Les enfants atteints du TDA/H ont également du mal à se faire des amis et à les garder. Ils sont souvent les pitres de la classe et s'expriment avec sincérité et sans détour, ce qui les rend parfois durs et blessants. Ils recherchent des 'compagnons d'infortune' – des enfants qui présentent des troubles du comportement (éventuellement différents), ce qui augmente encore leur risque de se retrouver dans une situation problématique.

## Évaluer le rapport bénéfice/risque et poser un diagnostic correct

« Le diagnostic du TDA/H », poursuit le Pr Danckaerts, « ne doit pas être posé à la légère. La sévérité du dysfonctionnement doit être mise en balance avec l'effet négatif du dia-

gnostic sur l'image de soi. Par ailleurs, il est également important de poser le diagnostic correct, car de nombreux troubles et situations à problèmes partagent des caractéristiques comportementales avec le TDA/H. »

## Tests neuro(psycho)logiques

Le diagnostic du TDA/H repose également souvent sur des tests neuropsychologiques, qui évaluent notamment la maîtrise des impulsions, la motivation, l'intelligence et les progrès d'apprentissage. « Toutefois, leurs résultats ne permettent ni de confirmer ni d'infirmer le diagnostic », déclare le Pr Danckaerts. « Ils servent uniquement à évaluer plus précisément les forces et les faiblesses et à les expliquer aux parents ou aux enseignants. De même, les tests neurologiques (EEG p. ex.) ne permettent pas de formuler un diagnostic définitif. » ■



Interview avec  
Pr Marina Danckaerts  
Pédopsychiatre UZ  
Leuven

## PÈRE ET FILS FACE AU TDA/H

TEXTE DOMINIQUE LEOTARD

### Inquiétude parentale et insouciance de l'enfance

**Père** « Très tôt, je me suis inquiété à propos de ce bébé si peu curieux, tellement moins actif que son aînée. En tant que pédiatre, je craignais un retard mental... » se souvient le Dr Schlogel. « Vers 3-4 ans, nous l'avons sou-

mis à des tests cognitifs et psychomoteurs et les résultats, analysés par des spécialistes en la matière, furent plutôt rassurants. »

« C'est quelques années plus tard qu'une nouvelle inquiétude est née, mon enfant était devenu rapidement trop actif, impulsif, tête en l'air, incapable de se concentrer sur une activité très longtemps... L'entrée à l'école

MATTHIEU, 21 ANS, ÉTUDIANT, SOUFFRANT DE TROUBLE DE DÉFICIT DE L'ATTENTION ET SON PÈRE, MÉDECIN, NOUS LIVRENT LEUR TÉMOIGNAGE.

nous révélait des problèmes de dyslexie, de dysorthographe. Qu'allait être son futur scolaire ? Serait-il capable de faire quelques études ? Nous avons décidé de mettre en place tout ce qui était possible pour l'aider : le parcours du combattant a commencé avec les séances de logopédie 3 fois par semaine.

SUITE À LA PAGE 6

# L'ASSOCIATION TDA/H BELGIQUE UNE PRÉSENCE DES ACTIONS CONCRÈTES

L'ASBL TDA/H BELGIQUE INFORME, GUIDE ET SOUTIEN TOUTES LES PERSONNES CONFRONTÉES AU TROUBLE DÉFICITAIRE DE L'ATTENTION AVEC OU SANS HYPERACTIVITÉ. SA DYNAMIQUE FONDATRICE, MADAME PASCALE DE COSTER, NOUS PARLE AVEC PASSION DES ACTIONS ET PROJETS MIS EN PLACE.

## Informier, c'est déjà aider

« Lorsqu'en 1995, mon fils a été diagnostiqué TDA/H, je me suis retrouvée extrêmement démunie. » raconte Pascale De Coster. « Je me suis alors mise en quête d'un maximum d'informations sur ce trouble. Le partage étant dans ma nature, j'ai créé un site internet puis un forum de discussion pour que toutes les personnes confrontées comme moi au TDA/H puissent y trouver l'information, le partage et le soutien dont elles avaient besoin.

Suite aux nombreuses demandes des visiteurs du site et du forum, l'asbl TDA/H Belgique a vu officiellement le jour fin 2004."

## On peut devenir un adulte heureux et épanoui avec un TDA/H !

« Aujourd'hui, les connaissances scientifiques et la reconnaissance de ce trouble ont fort évolués. De plus en plus d'enseignants veulent comprendre le TDA/H et savoir comment adapter leur enseignement aux élèves atteints. Les parents, enfants et adultes touchés par le TDA/H sont en demande de conseils, de trucs pratiques pour apprendre à vivre de manière sereine, malgré le trouble. Notre but est de permettre à toutes les personnes confrontées au TDA/H de réagir de

la manière la plus adéquate possible.

Les conséquences des dysfonctionnements dus au TDA/H pourront ainsi être gérées de manière optimale et permettre aux personnes atteintes de devenir des adultes heureux et épanouis. »

« Nous menons toutes les actions utiles en ce sens. »

## Reconnaître le TDA/H, c'est éviter beaucoup de souffrance

« Les gens s'adressent à nous pour exprimer leurs doutes, questions et inquiétudes. Trop souvent encore victimes d'idées préconçues et de jugements, ils nous demandent comment faire diagnostiquer ce trouble, comment l'aborder dans la vie de tous les jours, comment 'vivre avec'.

Nous les informons et les rassurons : de nombreux outils existent pour faire face au TDA/H : psycho-éducation, groupes de parole, thérapies comportementales, médicamenteuses,..."

Très consciente du flou autour du TDA/H, du manque d'information des uns et des autres et de l'absolue nécessité de soutenir autant les enfants, que les parents et les adultes atteints dans ce long et lent parcours du combattant qu'exige ce trouble encore mal perçu, l'Association TDA/H

Belgique poursuit son action sur plusieurs fronts.

Elle propose, entre autre,

- des brochures d'information (pour les parents enseignants, enfants et sur le TDA/H à l'adolescence)
- une permanence ( le jeudi hors vacances scolaires de 10 à 16 heures, rue de la glacière, 24 à 1060 Bruxelles - tel : 0484 17 77 08)
- des groupes de parole, des conférences,...
- des stages psycho-éducatifs
- des formations pour les professionnels de la santé et de l'éducation
- un site internet très fourni [www.tdah.be](http://www.tdah.be)
- un forum interactif [www.forumhyper.net](http://www.forumhyper.net) ■



Interview avec  
Pascale De Coster  
Fondatrice de  
l'asbl TDA/H

SUITE DE LA PAGE 5

Ensuite, très vite, le diagnostic de TDAH fut posé et une prise en charge multidisciplinaire entreprise. »

**Fils** « Mes premiers souvenirs à propos de TDA remontent à l'école primaire. J'allais bien volontiers à mes séances de logopédie, je ressentais leur efficacité et leur utilité, contrairement à mes copains, qui y allaient avec des pieds de plomb. Je me souviens principalement de ces dictées, truffées de fautes d'inattention mais aussi des premiers petits trucs à appliquer pour pallier à mon trouble. On me disait par ailleurs sensible et attentif aux autres bien qu'hyperactif. Les congés scolaires furent toujours accompag-

*nés de travaux de vacances mais j'étais un petit garçon heureux et insouciant. »*

**Père** « Aujourd'hui, je suis fier de mon fils : fier de son parcours, heureux de savoir qu'il a appris à se gérer, à s'organiser, ému de réaliser combien il se connaît à son âge. Il vient de décrocher un stage d'échange inter-universitaire à Montréal et entamera un doctorat par la suite. Cela signe le début d'une carrière de chercheur autant que le résultat d'un courageux parcours d'efforts. »

**Fils** « Toute ma vie, je vivrai avec des difficultés face à certains apprentissages. Je sais que parfois, j'ai besoin de bouger, de me



*changer les idées, que je dois me faire relire par d'autres. Mais je voudrais transmettre aux plus jeunes un message positif : lorsqu'on est motivé par quelque chose, on peut toujours y arriver et dépasser les moments de découragement. » ■*

# LA PRISE EN CHARGE DU TDA/H

LE TROUBLE DU DÉFICIT DE L'ATTENTION ET L'HYPERACTIVITÉ ÉVENTUELLEMENT ASSOCIÉE NE SONT PAS À PROPRIÉMENT PARLER « GUÉRISSABLES ». IL EXISTE CEPENDANT UNE MULTITUDE DE MOYENS QUI PERMETTENT D'EN ATTÉNUER LES SYMPTÔMES ET LA SOUFFRANCE CONSÉQUENTE AFIN DE MIEUX VIVRE AVEC CE TROUBLE.

TEXTE DOMINIQUE LEOTARD – ILLUSTRATION SARAH VANBELLE

## Un diagnostic précis et affiné est indispensable

Avant d'entamer tout traitement, il est nécessaire que le diagnostic précis de TDA/H soit établi. Il existe en effet d'autres causes ou maladies qui peuvent en mimer les manifestations. Ce diagnostic est exclusivement clinique et doit être posé par un médecin spécialiste (psychiatre, neuropsychiatre, pédiatre, neuropédiatre, ...) Parfois, on fait appel à des neuropsychologues, au médecin traitant, au témoignage de l'entourage et de l'école, pour affiner le diagnostic de ce trouble de fonctionnement au niveau du lobe préfrontal du cerveau.

## De plus en plus d'enfants traités ? Trop d'enfants traités ?

Ces dernières années, une meilleure compréhension du trouble a permis un diagnostic plus précis et, par conséquent, une prise en charge thérapeutique optimale. On estime aujourd'hui que 5% de la population souffre d'un trouble déficitaire de l'attention (TDA/H). D'autre part, bien qu'il ait une origine indéniablement héréditaire, le trouble peut être favorisé par des perturbations durant la grossesse ou l'accouchement. L'augmentation des enfants diagnostiqués est aussi explicable par une éducation moins cadrante qui permet aux symptômes de plus s'exprimer.



Interview avec  
Dr Catherine Gillain  
Médecin spécialiste en  
neuropsychiatrie et  
réadaptation fonctionnelle

## Une prise en charge multidisciplinaire

Commence alors le travail de toute une équipe qui va accompagner le patient TDA/H au fil du temps pour qu'il apprenne à se connaître et qu'il s'adapte au mieux à son trouble. Pour ce faire, on va proposer aussi bien des médicaments qu'un accompagnement psychologique et pratique.

- **Les médicaments:** Ils sont destinés à pallier au dysfonctionnement de la neurotransmission cérébrale. Leur durée d'utilisation varie selon les patients mais parfois, ils sont prescrits toute la vie. Aucun n'est cependant remboursé en Belgique après l'âge de 17 ans. Parmi ceux-ci, le méthylphénidate va faciliter l'attention et la gestion de l'impulsivité en améliorant la transmission dopaminergique, alors que l'atomoxétine va augmenter la vigilance et l'éveil en stimulant la transmission noradrénergique.
- **La mélatonine:** est destinée à recadrer le sommeil des patients TDA dont la sécrétion naturelle de cette hormone est trop tardive, provoquant insomnies d'endormissement, réveils matinaux difficiles et donc majoration des troubles de l'attention diurnes
- **Les médicaments des pathologies associées :** sont utilisés pour traiter les éventuelles pathologies concomitantes, présentes chez un patient adulte sur deux (antidépresseurs, modulateurs de l'humeur, parfois neuroleptiques, ...)
- **La psycho-éducation :** consiste en l'information d'une structure et l'apprentissage d'une méthode de fonctionnement adaptée au trouble présent. C'est le « coaching » du TDA/H
- **Les traitements de rééducation cognitive:** les troubles de l'apprentissage sont souvent conjoints et peuvent bénéficier de rééducation



tion par logopédie, psychomotricité, neuropsychologie, ...

- **L'accompagnement psychothérapeutique:** peut aider à l'acceptation du trouble, à contrôler l'anxiété, à une conscientisation de l'entourage (les parents, la fratrie, les professeurs, le conjoint, ...)
- **L'alimentation:** on conseille de limiter la consommation d'excitants (sucres rapides, alcool, café, colas...) et certaines études préconisent des suppléments en oméga-3.

## Une prise en charge efficace du TDA/H doit reposer sur la synergie de deux approches: des médicaments performants et une gestion du fonctionnement

Dans un premier temps, les médicaments associés à la psychoéducation permettent d'être plus réceptif à celle-ci. Ensuite, on adaptera, modulera, affinera ces différentes approches thérapeutiques selon l'évolution individuelle. ■



## SCLÉROSE EN PLAQUES

# LA SCLÉROSE EN PLAQUES, UNE AFFECTION INVALIDANTE

LA SCLÉROSE EN PLAQUES (SEP) EST UNE MALADIE NEUROLOGIQUE CHRONIQUE ET ÉVOLUTIVE, QUI TOUCHE LE SYSTÈME NERVEUX CENTRAL. IL S'AGIT D'UNE AFFECTION INVALIDANTE QUI TOUCHE FRÉQUEMMENT DES ADULTES JEUNES ; ENVIRON 12.000 PERSONNES SONT TOUCHÉES EN BELGIQUE.

TEXTE **DOMINIQUE LEOTARD**

Elle peut se manifester sous différentes formes (forme à poussées, forme progressive,...) mais on retrouve toujours les mêmes causes à ces problèmes de fonctionnement du système nerveux : une destruction (en plaques) de la gaine de myéline qui protège les neurones et une dégénérescence des neurones eux-mêmes. Ce circuit nerveux abîmé présente alors des déficiences dans la transmission de l'influx nerveux.

### Des conséquences multiples

Selon la zone et le type de neurones touchés par la maladie, celle-ci se manifestera de manières diverses. On retrouvera fréquemment des troubles sensitifs, moins de force

musculaire, une fatigue intense, des troubles de la vue, de la coordination, des tremblements et problèmes d'équilibre, des troubles urinaires,...tant de symptômes invalidants qui bouleversent la vie quotidienne des patients et de leur entourage.

**« Vivre avec la sclérose en plaques, c'est vivre accompagné d'un épuisement physique et psychologique permanent. »**

L'impact de la maladie sur la vie quotidienne des patients et de leur entourage est extrêmement variable en fonction de la sévérité des symptômes mais aussi de la personnalité du patient.

Le traitement (injections régulières) vient toujours rappeler la présence de la maladie et est parfois accompagné d'effets secondaires (syndrome grippal).

La fatigue et la moindre faculté de récupération empêchent la pratique de certaines activités. Certains patients devront adapter leur façon de s'habiller (pas de boutons ni de lacets) ou encore leur lieu de vie (pas d'escaliers par exemple). A l'extérieur ou sur son lieu de travail, le patient recherchera la proximité de toilettes. Certains devront éviter la chaleur, source de malaises (bains chauds, activité sportive intense,...) Parfois, les limites imposées par la présence de la maladie ont des répercussions sur le couple, sur les rapports avec les enfants. ■

### OBJECTIF FITNESS À LA CARTE

L'asbl BESEP propose aux patients atteints de sclérose en plaques un accompagnement personnalisé et une aide financière pour les inciter à la pratique d'une activité physique régulière et adaptée à leur pathologie.

En pratique, les patients, recommandés par leur neurologue, s'adressent au BESEP qui les oriente vers une salle de sports où ils pourront pratiquer, sous la houlette d'un coach particulier, un programme adapté aux limites physiques de chacun. L'association travaille sur l'ensemble du territoire francophone. [www.besep.be](http://www.besep.be)



Interview avec  
Dr Régine Reznik  
Neurologue, Centre  
de Neurologie et de  
Réadaptation  
Fonctionnelle à  
Fraiture-en-Condroz

### PUBLICITÉ

LE GUIDE BELGE DU PATIENT

## Comprendre et traiter La sclérose en plaques



DES EXPLICATIONS CLAIRES,  
DES INFORMATIONS PRATIQUES

**VIVIO**

Qu'est-ce que la sclérose en plaques ?  
Quels en sont les différents symptômes et les causes de la maladie ?  
Comment adapter son mode de vie lorsqu'on souffre de sclérose en plaques ?  
Quels en sont les traitements ?

Conçu comme un guide pratique, cette brochure est destinée aux personnes qui veulent en savoir plus sur la sclérose en plaques.

Vous désirez un exemplaire ?  
A commander via e-mail :  
[els.steenos@sanofi-aventis.com](mailto:els.steenos@sanofi-aventis.com)

Avec le soutien de



### LIGUE NATIONALE BELGE DE LA SCLÉROSE EN PLAQUES

L'information est la demande la plus fréquemment adressée à la Ligue.

La revue trimestrielle « La Clef » a pour objectifs de créer des liens, informer et nourrir la réflexion.

A travers toute la Wallonie et à Bruxelles, des activités variées sont organisées.

Ce sont autant d'occasions de rencontres, d'ouverture au monde, de partage, de divertissement, ...

INFO : [www.ms-sep.be](http://www.ms-sep.be)





# IMPORTANCE DU DIAGNOSTIC PRÉCOCE DE LA SEP

LE DÉLAI QUI S'ÉCOULE ENTRE LES PREMIERS SYMPTÔMES ET LE DIAGNOSTIC DE SEP VARIE DE QUELQUES MOIS À QUELQUES ANNÉES. PLUS LES SYMPTÔMES SONT DISCRETS, PLUS LE RISQUE DE SOUS-DIAGNOSTIC EST ÉLEVÉ. PLUS TÔT UN NEUROLOGUE ÉTABLIT LE DIAGNOSTIC, PLUS VITE IL PEUT INSTAURER UN TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX. L'ATTITUDE ATTENTISTE EST DÉSORMAIS HORS DE QUESTION.

La sclérose en plaques (SEP) se caractérise par des poussées inflammatoires récurrentes dans différentes régions du cerveau et de la moelle épinière, provoquant des symptômes de défaillance neurologique (p. ex. défaillance du nerf optique). Le diagnostic ne pourra être posé qu'après avoir observé deux poussées survenant dans deux sites différents et séparées d'un intervalle d'au moins un mois. Les radiologues peuvent détecter les lésions par imagerie médicale.

## Détérioration progressive de la mobilité et des facultés cognitives

La SEP, une maladie auto-immune chronique, se manifeste généralement sous 2 phases/formes. La première phase se caractérise par l'apparition soudaine de poussées. En l'absence de traitement, la fréquence moyenne des poussées est de moins de une poussée par an, mais elle peut se révéler très variable. Entre les poussées, le patient n'observe aucune aggravation de sa maladie. Au bout de 10 à 15 ans en moyenne, le nombre de poussées diminue, mais l'état du patient commence progressivement à se détériorer (= forme progressive). « Les patients ne doivent pas attendre l'apparition de limitations fonctionnelles. Une défaillance qui persiste au moins 24 à 48 heures impose une consultation médicale. Les informations figurant dans le dossier médical du patient peuvent, au fil

du temps, s'avérer essentielles pour l'établissement d'un diagnostic futur », explique le Dr Danny Decoo.

## Le nombre de poussées peut varier fortement, grâce à l'amélioration des traitements

Les traitements contre la sclérose en plaques existent depuis les années 90. L'injection de médicaments peut atténuer la progression de la maladie et diminuer de 30 % en moyenne le nombre de poussées. Selon le Dr Decoo, les études ont montré qu'un traitement précoce a un effet favorable sur la fonctionnalité et sur l'augmentation du degré d'invalidité. « Rien ne sert d'attendre une évolution défavorable. Si l'on attend 2 ans avant d'administrer un médicament, il sera à jamais impossible d'obtenir le bénéfice que l'on aurait obtenu avec un traitement immédiat. On ne pourra plus jamais annuler l'effet de ces lésions ». Les neurologues espèrent que l'utilisation prolongée de médicaments permettra à la plupart des patients SEP de n'atteindre la phase la plus

invalidante qu'à un âge avancé. « Nous espérons pouvoir déplacer la forme la plus invalidante de la maladie vers un âge exclusivement avancé, ou, idéalement, prévenir son apparition », conclut le Dr Decoo. ■



Interview avec  
Dr Danny Decoo  
Neurologue AZ Alma  
à Sijsele-Damme

## PUBLICITÉ

**sanofi aventis**  
L'essentiel c'est la santé.

sanofi-aventis est un leader mondial et diversifié de la santé centré sur les besoins des patients

TEXTE JOHAN WAELKENS

## Il est important d'identifier les symptômes de la SEP en temps opportun

Les inflammations et les lésions nerveuses associées à la SEP touchent le système nerveux central (cerveau et moelle épinière).

Tous les membres et organes qui présentent une innervation provenant du cerveau et de la moelle épinière peuvent donc recevoir des signaux perturbés. Il en résulte un large éventail de troubles neurologiques subtils à très sévères :

- troubles de la sensibilité,
- perte visuelle partielle ou complète,
- troubles allant d'une force réduite à une paralysie d'un ou de plusieurs membres,
- perturbation des réflexes,
- diminution de la souplesse lors de la marche, allant jusqu'à une perte d'équilibre,
- troubles de la fonction intestinale (constipation),
- troubles de la fonction vésicale (incontinence), ...

Par ailleurs, des troubles cognitifs sont également possibles (altération de la mémoire et diminution de la faculté de concentration, troubles du traitement d'informations). La fatigue associée à la SEP oblige parfois un patient à ne plus travailler qu'à temps partiel ou même à arrêter ses activités. Toutefois, tous les patients SEP ne deviendront pas dépendants d'un fauteuil roulant.

# ÉPILEPSIE : UN COURT-CIRCUIT ÉLECTRIQUE DANS LE CERVEAU

ON ESTIME QUE 60 000 À 100 000 BELGES SOUFFRENT D'ÉPILEPSIE.

PAR AILLEURS, 5 À 10 % DE LA POPULATION DÉVELOPPERÀ UNE CRISE D'ÉPILEPSIE AU COURS DE SA VIE.



TEXTE JOHAN WAELKENS – ILLUSTRATION SARAH VANBELLE

Selon le Pr Paul Boon, une personne souffre d'épilepsie lorsqu'elle a subi deux crises d'épilepsie ou plus. Une crise d'épilepsie se caractérise par une modification soudaine soit de la conscience, soit du comportement et/ou des émotions. Ces comportements étranges peuvent durer quelques secondes à quelques minutes.

Ils résultent d'un trouble électrique survenant à la surface du cerveau, dans le cortex cérébral.

## Natures différentes des crises d'épilepsie

On distingue 2 catégories principales de crises d'épilepsie : la crise généralisée et la crise partielle. Les crises généralisées touchent la totalité du cortex cérébral (les deux hémisphères cérébraux). Les absences, qui se manifestent essentiellement chez les jeunes enfants (de 4 à 7 ans) constituent une forme subtile de crises généralisées. Ils commencent par

cligner des yeux, avant de fixer un point dans le vide. Ce comportement peut se répéter des dizaines de fois par jour ; en l'absence de traitement, il peut conduire à des troubles graves de l'apprentissage.

Dans les crises partielles, le court-circuit survient dans une zone limitée du cerveau, à savoir dans un seul hémisphère. Lorsque la conduction électrique anormale affectant une seule zone se propage après quelque temps aux autres régions du cerveau, on parle de crise généralisée 'secondaire'.

Les neurologues opèrent aussi une distinction entre les crises partielles 'complexes', caractérisées par une perte de contrôle du comportement et de la conscience, et les crises partielles 'simples', lors desquelles le patient est relativement conscient de son changement brusque de comportement (p. ex. contractions incontrôlées de l'avant-bras).

## Relation de confiance médecin-patient

Le Pr Boon souligne l'importance d'une communication ouverte. « Le diagnostic repose sur les informations correctes communiquées par un patient au neurologue lors d'un entretien approfondi. » Des réponses



Interview avec  
Pr Paul Boon  
Chef du Département  
Neurologie de UZ Gent  
et Président de La Ligue  
Belge et Vlaamse Liga  
tegen Epilepsie

honnêtes à quelques questions précises peuvent faire suspecter une épilepsie. Ne reste ensuite qu'à effectuer certains examens techniques (p. ex. scanographie cérébrale) pour exclure ou confirmer le diagnostic d'épilepsie.

Les neurologues ne savent cependant toujours pas pourquoi le cerveau développe des caractéristiques épileptiques. Les recherches menées notamment par le laboratoire expérimental du Pr Boon à l'Université de Gand visent à répondre à cette question.

« Nous pensons que la cause pourrait être un coup porté au cerveau lors d'un accident de la route, d'une affection ou d'un traumatisme cérébral, qui serait suivi d'une période pendant laquelle rien ne se passe, en apparence. Au bout de quelque temps – quelques semaines, mois ou années – un court-circuit se produit brusquement. Si nous parvenons à savoir ce qui se passe exactement pendant cette période, il y a beaucoup de chances que nous puissions prévenir le développement de l'épilepsie à l'avenir. »

### Un traitement axé sur la réduction ou l'arrêt des crises

Les médicaments antiépileptiques actuels visent à arrêter ou à réduire substantiellement les crises. Ces médicaments rétablissent l'équilibre entre les substances qui transmettent les impulsions électriques entre les neurones (= neurotransmetteurs), ou encore normalisent la conduction électrique en agis-

sant sur les canaux ioniques des cellules cérébrales. Résultat : 70 % des patients épileptiques ne présentent plus de crises ou ne sont quasi plus gênés par les crises éventuelles.

Les chercheurs s'efforcent aujourd'hui de trouver un moyen pour éviter la survenue de crise chez les 30 % des patients restants. Les compagnies pharmaceutiques belges (p. ex. UCB) participent très activement à la recherche en matière d'épilepsie. Au cours de

la dernière décennie, on a développé autant de médicaments qu'au cours des 70 dernières années. « Chaque nouveau médicament permet d'augmenter le nombre de personnes épileptiques exemptes de crises. Les patients qui présentent malgré tout des récurrences peuvent au final avoir recours à des techniques chirurgicales, à la mise en place d'un stimulateur cérébral ou à l'implantation d'électrodes dans les structures cérébrales profondes », conclut le Pr Boon. ■

## DES IDÉES REÇUES QUI ONT LA VIE DURE

### ■ L'épilepsie est toujours héréditaire

Faux.

### ■ L'épilepsie se développe spontanément

Faux. L'épilepsie n'est pas toujours une maladie bénigne, et peut s'aggraver progressivement en l'absence de traitement.

### ■ Un patient épileptique ne peut jamais conduire de voiture

Faux. Lorsque le patient n'a pas eu de crise pendant 1 an, il peut conduire à condition d'avoir un certificat médical.

### ■ Les images en 3D provoquent des crises

Faux. Seuls les éclairs (boîtes de nuit) et les images alternant rapidement peuvent éventuellement provoquer des crises chez les personnes sensibles.

## La Ligue francophone belge contre l'Epilepsie : tous ensemble au service du bien-être des patients

La ligue francophone belge contre l'épilepsie est une asbl composée principalement de neurologues et d'assistants sociaux, impliqués dans la prise en charge des patients atteints d'épilepsie. Nous avons rencontré son président actuel, le Dr Ossemann.

La Ligue contre l'épilepsie poursuit deux grands axes d'actions :

- Un axe scientifique, de sensibilisation et d'information médicale continue, afin de promouvoir la recherche et l'échange de savoirs.
- La diffusion d'informations sur les divers aspects de l'épilepsie, l'organisation et la coordination de services d'aide psychosociale, des activités de prévention, destinés aux patients concernés, parents, famille, personnel soignant, institutions paramédicales, enseignants, étudiants....

« Il ne faut jamais hésiter à nous contacter »

« La ligue dispose d'un grand nombre d'outils d'information et d'aide généraux mais elle répond également volontiers aux demandes spécifiques. » explique le Dr Ossemann.

Elle propose par exemple:

- Un accompagnement dans une orientation scolaire, professionnelle... et dans la vie de tous les jours
- Un soutien social et psychologique
- Une aide dans les démarches administratives
- L'organisation de conférences-débats et de groupes de parole
- La publication de brochures, dépliants, affiches, articles sur l'épilepsie
- Un site Internet : [www.ligueepilepsie.be](http://www.ligueepilepsie.be)

## Face à une crise d'épilepsie : que faire ?

- **Ne pas paniquer !** La plupart des crises ne sont pas graves et s'arrêtent d'elles-mêmes rapidement, après 1 à 2 minutes.
- Il faut veiller à ce que la personne **ne se blesse pas**. Après la crise, la rassurer pendant qu'elle se repose et émerge progressivement.
- Si un élément paraît suspect ( blessure, absence de retour à la conscience,...), **appeler les secours (112)**
- Il n'est **pas possible d'avaler sa langue** pendant une crise d'épilepsie ! C'est une idée reçue.

## En cas de crise d'épilepsie :

### A FAIRE

- Rester calme et appeler les secours si besoin
- Protéger la personne de blessures éventuelles : écarter les objets dangereux
- Allonger la personne en position latérale de sécurité
- S'assurer que la personne respire sans difficultés.
- Rester avec la personne jusqu'à la fin de la crise et la reconforter

### A NE PAS FAIRE

- Ne pas mettre d'objet, ni la main dans sa bouche
- Ne pas abandonner la personne sitôt la crise convulsive passée

TEXTE DOMINIQUE LEOTARD – INTERVIEW AVEC DR. OSSEMANN



# VIVRE AU JOUR LE JOUR AVEC SON ÉPILEPSIE

DEPUIS LA NUIT DES TEMPS, L'ÉPILEPSIE FAIT PEUR. QUEL QUE SOIT SON NIVEAU DE GRAVITÉ, LES PERSONNES MALADES SUBISSENT LE REGARD STIGMATISANT DE LA SOCIÉTÉ TOUT EN DEVANT ASSUMER DANS LA VIE DE TOUS LES JOURS LES PROBLÈMES POSÉS PAR LEUR PATHOLOGIE.

TEXTE DOMINIQUE LEOTARD

« Les retombées de l'épilepsie sont médicales, psychologiques et sociales. » explique le Dr Michel Ossemann. « Ces 3 aspects doivent être pris en compte par les équipes soignantes lors de la prise en charge d'un patient épileptique »

## La période scolaire : éviter les dangers et annoncer la couleur

Une fois un traitement médical mis en place, la plupart des enfants peuvent poursuivre une scolarité normale mais devront toujours veiller à éviter les sources de danger s'ils venaient à faire une crise. La pratique du sport par exemple est conseillée mais on nagera sous surveillance particulière et on évitera les sports dangereux (escalade, ..) D'autre part, il est conseillé de toujours prévenir les personnes sous qui on place la responsabilité de ces enfants : enseignants, moniteurs de stages, chefs scouts,...

## Avec l'adolescence viennent les choix de vie

Le choix d'une orientation professionnelle est crucial en cas d'épilepsie. C'est qu'il ne faudra pas se mettre en danger, ni les autres... Difficile d'imaginer devenir chauffeur de bus scolaire ou coureur !

Une discussion approfondie avec l'équipe soignante est indispensable afin d'anticiper toute déception ultérieure.

De même, la conduite d'un véhicule (vélo, scooter ou voiture plus tard) sera envisagée avec son médecin.

Il existe une législation stricte au niveau du permis de conduire en cas d'épilepsie. Les jeunes patients apprendront progressivement à s'approprier leur maladie, à la gérer. Ils éviteront les facteurs favorisants (alcool, cannabis, manque de sommeil,...)

## Toute sa vie, il faudra vivre avec

Non seulement tous les grands choix de vie (maternité, loisirs, profession,...) seront influencés par la gestion de sa maladie mais il faudra dépasser le stade de « maladie honteuse ». En parler avec son entourage, sa famille, ses collègues devrait permettre d'éviter de tristes perceptions. On a moins peur de ce qu'on connaît ! ■



Interview avec  
Dr Michel Ossemann,  
Neurologue et  
Chef de Clinique des  
Cliniques universitaires  
UCL Mont Godinne

PUBLICITÉ

En apprendre plus sur l'...  
En savoir plus sur l'...  
Vivre mieux avec l'...

# ÉPILEPSIE

Visitez notre **nouveau site web**

[www.ucb-ioe.be](http://www.ucb-ioe.be)

Demandez **GRATUITEMENT** votre brochure,  
votre calendrier de crise ou votre livret  
de consultation.



**THE UCB INSTITUTE  
OF EPILEPSY**



# LA SCHIZOPHRÉNIE, L'EXPÉRIENCE D'UNE RÉALITÉ PERTURBÉE

LA SCHIZOPHRÉNIE EST UN TROUBLE PSYCHIQUE GRAVE, QUI TOUCHE LÉGÈREMENT PLUS LES HOMMES QUE LES FEMMES. LE PREMIER ÉPISODE PSYCHOTIQUE SURVIENT GÉNÉRALEMENT ENTRE 16 ET 25 ANS. LA SCHIZOPHRÉNIE PEUT ÉGALEMENT APPARAÎTRE À UN ÂGE PLUS TARDIF, MAIS CELA RESTE EXCEPTIONNEL.



TEXTE JOHAN WAELKENS – ILLUSTRATION SARAH VANBELLE

Selon le Pr Jozef Peuskens, au moins 30 000 à 50 000 Belges souffrent de schizophrénie. Un psychiatre ne peut établir le diagnostic que lorsqu'une personne a déjà connu un épisode (crise) psychotique et que son fonctionnement a été altéré pendant au moins 6 mois. Un épisode (crise) psychotique correspond à un trouble sévère du fonctionnement cérébral, caractérisé par une perturbation des perceptions et des interactions avec l'environnement. Le résultat est que le patient vit une réalité perturbée (par rapport à lui-même et à l'environnement).

## Caractéristiques de la schizophrénie

Juste au moment où de jeunes adultes vulnérables achèvent leurs études, entament une relation, entrent en contact avec leur premier environnement professionnel et développent leur autonomie, ils peuvent être confrontés à des difficultés graves. Selon le Pr Peuskens, un premier épisode est généralement précédé de signes d'isolement social, de troubles de l'humeur, d'une diminution des facultés de con-

centrations, d'expériences/convictions étranges (p. ex. impression de recevoir des ordres), etc. « Ces modifications, qui s'intensifient graduellement, persistent parfois 1 à 2 ans avant qu'une aide médicale ne soit sollicitée. On pourrait penser qu'à mesure que les symptômes s'aggravent, le patient réalise de façon croissante qu'il est gravement malade, mais ce n'est malheureusement pas le cas.

Une personne atteinte de schizophrénie subit un premier épisode sans en être consciente, car la situation a évolué progressivement. L'entourage parle de souffrances liées à la croissance ou d'une crise d'adolescence, alors que le problème est nettement plus complexe. Il arrive qu'il faille attendre un incident majeur (p. ex. une télé fracassée en raison de soi-disant rayonnements) pour que le patient soit hospitalisé – généralement contre son gré ».

## Troubles sensoriels et troubles cognitifs

De nombreux symptômes sont associés à la schizophrénie ; les troubles sensoriels et les

troubles cognitifs (= symptômes positifs) sont les plus frappants, en plus des déficits fonctionnels (= symptômes négatifs).

Les patients présentent des expériences sensorielles étranges en l'absence de stimulus externe, p. ex. ils sentent des odeurs et voient des couleurs étranges et entendent des voix (= hallucinations). Un schizophrène entend la voix d'une personne qui n'est pas présente dans la réalité extérieure. De même, il goûte du poison alors qu'il n'a aucune substance (toxique) en bouche, etc.

Les troubles cognitifs se manifestent sous la forme d'idées délirantes. Il s'agit de conceptions erronées de la réalité, qui ne sont pas liées à la culture et ne peuvent pas être corrigées par la réflexion.

Les schizophrènes ont l'impression que leurs pensées peuvent être entendues par les autres, qu'ils peuvent lire ou influencer les pensées d'autrui, que les autres leur font du tort, les poursuivent et/ou les menacent, etc.

## Causes de la schizophrénie

Selon le Pr Peuskens, la schizophrénie résulte d'une anomalie structurelle et fonctionnelle du cerveau. Ce développement différent du cerveau et cette organisation différente de l'activité cérébrale sont partiellement déterminés par des facteurs génétiques. La schizophrénie est un trouble dont l'origine résulte en partie d'une prédisposition (génétique). Par ailleurs, la présence d'éléments perturbant le développement cérébral primaire des fœtus et des nouveau-nés (p. ex. incidents durant la grossesse) constitue aussi un fac-

teur de risque pour le développement de la schizophrénie à un âge ultérieur. Au cours de l'adolescence, les structures cérébrales continuent à se développer et la pression psychosociale est nettement plus forte, car cette période correspond au début de la vie en tant qu'adulte autonome. La vulnérabilité (biologique) au stress et aux stimuli externes est extrêmement caractéristique. En cas de pression trop forte, le patient ne pourra plus fonctionner de manière appropriée. Il est important que l'entourage tienne compte des possibilités et des limites du patient. ■



Interview avec  
Pr Jozef Peuskens  
Neuropsychiatre  
Universitair Psychiatrisch  
centrum Sint-Jozef à  
Kortenberg

## En finir avec certains mythes

### ■ Les schizophrènes ont une double personnalité

**FAUX.** On parlera plutôt d'une désorganisation du fonctionnement psychique. Lors d'épisodes psychotiques, les schizophrènes sont incapables d'avoir des sensations et des pensées raisonnables et structurées.

### ■ Les schizophrènes sont extrêmement violents

**FAUX.** Au moment d'un épisode psychotique, les schizophrènes peuvent p. ex. se sentir très anxieux ou éventuellement présenter des réactions violentes, en raison de leurs perceptions erronées. Dans l'intervalle qui sépare les épisodes, les schizophrènes ne sont pas plus violents que d'autres personnes.

# POUR UN TRAITEMENT OPTIMAL DE LA SCHIZOPHRÉNIE

LES MÉDECINS SONT EN MESURE D'AIDER LES PERSONNES ATTEINTES DE MALADIES MENTALES À BIEN FONCTIONNER DANS NOTRE SOCIÉTÉ. IL EST ESSENTIEL QUE CHAQUE PERSONNE ATTEINTE DE SCHIZOPHRÉNIE COMPRENNE SA MALADIE ET CONNAISSE SES POSSIBILITÉS ET SES LIMITES PERSONNELLES. L'ENTOURAGE PROCHE (S'IL EST BIEN INFORMÉ) PEUT ÉGALEMENT APPORTER UNE AIDE, EN VEILLANT À ÉVITER TOUT STIMULUS INUTILE. NOTONS QUE DES ATTENTES TROP ÉLEVÉES AUGMENTENT LE RISQUE D'UN NOUVEL ÉPISODE PSYCHOTIQUE.

TEXTE JOHAN WAELEKENS

La réintégration au sein de la société nécessite un soutien psychologique et psychosocial ainsi que l'apprentissage de la gestion de situations stressantes.

Selon le Pr Jozef Peuskens, la pierre angulaire du traitement est l'administration d'agents antipsychotiques. « L'objectif consiste à inhiber le composant biologique, à savoir l'activité excessive de la dopamine dans le cerveau. Les médicaments réduisent cette hyperactivité – la cause des hallucinations et des idées délirantes – et empêchent en outre l'apparition de nouveaux épisodes psychotiques ». Cela permet au patient schizophrène de maîtriser à nouveau sa personne et son environnement, sans que sa vulnérabilité ne disparaisse toutefois complètement. Dans le cadre de l'approche bio-psycho-sociale, les soignants veilleront toujours à faire concorder parfaitement les trois composants. Les médicaments et traitements actuels permettent à 60 à 70 % des patients de fonctionner sans symptôme gênant après un premier épisode.

## Utilisation prolongée de médicaments d'entretien

Du fait du manque ou de l'absence de compréhension de la gravité de sa maladie, il n'est pas toujours évident de convaincre le patient schizophrène de l'utilité de médicaments. Une fois le patient convaincu de leur nécessité, il est essentiel qu'il prenne un médicament d'entretien quotidiennement, ce qui pose un

**« LE RISQUE DE RECHUTE DANS UN DÉLAI DE 1 AN EST DE 80 % APRÈS L'ARRÊT DE LA MÉDICATION. »**

problème pour toutes les maladies chroniques. « Lorsque les symptômes ont disparu, il existe un risque élevé que le patient prenne son médicament de façon moins rigoureuse, sans toutefois en informer son médecin. »

Après l'arrêt du médicament, le risque de rechute dans l'année s'élève à 80 %. Si le

patient n'adhère pas à son traitement de manière stricte, il s'expose à un risque de nouvel épisode psychotique, souvent plus grave que le précédent. » Le problème de la non-adhérence (partielle) au traitement peut être pallié par le médecin par l'injection mensuelle ou bimensuelle du médicament (dans la fesse ou le bras) – administré ainsi, le médicament agit plus longtemps qu'en cas de prise orale. Si le patient ne se présente pas au rendez-vous, le médecin pourra se faire une bien meilleure idée de l'observance thérapeutique et pourra surveiller le

traitement de façon plus précise. En outre, la présence de concentrations sanguines constantes offre une protection plus sûre et plus efficace contre de nouveaux épisodes. L'utilisation à long terme des 'antipsychotiques atypiques' requiert un suivi rigoureux du poids corporel et un contrôle régulier du taux de sucre et de graisse dans le sang. ■



# SIMILES OFFRE DES PERSPECTIVES AUX FAMILLES

LA RELATION PATIENT-SOIGNANT EST AU CENTRE DES SOINS DE SANTÉ MENTALE. TOUTEFOIS, AUTOUR DE LA MALADIE MENTALE GRAVITE SOUVENT UNE FAMILLE ENTIÈRE, AUSSI DÉSEMPARÉE QUE LE PATIENT LUI-MÊME. LES MEMBRES DE LA FAMILLE QUI ONT PERDU ESPOIR ONT ÉGALEMENT BESOIN D'INFORMATION ET DE SOUTIEN.

TEXTE JOHAN WAELEKENS

Similes est une association d'aide aux familles et amis de personnes atteintes de troubles psychiques, explique Mieke Craeymeersch. Elle trouve son origine dans le mouvement de démocratisation apparu à la fin des années 1960, lorsque la société a exprimé le souhait de modifier et d'humaniser la psychiatrie.

## Rectifier les attentes

Similes accueille tant les partenaires, les parents que les frères et sœurs de personnes présentant un trouble mental modéré à sévère (dont la schizophrénie). Des personnes confrontées à une même problématique s'aident mutuellement à accepter et à gérer le diagnostic. Comment aborder une maladie mentale, quelle place lui donner au sein de la famille, comment rectifier les attentes d'un parent dont le fils ou la fille était initialement destiné à un avenir prometteur ? L'irruption

d'une affection mentale modérée à sévère bouleverse la vie de famille. Sa révélation fait l'effet d'une bombe, comparable à ce que ressent un patient apprenant qu'il est atteint d'un cancer potentiellement mortel. Il est nettement plus difficile, selon Mieke Craeymeersch, de comprendre une maladie mentale qu'une maladie physique. « Les gens ont du mal à s'en faire une idée correcte, ce qui les fait tomber dans les préjugés. Nombre de personnes pensent, à tort, que les patients souffrant de maladies mentales sont des « tire-au-flanc ». Une de nos missions consiste à rectifier les idées associées aux maladies mentales et aux soins de santé mentale en général. »

## Rompre l'isolement social

Des groupes de bénévoles sont actifs à l'échelon national. A intervalles réguliers, ils organisent des activités auxquelles participent les membres des familles de personnes souffrant de maladies mentales. Les symptômes des maladies mentales sont certes différents, mais leur effet sur la famille est similaire. Toutes ces histoires suivent un même fil rouge. « De nombreuses personnes éprouvent des sentiments de honte, de culpabilité et d'anxiété vis-à-vis de l'avenir. L'objectif est de rompre leur isolement social. » Des activités d'information figurent également au programme. « Obtenir des informations constitue souvent la première



Interview avec  
Mieke Craeymeersch  
Directeur Similes

*Similes*  
Vous n'êtes pas seul

**Le mardi 1 JUN 2010  
de 18h à 20h,  
Similes Bruxelles asbl  
organise une conférence:  
« L'administration  
provisoire de biens »**

Regards croisés du Juge de paix et de l'administrateur sur les rapports entre administré et administrateur.

**LIEU** Auberge de Jeunesse J. Brel –  
Rue de la Sablonnière 30 - 1000 Bruxelles

**INFOS ET INSCRIPTIONS** 02/511 99 99 –  
02/511 06 19

**P.A.F.** 5€/personne – 3€/étudiant (à payer sur place)

étape qui permet de reprendre sa vie en main, de comprendre qu'une maladie mentale se traite comme une autre maladie, » conclut Mieke Craeymeersch.

Pour plus d'information,  
consultez [www.similes.be](http://www.similes.be)

PUBLICITÉ



**JANSSEN-CILAG** N.V./S.A.



# DES PATIENTS AVEC DES HAUTS ET DES BAS

LES TROUBLES BIPOLAIRES SONT UNE AFFECTION QUI N'EST PAS TRÈS FRÉQUENTE, MAIS QUI EST CEPENDANT LOIN D'ÊTRE EXCEPTIONNELLE ET QUI RESTE PARFOIS DIFFICILE À DIAGNOSTIQUER. UN TOUR D'HORIZON CONCERNANT CETTE PATHOLOGIE AVEC LE PR KURT AUDENAERT (HÔPITAL UNIVERSITAIRE DE GAND), QUI NOUS EN DÉVOILE LES TENANTS ET LES ABOUTISSANTS.

TEXTE MAURICE EINHORN – ILLUSTRATION SARAH VANBELLE

### Toutes les dépressions ne sont pas les mêmes

Dans les troubles de l'humeur, on distingue en fait deux grands groupes, les troubles dépressifs et les troubles bipolaires. Les patients souffrant de troubles dépressifs présentent des épisodes dépressifs uniquement, tandis que ceux qui ont des troubles bipolaires présentent des épisodes dépressifs, eux aussi, mais également des phases où ils se sentent finalement trop bien, ont beaucoup d'énergie, dorment trop peu, ont trop d'activités. Lorsque ces épisodes sont très intenses et durent longtemps on parle de manie, lorsqu'ils ont une intensité plus basse on parle d'hypomanie. En général ces épisodes-là sont moins fréquents que les épisodes dépressifs chez les patients ayant des troubles bipolaires. En réalité on a deux grands types de troubles bipolaires, les troubles de type 1, avec environ 1 épisode de manie pour 4 épisodes dépressifs, tandis que dans les troubles de type 2 on a 1 épisode d'hypomanie pour plus de 30 épisodes

dépressifs. En pratique, on constate donc que le temps passé en dépression est bien plus important que celui en manie.

Dans notre population, quelque 15% des gens (et 20% chez les femmes) ont, au moins une fois dans leur vie, un épisode dépressif, tandis qu'entre 3 et 4% ont des troubles bipolaires, si l'on respecte strictement la définition de cette dernière affection. Naguère on parlait de psychose pour les troubles bipolaires, mais cette conception a été revue, même si l'on peut parfois avoir certains épisodes psychotiques durant un épisode (notamment idées délirantes de culpabilité).

Le développement et les cycles d'hypomanie, de manie et d'épisodes dépressifs se produisent généralement après des semaines voire des mois, avec des périodes dans lesquelles le patient est même indemne de tout symptôme. Mais parfois épisodes d'humeur se suivent rapidement. Dans ce cas on parle d'un schéma de cycles rapides.

### Le concept de cycles rapides

Selon la définition de l'Association psychiatrique américaine, on parle de « cycles rapides » lorsqu'une personne éprouve au moins quatre changements dans l'humeur ou épisodes sur une période de 12 mois. Ce serait le cas de 5 à 15% des personnes présentant des troubles bipolaires.

### Une maladie qui apparaît assez tôt à l'âge adulte

Dans le cas de troubles bipolaires, le premier épisode survient en général plus tôt dans la vie (âge moyen de 22 ans) que dans le cas de troubles (unipolaires) dépressifs. Survenant de façon assez égale entre hommes et femmes, il sera aussi beaucoup moins lié à des incidents négatifs survenus au cours de l'existence du patient. Même s'il existe un certain caractère héréditaire pour les troubles dépressifs, ce caractère est nettement plus marqué pour les troubles bipolaires, qui sur-

viennent souvent de façon familiale. La transmission héréditaire est cependant dite multifactorielle, car on n'a pas pu, contrairement à ce que d'aucuns avaient espéré, mettre en évidence le gène des troubles bipolaires. Si on peut dans une certaine mesure faire de la prévention des troubles de l'humeur, notamment en adoptant un mode de vie adéquat, il n'existe aucun mode de prévention spécifique des troubles bipolaires.

## Le diagnostic de trouble bipolaire n'est pas toujours simple à poser

Lorsque l'on voit un patient durant un épisode dépressif, on peut d'emblée confirmer celui-ci, mais si on interroge le patient et qu'il s'avère à travers cet entretien ou sur base du dossier médical, qu'il y a déjà eu dans le passé des épisodes de manie ou d'hypomanie, on peut conclure au trouble bipolaire. La façon dont la dépression elle-même se présente est en effet la même que pour des troubles dépressifs simples (unipolaires). D'autre part ces épisodes dépressifs proviennent souvent de façon plus fréquente, tandis que le caractère familial du problème doit aussi attirer l'attention.

## Le rôle que la famille a à jouer est important

Il est important, pour commencer, que l'entourage soit au courant du diagnostic. La psychoéducation, importante pour le patient lui-même, l'est tout autant pour ses familiers. Ceux-ci doivent reconnaître les signes de la maladie, réaliser leur importance, apprendre à les percevoir assez tôt, accep-

ter notamment les changements de comportement du patient comme des signes de son affection. L'entourage a évidemment également un rôle essentiel pour convaincre le patient de prendre sa médication pendant un temps prolongé, voire à vie.

## (Se) poser des questions pour tenter de cerner des épisodes de manie ou d'hypomanie

Il est important pour le médecin traitant qui est amené à voir ce type de patient de poser des questions concernant d'éventuels épisodes de manie ou d'hypomanie, question que le patient lui-même peut aussi se poser pour en parler d'emblée au médecin.

Il existe d'ailleurs divers types de questionnaires destinés à mieux cerner les problèmes, comme le Mood Disorder Questionnaire (MDQ).

Certains symptômes doivent un peu faire fonction de signal d'alarme ; problèmes de sommeil inhabituels, perte d'énergie, activité réduite, ... Une efficacité très rapide (moins de 15 jours) d'un médicament antidépresseur est aussi, apparemment paradoxalement, un signe important, indiquant qu'il y a fluctuation de l'humeur liée à la maladie elle-même plutôt qu'au traitement. Une rechute rapide sous traitement peut aussi pointer dans ce sens.

Le médecin traitant devrait en principe recourir à l'aide du psychiatre s'il n'arrive pas à résoudre le problème avec son traitement initial. Le psychiatre est par ailleurs souvent consulté par des généralistes qui souhaiteraient obtenir une confirmation de leur propre diagnostic. Il y a aussi les cas où la légi-

slation Inami exige que ce soit un psychiatre qui prescrive pour la première fois tel ou tel médicament.

## Les médicaments indispensables

Pour ce qui concerne le traitement, le rôle de la psychothérapie est plus limité que dans le cas de troubles dépressifs (unipolaires), notamment du fait du rôle important des facteurs génétiques, bien plus que du vécu du patient. Pendant les épisodes dépressifs mêmes, le patient aura cependant tendance à oublier ces épisodes où il se sentait en quelque sorte trop bien. Il est d'une importance cruciale d'interroger le patient au sujet de l'existence d'autres cas dans sa famille.

Le traitement médicamenteux, en réalité indispensable (faute de quoi, les rechutes seront nombreuses), sera basé pour les phases de manie sur des produits à effet calmant, dont le lithium, les nouveaux antipsychotiques, les antiépileptiques. Pour les épisodes dépressifs on ne recourt pas aux antidépresseurs, mais notamment aux «antipsychotiques atypiques». Une fois le patient stabilisé on donne en général le même traitement, mais à des doses moins élevées. ■



PUBLICITÉ

**AstraZeneca**  
life inspiring ideas



## DÉPENDANCES

# LE LOURD TRIBUT PAYÉ PAR L'USAGER DE DROGUES PAR VOIE INTRAVEINEUSE : L'HÉPATITE C

LE VIRUS DE L'HÉPATITE C TOUCHE LES PERSONNES QUI S'INJECTENT DES DROGUES EN FAISANT FI DES RÈGLES D'HYGIÈNE ÉLÉMENTAIRES. LE VIRUS PEUT TOUTEFOIS ÊTRE DÉTECTÉ DANS LE SANG ET SON TRAITEMENT EST RELATIVEMENT EFFICACE, MÊME CHEZ LES TOXICOMANES.

TEXTE AN SWERTS

Après la Seconde Guerre mondiale, l'usage de drogues dans les pays occidentaux a augmenté à un rythme effréné. Le nombre de personnes qui consomment/s'injectent des drogues est aujourd'hui estimé à 16 millions. Parmi les 4 millions résidant en Europe, un tiers environ est sous traitement. Ce traitement comprend un accompagnement psychosocial et un traitement de substitution pour les toxicomanes consommant des opiacés (principalement les héroïnomanes). L'utilisation d'un produit de substitution selon des conditions contrôlées permet de mettre graduellement un terme à l'usage de drogues. Les produits de substitution légalement autorisés en Belgique sont la méthadone et la buprénorphine. La méthadone est prescrite sous la forme de comprimés ou de préparations magistrales (gélules, sirops). La buprénorphine et la buprénorphine en association à la naloxone, sous la forme de comprimés destinés à une administration sublinguale.

On estime que 40 % des personnes ayant un jour consommé des drogues n'en consomment plus 10 à 20 ans plus tard et ne présentent aucun dysfonctionnement au sein de la société. L'usage de drogues est toutefois souvent associé à une conséquence funeste, à savoir l'hépatite.

### La contamination par des aiguilles infectées

« 40 à 80 % des personnes qui s'injectent des drogues ont été contaminées par le virus de l'hépatite C, qui se transmet par un contact direct de sang à sang », explique le Pr Geert Robaey, gastro-entérologue hépatologue (hôpital Oost-Limburg, UZ Leuven, UHasselt). « L'identification du virus et sa détection dans le sang sont possibles depuis le début des années 90. Depuis lors, le sang des donneurs est testé pour le virus et toute contamination par transfusion sanguine est désormais exclue. Le virus continue cependant de se propager à une vitesse fulgurante chez les toxi-

comanes qui partagent leurs aiguilles et leur matériel de préparation. »

### De la fatigue au danger de mort

« 80 % des patients infectés développent une hépatite chronique, généralement asymptomatique. Au bout d'une dizaine d'années, 20 % de ces patients présentent des lésions du foie, avec le développement de cicatrices (cirrhose du foie). Si des symptômes apparaissent, ils sont souvent non spécifiques de la maladie (fatigue, troubles digestifs). Chez 25 % des patients, la cirrhose donne lieu, au cours des dix années suivantes, à des complications sévères incluant l'accumulation de liquide intra-abdominal, les hémorragies par rupture de varices œsophagiennes ou le coma. Ces complications peuvent entraîner le décès du patient. D'autres patients développent un cancer du foie. Une transplantation du foie est alors souvent la seule option disponible. »

### Un diagnostic établi à temps augmente les chances de guérison

« Lorsque le diagnostic d'une infection par l'hépatite C est établi en temps opportun – c.-à-d. avant l'apparition de lésions hépatiques irréversibles – les chances de guérison après un traitement de 6 mois à 1 an oscillent entre 50 et 90 %, selon le génotype du virus. Le traitement consiste en une association d'interféron – qui stimule le système immunitaire – et de ribavirine, un inhibiteur du virus. Plus vite le traitement est instauré après le développement de l'infection, plus il est facile de l'éliminer du sang. Toutefois, c'est justement là que le bât blesse. De fait, les toxicomanes constituent aujourd'hui le principal groupe à risque pour une nouvelle infection par l'hépatite C, mais le dépistage de cette infection demeure trop rare dans ce groupe de population. Et si le diagnostic est posé, ces patients ne se voient souvent pas proposer de traitement, ou trop tard.

## LES ADDICTIONS SONT UNE MALADIE DU CERVEAU

L'addiction, définie comme tout comportement dédié à la recherche du plaisir ou à l'apaisement d'un malaise intérieur, met en jeu de nombreuses fonctions cérébrales. La motivation, la recherche de sensation, la mémoire liée au souvenir de ces sensations mais aussi la notion de plaisir procuré par la prise d'un produit ou pas, les usages compulsifs, l'influence de l'environnement tant matériel que social... sont impliqués. Elle se rapporte autant à des produits qu'à des conduites telles que le jeu, les comportements alimentaires, les achats compulsifs. La toxicomanie, quant à elle, représente une dépendance à un produit psychoactif illicite, c'est-à-dire une incapacité à arrêter la consommation d'une substance. Ces substances se jouent de notre cerveau, elles sont capables d'agir directement sur les récepteurs des neurotransmetteurs, d'imiter leur action et d'inhiber les processus naturels d'arrêt de sécrétion de neurotransmetteur, elles induisent une stimulation permanente des synapses, à l'origine des problèmes d'addiction.

TEXTE DOMINIQUE LEOTARD

### Prendre en charge la toxicomanie ET l'hépatite C

Les directives américaines et européennes initiales recommandaient aux médecins de ne pas administrer de traitement contre l'hépatite C aux toxicomanes. Elles reposaient sur la conviction qu'ils ne suivraient de toute façon pas leur traitement et que les résultats en seraient donc médiocres. Au cours de la dernière décennie, plusieurs études internationales (pour le Benelux, Pr Robaey) ont démontré que cette conclusion n'était pas valable pour certains groupes de toxicomanes. Les directives ont donc été adaptées en conséquence. Selon le Pr Robaey : « Le toxicomane qui peut recevoir un traitement contre l'hépatite C répond aux critères suivants : il suit un traitement de sevrage, n'utilise pas de drogues illicites (ou seulement occasionnellement), est motivé pour réussir son traitement et est bien suivi par des soignants. Son hépatologue collabore étroitement avec une équipe pluridisciplinaire (médecin spécialisé dans la substitution, infirmier/ère, assistant(e) social, psychologue, psychiatre). Quant aux toxicomanes qui ne parviennent pas encore à renoncer aux drogues, il est préférable de les traiter d'abord pour leur toxicomanie. De fait, le risque d'une nouvelle infection par le virus de l'hépatite C est réel et les chances de réussite diminueraient avec chaque nouveau traitement. » ■



Interview avec  
Pr Geert Robaey  
Gastro-entérologue  
hépatologue,  
Hôpital Oost-Limburg,  
UZ Leuven, UHasselt

# LA LUTTE CONTRE L'HÉPATITE C DU TOXICOMANE : PRÉVENTION ET APPROCHE MULTIDISCIPLINAIRE

AUJOURD'HUI, LE PRINCIPAL MODE DE TRANSMISSION DE L'HÉPATITE C CONCERNE LES USAGERS DE DROGUES . POUR LUTTER EFFICACEMENT CONTRE CE LARGE PROBLÈME DE SANTÉ PUBLIQUE, IL EST INDISPENSABLE D'INFORMER POUR PRÉVENIR LA PROPAGATION DU VIRUS ET D'ABORDER LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS SELON UNE APPROCHE MULTIDISCIPLINAIRE.

TEXTE DOMINIQUE LEOTARD

## Mieux vaut prévenir que guérir

Le virus de l'hépatite C (VHC) se transmet par le contact avec le sang d'une personne contaminée. La principale source de contamination à l'heure actuelle est l'utilisation de drogues par voie intraveineuse ou par voie nasale (usage d'une paille contaminée). Viennent ensuite la transmission de la mère à l'enfant, les rapports sexuels à risque (homosexuels, partenaires multiples) et les tatouages ou piercings faits dans de mauvaises conditions d'hygiène. La contamination par transfusion sanguine est devenue exceptionnelle car depuis 1990, le sang des donateurs est testé pour détecter le virus de l'hépatite C. « Pour se protéger de l'hépatite C, il n'y a qu'une seule chose à faire : éviter tout contact avec du sang contaminé »

## Une équipe autour d'un patient

La prise en charge de l'hépatite C chez les usagers de drogues doit être multidisciplinaire, intégrant les médecins hépatologues et psychiatres aux spécialistes des addictions et personnel social.

Après un dépistage et un bilan de sévérité, les médecins se consacreront d'abord au sevrage et aux problèmes sociaux puis, à un moment choisi par l'ensemble des intervenants dont le patient lui-même, on entamera le traitement de l'hépatite.

## Le réseau hépatite C Bruxelles, un exemple qui fonctionne

Dans ce réseau, c'est un accompagnateur social qui est le coordinateur. Il commence son rôle central en informant et propo-sant aux personnes à risque une prise en charge. Ensuite, le patient est placé au centre des préoccupations d'un réseau de professionnels (addictologue, psychiatre, hépatologue, partenaires sociaux, médecin traitant,...) qui vont prendre en charge le patient dans sa globalité (addiction, hépatite C et les problèmes qui en découlent.). ■



Interview avec  
Dr Mulkey  
Hépatologue et  
Chef de Clinique adjoint  
au CHU St Pierre et  
Président du réseau  
hépatite C Bruxelles

PUBLICITÉ

**Journée mondiale contre les hépatites**

Le plus grand risque de contamination, c'est l'ignorance !

**LIÈGE**  
**19 MAI 2010 14H**  
**Salle du Barbou**  
**2, quai du Barbou**

CHAC Info : 061 266 890 • [www.hepatites.be](http://www.hepatites.be)

**CHAC : CARREFOUR HEPATITES AIDE & CONTACT** asbl

**Parce que...**

Parce que les hépatites virales nous concernent tous  
Parce que l'hépatite C contamine 7 fois plus que le sida et tue actuellement 4 fois plus de personnes  
Parce que trop de gens ne savent pas...

**INFO: [www.hepatites.be](http://www.hepatites.be) & [info@chacasbl.be](mailto:info@chacasbl.be)**

## LES CONSEILS À APPLIQUER POUR PRÉVENIR LA TRANSMISSION DU VIRUS SONT :

### Pour les usagers de drogues :

- Ne jamais partager sa seringue, ni sa paille pour sniffer ni même le matériel de préparation (cuiller, ouate, ...) . Aller échanger ses seringues dans les centres d'échanges de seringues propres.
- Ne pas avoir de rapports sexuels à risque non protégés.

### Pour l'entourage d'une personne infectée :

- Ne pas partager ses objets pouvant être en contact avec du sang comme le rasoir, la brosse à dents, le matériel d'épilation ...
- Éviter les rapports sexuels violents ou pendant les règles, non protégés.

### Dans la vie sociale :

- Se faire dépister, en parler à son médecin, si l'on craint d'être à risque ( p.ex. transfusion avant 1992, hémodialyse, ex-usagers de drogues, enfants de mères HCV+).
- Si l'on est porteur du virus : éviter toute occasion de mettre son sang en contact avec d'autres personnes et demander une prise en charge médicale de son hépatite. Ne pas boire d'alcool.
- Si l'on veut un piercing ou un tatouage : s'adresser à un professionnel, pratiquant dans de bonnes conditions sanitaires.

« Lorsqu'on évoque les risques de la toxicomanie, tout le monde pense au sida, il ne faut pas oublier l'hépatite C ! »



## Information • Guidance • Soutien

aux adultes et enfants concernés par le  
**Trouble Déficitaire de l'Attention**  
avec ou sans **Hyperactivité**



**Pour que notre différence soit aussi notre force!**  
**[www.tdah.be](http://www.tdah.be)**

Rue de la Glacière, 24 • 1060 Bruxelles • Tél. : 0484 177 708 • [info@tdah.be](mailto:info@tdah.be)  
Permanence les jeudis hors vacances scolaires de 10h à 16h

Brochures disponibles sur demande : [www.tdah.be/brochures.html](http://www.tdah.be/brochures.html)

Adhérer à l'asbl TDA/H Belgique permet de recevoir par courrier nos différentes brochures :  
[www.tdah.be/commentadhérer.htm](http://www.tdah.be/commentadhérer.htm)