

Nouveaux enjeux du corps en psychiatrie et santé mentale

28 ET 29 MARS 2019



**FACULTÉ DE MÉDECINE LA PITIÉ-SALPÊTRIÈRE - 105 BOULEVARD DE L'HÔPITAL 75013 PARIS
(MÉTRO LIGNE 5 STATION SAINT MARCEL / MÉTRO LIGNE 10 STATION GARE D'AUSTERLITZ)**

PROGRAMME FINAL / LIVRE DES ABSTRACTS

Inscriptions : 01 53 26 83 95 ou inscriptions-arspg@d-s-o.fr

Logistique : 06 29 50 01 51 - **Contact :** arspg@d-s-o.fr

Nouveaux enjeux du corps en psychiatrie et santé mentale

PRÉSIDENT DU CONGRÈS

Pr. Philippe FOSSATI (Paris)

COMITÉ SCIENTIFIQUE

Pr. Maurice FERRERI (Paris)
Pr. Charles-Siegfried PERETTI (Paris)
Pr. Florence THIBAUT (Paris)
Pr. Maurice CORCOS (Paris)
Dr. Philippe LOEFFEL (Reims)
Dr. Philippe NUSS (Paris)
Dr. Harald SONTAG (Strasbourg)
Pr. Abdelkrim KELLOU (Alger, Algérie)
Dr. Amine MIHOUBI (Paris)
Dr. Idriss SADKI (Alger, Algérie)
Dr. Youcef OSMANI (Alger, Algérie)
Dr. Farid BOUCHENE (Alger, Algérie)

COMITÉ D'ORGANISATION

Pr. Charles-Siegfried PERETTI (Paris)
Dr. Philippe NUSS (Paris)
Pr. Florence THIBAUT (Paris)
Dr. Harald SONTAG (Strasbourg)
Dr. Marie-Victoire CHOPIN (Paris)
Dr. Amine MIHOUBI (Paris)

ORGANISATION LOGISTIQUE

DSO

Eric TORDJMAN
Nadège SCOTTON
Sophie MARGERIDON
arspg@d-s-o.fr

À la fois central et grand oublié de la psychopathologie, le corps ne cesse d'interroger la psychiatrie.

Central, il l'est indubitablement. Modalité principale d'incarnation du sujet, véhicule de l'être au monde, turgescence désirante, manifeste du sujet social, le corps est aussi le dénominateur commun à l'espèce humaine. Architecture cellulaire incomparable, machinerie énergétique alimentant des organes interdépendants, carrefour de signalisation avec l'environnement via le cerveau, le corps est également cet objet devenant sujet soumis à la houle du temps qui passe. Mais oublié, il l'est aussi, et tout autant. Théories psychiques désincarnées sans référence au corps matériel, socius déterminant exclusif de l'assignation ou des droits du corps, corps sédentaire du citadin ou de l'enfant agrippé à son écran tactile, tels sont quelques-uns parmi les nombreux exemples d'un corps absent ou négligé.

Faut-il vraiment choisir entre l'adoration d'un corps iconique, omniprésent, magnifié esthétique, sportif, augmenté et celui suscitant l'expérience philosophique de la force de l'esprit sur le corps lorsque la maladie confronte à la faillite du corps ? Tout à la fois carrefour de dualité et lieu d'unité, envahissant et insaisissable, le corps, à l'évidence, est contradiction. Qu'il s'agisse du « Brain/Mind problem », de la dialectique du corps objet/sujet, ou celui du corps total nourri par le « Gut/Brain axis », les figures rhétoriques ne manquent pas en psychiatrie pour décrire la nature dialectique et complexe du corps. Dans son exercice quotidien, qu'il s'agisse d'observer, de prescrire un psychotrope, ou de proposer une thérapie, le psychiatre convoque conjointement corps cellulaire, en projet et métaphorique.

Néanmoins, à ce jour, aucune théorie intégrative ne combine le savoir des neurosciences - qu'elles soient techniques, biologiques ou pharmacologiques, avec celui des approches psychologiques et de l'environnement. C'est donc encore au psychiatre - et heureusement - qu'incombe le travail intégratif de fusion des nombreux corpus théoriques hétérodoxes du rapport corps/psyché. Patients et attentes sociétales mettent aussi en tension et irriguent ces modèles.

Par l'éclectisme de ses approches, la 17^{ème} édition de notre congrès La Psychiatrie dans tous ses Etats se propose d'approfondir certains domaines connus des rapports entre corps et psyché mais aussi d'aborder nouveautés et nouveaux venus dans ce questionnement. Seront notamment abordées des thématiques aussi diverses que l'organo-psychiatrie, les neurosciences, la diététique, l'activité physique, mais aussi une prescription de psychotrope intégrant les dimensions corporelles. La machine au secours du soin sera aussi à l'ordre du jour. Depuis l'intelligence artificielle et l'apprentissage machine pour aider au diagnostic et permettre des interfaces soignantes, au robot complice du handicap ou substitut au corps en faillite, nous verrons ensemble les avancées des technosciences et comment l'adage rabelaisien des dangers d'une science sans conscience est toujours d'actualité.

Le rôle aidant du corps social sur le soin sera aussi mis en valeur. Qu'il s'agisse de la vie associative ou de l'expérience des aidants auprès des plus démunis, des approches philosophiques comme la Chaire Humanité et Santé ou du partenariat public/privé, le soin aujourd'hui ne se conçoit plus sans interface avec les patients, leurs proches et le monde politique et social.

Une fois encore, ces journées de la psychiatrie dans tous ses états souhaitent rendre compte de la vitalité de notre discipline en nous incitant à l'enrichir par le partage de nos expériences. L'éclectisme et la diversité des thématiques n'ont d'autre finalité qu'une meilleure compréhension de la complexité de la vie mentale facilitant ainsi une meilleure prise en charge du patient conçu dans un rapport dialectique avec son corps mais aussi son environnement affectif et social.

En mon nom et celui de tous les acteurs de ce congrès, je vous souhaite deux jours de rencontres, de savoir et d'échanges. Bon congrès à toutes et à tous.

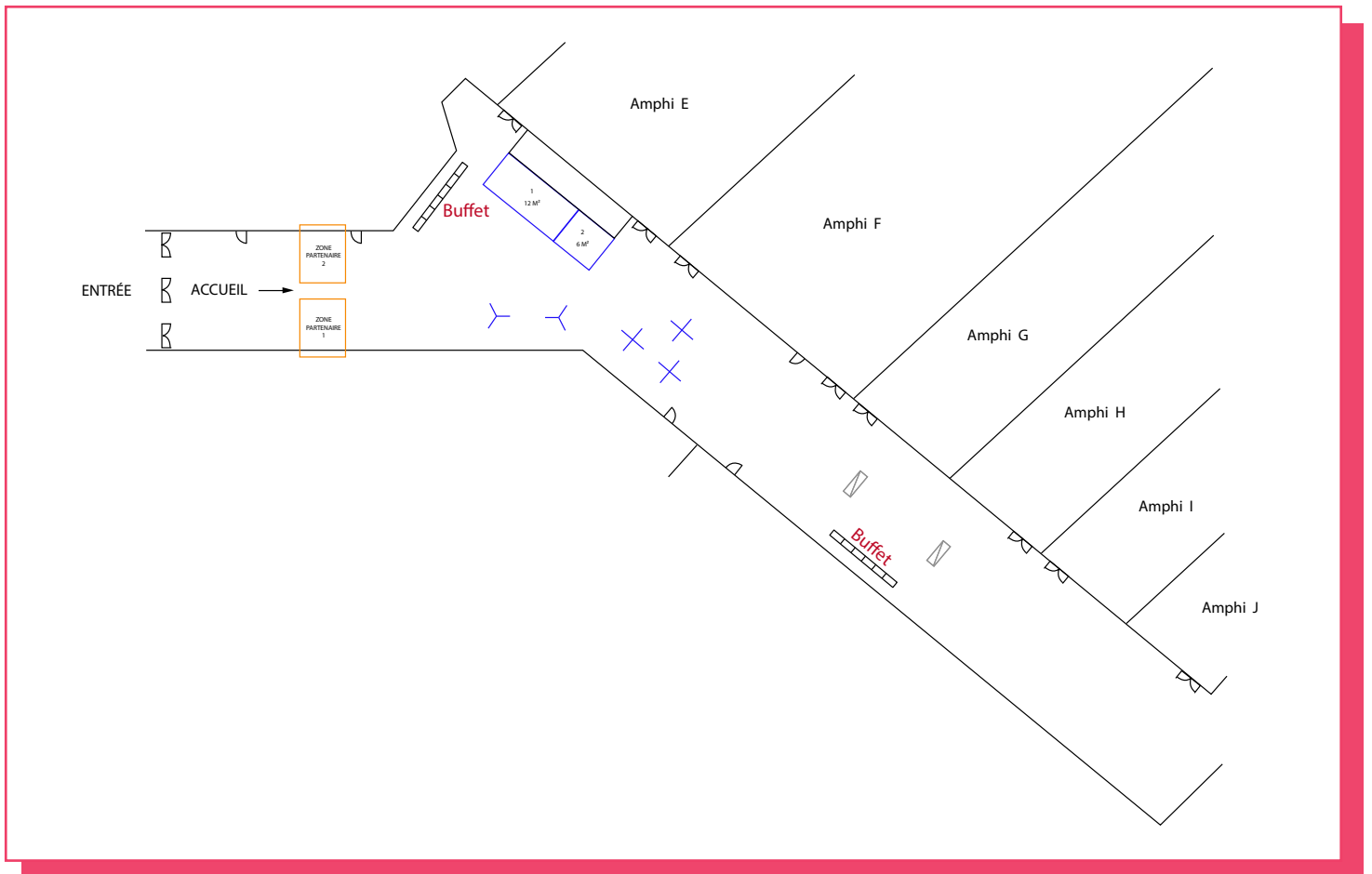
Professeur Charles-Siegfried PERETTI
Président de l'ARSPG

SOMMAIRE

Éditorial	2
Plan de l'exposition et liste des exposants.....	4
Synopsis.....	5
Les ateliers de formation.....	6
PROGRAMME DÉTAILLÉ	
Jeudi 28 mars 2019	7
Vendredi 29 mars 2019	8
INFORMATIONS IMPORTANTES	
Informations générales	9
Informations aux intervenants et auteurs	10
Le congrès de A à Z	11
LIVRE D'ABSTRACTS	
Communications orales	12
Communications posters	20
Index des auteurs.....	38

Nouveaux enjeux du corps en psychiatrie et santé mentale

PLAN DE L'EXPOSITION



Remerciements :

Le Professeur Philippe FOSSATI, président du congrès, Professeur Charles-Siegfried PERETTI, président de l'ARSPG, ainsi que les membres du Comité Scientifique et d'Organisation adressent leurs plus vifs remerciements aux partenaires et sponsors.



SYNOPSIS

JEUDI 28 MARS 2019

INTRODUCTION

10H00 - 10H30

LE CORPS EN QUESTION EN PSYCHIATRIE
10H30 - 12H20

PAUSE DÉJEUNER
12H20 - 14H00

SYMPOSIUM OTSUKA - LUNDBECK :
GARDER LE CORPS EN TÊTE DANS LA PRISE EN CHARGE
DU PATIENT SOUFFRANT DE SCHIZOPHRÉNIE
14H00 - 15H00

PROMOUVOIR LA SANTÉ SOMATIQUE EN PSYCHIATRIE
15H00 - 16H20

PAUSE CAFÉ
16H20 - 16H40

INTÉGRER PHARMACOLOGIE ET ABORD
CORPOREL EN PSYCHOPATHOLOGIE
16H40 - 18H00

ATELIERS :
18H00 - 19H00

VENDREDI 29 MARS 2019

ATELIERS :
9H00 - 10H00

PAUSE CAFÉ
10h00 - 10h15

L'ALIMENTATION DANS TOUS SES ÉTATS
10h15-11h35

LES THERMES DE SAUJON
MÉDECINE THERMALE, UNE NOUVELLE PRISE EN CHARGE
CORPORELLE DES TROUBLES ANXIEUX : FAITS ET PREUVES
11h35-12h05

REMISE DES PRIX POSTERS
12h05-12h20

PAUSE DÉJEUNER
12h20-13h40

DROGUES ET THÉRAPEUTIQUES :
SOEURS ENNEMIES OU AVENIR DE LA PHARMACOLOGIE ?
13h40-15h00

L'INTELLIGENCE ARTIFICIELLE AU SERVICE DE LA SANTÉ
15h00-16h20

PAUSE CAFÉ
16h40 - 17h00

ORGANISATION DES SOINS :
DEUX EXEMPLES D'ÉVOLUTION DU CORPS SOCIAL
16h40-18h00

CONCLUSION
18h00-18h10

Nouveaux enjeux du corps en psychiatrie et santé mentale

LES ATELIERS DE FORMATION EN SUPPLÉMENT

La nouvelle formule n'inclut pas d'atelier dans les forfaits. Ceux-ci sont optionnels et en supplément.

ATELIER N°1 : LES EXAMENS BIOLOGIQUES EN PSYCHIATRIE QUOTIDIENNE

Dr. Alexis BOURLA (Paris)

Jeudi 28 mars 2019 de 18h00 à 19h00

ATELIER N°2 : INTÉGRER LES PAIRS ET LES FAMILLES DANS LA PRISE EN CHARGE

M. Jean-Christophe LEROY (Lausanne)

Jeudi 28 mars 2019 de 18h00 à 19h00

ATELIER N°3 : PRISE EN CHARGE PSYCHO-COMPORTEMENTALE DE LA BOULIMIE

Mme Adelaïde d'ABOVILLE (Paris)

Jeudi 28 mars 2019 de 18h00 à 19h00

ATELIER N°4 : PERSONNES ATTEINTES D'ALZHEIMER : CONTRIBUTION DES PROCHES ET DES STRUCTURES DE MAINTIEN À DOMICILE

Mme Miryam BENARROCHE, Mme Victoire MANDOSSE et Dr. Philippe NUSS (Paris)

Vendredi 29 mars 2019 de 9h00 à 10h00

ATELIER N°5 : INTRODUCTION À LA WELL-BEING THERAPY, LA PSYCHOTHÉRAPIE DU BIEN-ÊTRE

Dr. Jean-Victor BLANC (Paris), Dr. Marie-Victoire CHOPIN (Paris)

Vendredi 29 mars 2019 de 9h00 à 10h00

RAPPEL : COÛT DE L'ATELIER SUPPLÉMENTAIRE :

Tarif jusqu'au
24 février 2019 inclus

50 € TTC / atelier

Tarif à partir du
25 février 2019

70 € TTC / atelier



JEUDI 28 MARS 2019

10h00 - 10h30 INTRODUCTION

Pr. Charles-Siegfried PERETTI (Paris) et Pr. Philippe FOSSATI (Paris)

LE CORPS EN QUESTION EN PSYCHIATRIE

Présidents de séance : Pr. Philippe FOSSATI (Paris) et Dr. Alexis BOURLA (Paris)

10h30 - 11h10 Que nous apprend l'imagerie fonctionnelle sur le "Mind/brain problem" ? - O101

Pr. Philippe FOSSATI (Paris)

11h10 - 11h50 L'organopsychiatrie : avantages et limites - O102

Dr. Alexis BOURLA (Paris)

11h50 - 12h20 Pourquoi et comment intégrer la diététique en psychiatrie ? - O103

Mme Adelaïde d'ABOVILLE (Paris)

12h20 - 14h00

Pause déjeuner

14h00 - 15h00

SYMPOSIUM OTSUKA - LUNDBECK



GARDER LE CORPS EN TÊTE DANS LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT SOUFFRANT DE SCHIZOPHRÉNIE

Dr. Stéphane MOUCHABAC (Paris) et Dr. Philippe NUSS (Paris)

PROMOUVOIR LA SANTÉ SOMATIQUE EN PSYCHIATRIE

Président de séance : Dr. Philippe NUSS (Paris)

15h00 - 15h40

Les atteintes somatiques dans les maladies mentales. Impact du microbiote sur la psychopathologie - O201

Dr. Philippe NUSS (Paris)

15h40 - 16h20

L'activité physique dans un service de psychiatrie : oui, c'est faisable et efficace ! - O202

Dr. Etienne ALLAUZE (Clermont-Ferrand)

16h20 - 16h40

Pause café

INTÉGRER PHARMACOLOGIE ET ABORD CORPOREL EN PSYCHOPATHOLOGIE

Président de séance : Dr. Florian FERRERI (Paris)

16h40 - 17h20

Les psychotropes dans la dépression : comment optimiser leur impact somatique ? - O301

Dr. Florian FERRERI (Paris)

17h20 - 18h00

Insomnie : symptôme ou pathologie ? - O302

M. Sylvain DAGNEAUX (Paris)

18h00 - 19h00

ATELIER 1 : Amphi E

Les examens biologiques
en psychiatrie quotidienne - A1
Dr. Alexis BOURLA (Paris)

ATELIER 2 : Salle G

Intégrer les pairs et les familles
dans la prise en charge - A2
M. Jean-Christophe LEROY (Lausanne)

ATELIER 3 : Salle H

Prise en charge psycho-comportementale
de la boulimie - A3
Mme Adelaïde d'ABOVILLE (Paris)

Nouveaux enjeux du corps en psychiatrie et santé mentale

VENDREDI 29 MARS 2019

9h00 - 10h00	ATELIER 4 : Salle G Personnes atteintes d'Alzheimer : contribution des proches et des structures de maintien à domicile - A4 Mme Miryam BENARROCHE, Mme Victoire MANDOSSE et Dr. Philippe NUSS (Paris)	ATELIER 5 : Salle H Introduction à la Well-Being Therapy, la psychothérapie du bien-être - A5 Dr. Jean-Victor BLANC (Paris) et Dr. Marie-Victoire CHOPIN (Paris)
	10h00 - 10h15 Pause café	
L'ALIMENTATION DANS TOUS SES ÉTATS Président de séance : Dr. Guillaume FOND (Paris)		
10h15 - 10h55	Comprendre l'alimentation du sportif de haut niveau - O401 M. Christophe CARRIO (Montpellier)	
10h55 - 11h35	Quelles recommandations alimentaires pour nos patients ? - O402 Dr. Guillaume FOND (Paris)	
LES THERMES DE SAUJON Médecine thermale, une nouvelle prise en charge corporelle des troubles anxieux : Faits et preuves Dr. Olivier DUBOIS (Saujon) et Pr. Charles-Siegfried PERETTI (Paris) - O501		
12h05-12h20 REMISE DES PRIX POSTERS		
12h20-13h40 Pause déjeuner		
DROGUES ET THÉRAPEUTIQUES : SŒURS ENNEMIES OU AVENIR DE LA PHARMACOLOGIE ? Président de séance : Pr. Alain DERVAUX (Amiens)		
13h40 - 14h20	Le chemsex : pratique marginale ou cas particulier des nouvelles conduites addictives ? - O601 Dr. Jean-Victor BLANC (Paris) et Dr. Yves EDEL (Paris)	
14h20 - 15h00	LSD, kétamine, MDMA, CBD : des traitements d'avenir ? - O602 Pr. Alain DERVAUX (Amiens) et Dr. Bernard ANGERVILLE (Amiens)	
L'INTELLIGENCE ARTIFICIELLE AU SERVICE DE LA SANTÉ Président de séance : Dr. Stéphane MOUCHABAC (Paris)		
15h00 - 15h40	Les applications de l'intelligence artificielle en psychiatrie - O701 M. Eric THERON (Paris)	
15h40 - 16h20	Des robots pour favoriser l'autonomie ? - O702 Blue Frog Robotics	
16h20 - 16h40 Pause café		
ORGANISATION DES SOINS : DEUX EXEMPLES D'ÉVOLUTION DU CORPS SOCIAL Présidente de séance : Mme Cynthia FLEURY (Paris)		
16h40 - 17h20	La Chaire humanité et santé au CNAM : sentinelle et soin - O801 Mme Cynthia FLEURY (Paris)	
17h20 - 18h00	Le partenariat public privé : favoriser la prise en charge holistique - O802 Dr. Vincent MASETTI (Paris)	
18h00 - 18h10	CONCLUSION	

INFORMATIONS GÉNÉRALES

INSCRIPTIONS

Les droits d'inscription incluent l'accès aux sessions scientifiques, aux zones de l'exposition et des posters scientifiques au buffet et aux pauses café.

Chaque participant se verra également remettre un badge ainsi que le porte-documents du congrès incluant le programme final et les communications scientifiques.

TARIFS

Forfait Médecins du 28 au 29 mars 2019 SANS ATELIER – AVEC BUFFET DÉJEUNATOIRE	335 € TTC jusqu'au 24 février 2019 inclus	385 € TTC à partir du 25 février 2019 inclus
Forfait Psychologues, internes, infirmiers, cadres de santé du 28 au 29 mars 2019 SANS ATELIER – AVEC BUFFET DÉJEUNATOIRE	275 € TTC jusqu'au 24 février 2019 inclus	305 € TTC à partir du 25 février 2019 inclus
Atelier de formation	50 € TTC jusqu'au 24 février 2019 inclus	70 € TTC à partir du 25 février 2019 inclus

FORMATION ET DPC

L'ARSPG est inscrite auprès de la DRTEFP (*Direction Régionale du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle*) et en respecte les règles sous le n°11755142075.

ACCÈS

LA SALPÉTRIÈRE

Faculté de Médecine de la Pitié Salpêtrière
105 Boulevard de l'hôpital - 75013 Paris

MÉTRO ET RER

- Ligne 5 - Station Saint Marcel
- Ligne 10 - Station Gare d'Austerlitz
- RER C : Station Gare d'Austerlitz

BUS

- Bus 91 et 57, arrêt Saint-Marcel



CONTACT

Pour toute question, vous pouvez contacter l'agence DSO : arspg@d-s-o.fr.
Site internet : www.arspg.org.

Nouveaux enjeux du corps en psychiatrie et santé mentale

INFORMATIONS AUX INTERVENANTS ET AUTEURS

VOUS ÊTES PRÉSIDENT DE SESSION :

Nous vous remercions de bien vouloir vous rendre en Salle de conférences au minimum 10 minutes avant le début de la session que vous présidez.

Les orateurs sont tenus de se conformer au temps de parole qui leur est imparti (40 minutes au total). Nous vous remercions de bien vouloir veiller à faire appliquer cette consigne.

VOUS ÊTES ORATEUR :

Nous demandons à chaque orateur de vérifier sa présentation orale suffisamment à l'avance en la prévisualisant dans la salle de pré-projection prévue à cet effet au minimum 30min avant sa présentation.

Nous vous remercions de bien vouloir vous présenter en Salle de conférences au minimum 10 minutes avant le début de la session dans laquelle vous intervenez.

Merci de vous conformer aux instructions du président de votre session et de respecter le timing prévu pour votre intervention (40 minutes au total).

VOUS ÊTES AUTEUR DE POSTERS :

Les posters seront affichés pendant toute la durée du congrès au cœur même de l'exposition, dans le hall de la faculté de Médecine. Des fixations seront disponibles au bureau d'accueil du congrès.

Les auteurs sont priés d'installer et de retirer leurs travaux selon le planning suivant :

MONTAGE : le jeudi 28 mars à partir de 9h30

DEMONTAGE : le vendredi 29 mars entre 16h40 et 17h00

Les posters qui ne seront pas récupérés le vendredi à 17h00 pourront être détruits.

L'organisation ne pourra être tenue pour responsable.

Nous vous remercions de bien vouloir vous tenir à proximité de votre poster pendant les pauses de manière à pouvoir en discuter avec les congressistes.

La remise des prix posters est prévue le vendredi 29 mars de 12h05 à 12h20

VOUS ÊTES FORMATEUR :

Les ateliers de formation se déroulent dans l'amphi E et les salles H et G comme indiqué dans le programme.

Nous vous remercions de bien vouloir vous présenter dans la salle au minimum 15 minutes avant le début de l'atelier.



LE CONGRÈS DE A À Z

ABSTRACTS (LIVRE D'ABSTRACTS) :

Les abstracts des orateurs des sessions académiques, les ateliers ainsi que ceux des auteurs de posters sont inclus dans le programme final ainsi que sur le site internet www.arspg.org sous forme de document pdf.

ATELIERS DE FORMATION :

Des ateliers de formation sont mis en place. Participation optionnelle et sur inscription obligatoire. Les ateliers se déroulent en salle E, G et H comme indiqué dans le programme.

BADGES :

Le port du badge est obligatoire sur toute la zone du congrès (*sessions plénières, zone d'exposition et zone posters*).

Badges VERT pour les CONGRESSISTES

Badges ROUGE pour les INTERVENANTS - INVITÉS

Badges BLEU pour les EXPOSANTS

Badges JAUNE pour l'ORGANISATION

CONFÉRENCES :

Les conférences auront lieu en amphi E.

Les ateliers auront lieu en salle E, G et H.

Les communications orales sont codifiées par la lettre « O », le n° du thème suivi de l'ordre de passage dans la session.

Les ateliers sont codifiés par la lettre « A », suivi du numéro de l'atelier.

Les communications posters sont codifiées par la lettre « P », suivi du numéro du poster.

EXPOSITION :

L'exposition est située dans le hall de la faculté de Médecine.

NON FUMEUR :

Conformément à la loi, l'ensemble du congrès est une zone non fumeur.

OBJETS PERDUS :

Tout objet trouvé devra être rapporté aux bornes d'accueil du congrès.

N'hésitez pas à consulter les hôtesses d'accueil du congrès en cas de perte.

PORTABLES :

Afin de ne pas perturber le déroulement des sessions scientifiques, nous vous rappelons que les téléphones portables doivent être éteints dans la Salle de conférences.



Si vous êtes intéressé par la psychiatrie - judiciaire, si vous souhaitez apporter à la Justice en qualité d'Expert votre éclairage psychiatrique sur les personnes commettant notamment des crimes ou délits et si votre activité professionnelle se trouve dans l'Eure ou la Seine Maritime, je vous remercie vivement de me contacter à la Cour d'Appel de Rouen ou sur catherine.chaze@justice.fr, Catherine Chaze Substitut Général.

Nouveaux enjeux du corps en psychiatrie et santé mentale



LIVRE D'ABSTRACTS
COMMUNICATIONS ORALES



LE CORPS EN QUESTION EN PSYCHIATRIE

O101 - QUE NOUS APPREND L'IMAGERIE FONCTIONNELLE SUR LE « MIND/BRAIN PROBLEM » ?

Pr. Philippe FOSSATI (Paris)
Service de Psychiatrie Adultes,
GH Pitié Salpêtrière, APHP6, ICM, Sorbonne Université

Le développement des techniques d'imagerie cérébrale (IRMf, PET Scan), permettant de voir en direct l'activité du cerveau en action, a suggéré une naturalisation de l'esprit et de la pensée. Ces méthodes d'imagerie ne sont pourtant pas sans limite ou sans problème méthodologique. Elles mesurent le plus souvent de façon indirecte l'activité neuronale comme dans l'IRMf et établissent principalement des corrélations entre d'un côté des processus mentaux et d'un autre côté des régions cérébrales. La notion d'inférence inverse remet même en question la validité de ces corrélations et les liens spécifiques entre un processus cognitif et une aire cérébrale. Au cours de cette présentation, je montrerai comment, grâce à des nouvelles méthodes d'analyses (ex. médiation, mvpa) on peut progresser vers une approche plus mécanistique des liens cerveau-pensée. J'illustrerai ces points en prenant l'exemple de l'effet placebo et de l'hypnose, deux situations permettant de manipuler par la suggestion les attentes des sujets.

O102 - L'ORGANOPSYCHIATRIE : AVANTAGES ET LIMITES

Dr. Alexis BOURLA (Paris)

Si des manifestations psychiatriques en lien avec des pathologies organiques sont bien connues (syndrome maniaque et hyperthyroïdie, syndrome dépressif et insuffisance corticotrope, trouble anxieux et maladie cardiaque, etc.) d'autres maladies psychiatriques peuvent être secondaires à des pathologies neurologiques, auto-immunes, métaboliques, paranéoplasiques ou endocriniennes. Les manifestations précoces peuvent alors être essentiellement psycho-comportementales avant d'être neurologiques ou systémiques. Un grand nombre de facteurs (nutritionnels, toxiques, immunologiques, etc.) qui exercent une influence sur les liens existants entre organicité et pathologies psychiatriques ne sont pas systématiquement recherchés. Les objectifs de cette communication sont de décrire ces troubles, de proposer un rationnel sur le concept de « troubles psychiatriques complexes » et de proposer une méthode d'exploration systématisée élaborée conjointement avec des internistes, des neurologues, des hématologues, des psychiatres et des biologistes pour optimiser la prise en charge médicale de ces patients chez qui un diagnostic psychiatrique masque une cause organo-psychiatrique curable. Les avantages et les limites de ce type d'approche seront discutés.

O103 - POURQUOI ET COMMENT INTÉGRER LA DIÉTÉTIQUE EN PSYCHIATRIE ?

Mme Adelaïde d'ABOVILLE (Paris)
Diététicienne nutritionniste

Si le métier de diététicien nutritionniste est d'aider au mieux les patients à avoir une alimentation équilibrée, les raisons de consultation sont multiples. On pourrait croire que l'objectif de tous est de prendre soin de son corps en le nourrissant le mieux possible mais est-ce vraiment le cas ? Les motifs de consultations sont en effets multiples : problèmes de santé, prise ou perte de poids, besoin ou envie d'un changement d'alimentation ... Le suivi de l'enfant est également très différent puisqu'il n'est pas en mesure de maîtriser ses repas, qu'il n'est parfois pas demandeur et qu'il faut prendre en compte la construction de son rapport à l'alimentation tout au long de sa vie. Enfin, si la question du manger sain est sur toutes les lèvres, de quoi parle-t-on vraiment ? Comment sait-on s'il l'on mange sainement, équilibré et de manière suffisante ?

Nouveaux enjeux du corps en psychiatrie et santé mentale

PROMOUVOIR LA SANTÉ SOMATIQUE EN PSYCHIATRIE

O201 - LES ATTEINTES SOMATIQUES DANS LES MALADIES MENTALES. IMPACT DU MICROBIOTE SUR LA PSYCHOPATHOLOGIE

Dr. Philippe NUSS (Paris)

Dépassant la classique opposition entre une psychiatrie fondée sur une approche psychologique traumatique ou symbolique et une psychiatrie centrée sur les atteintes neuronales développementales ou fonctionnelles, on assiste aujourd'hui à une compréhension plus intégrative des troubles mentaux. Des aspects corps entier - non exclusivement cerveau centrés - impliquant l'immunité, l'inflammation, la vascularisation, le stress oxydatif, le métabolisme énergétique, le microbiote sont considérés en parallèle et à l'égal des approches cérébrales classiques (neurotransmetteurs, facteurs neurotrophes). L'intérêt de cette approche est particulièrement significatif à deux périodes de l'évolution du trouble. La phase initiale de développement du trouble mental où l'on assiste au passage de l'état de santé à celui d'état constitué de maladie est la première période d'intérêt. La seconde est celle de l'installation de la chronicité. Dans le premier cas, ces facteurs corps entier sont mis en quelque sorte en branle pour lutter contre l'installation de l'état pathologique. Ils constituent une barrière et ou une modalité initiale de l'organisme afin d'éviter la transition vers la maladie. Dans ce contexte, le traitement des prodromes du trouble doit éviter de trop déstabiliser cette première ligne de défense et identifier les modalités de son renforcement. Dans le cas du trouble déclaré et chronicisé, on conçoit aujourd'hui que certains de ces facteurs entretiennent la chronicité. L'inflammation et le stress oxydatifs élevés en sont des exemples. Le but, une fois le trouble traité et stabilisé serait donc de prendre en compte de façon spécifique ces aspects qui, en quelque sorte freinent la possibilité d'amélioration ultérieure. Les travaux contemporains étudient avec attention les processus énergétiques associés au maintien de la santé et de la chronicité.

Certains aspects de cette approche seront présentés, en faisant un focus sur les travaux récents et à venir sur ce sujet concernant le microbiote intestinal.

O202 - L'ACTIVITÉ PHYSIQUE DANS UN SERVICE DE PSYCHIATRIE : OUI, C'EST FAISABLE ET EFFICACE !

Dr. Etienne ALLAUZE (Clermont-Ferrand)

Les pathologies psychiatriques sont associées à un risque accru de décès prématuré. Pour la schizophrénie, ce risque est multiplié par trois par rapport à la population générale. En moyenne, entre 10 et 15 années de vie seraient perdues par les patients toutes étiologies psychiatriques confondues. Ce risque est majoritairement expliqué par la forte prévalence d'affections cardiovasculaires et endocriniennes type diabète. Elles sont elles-mêmes sous-tendues par la présence d'un syndrome métabolique chez ces patients. Plusieurs facteurs entrent en compte dans le calcul du risque métabolique. Certains peuvent être des leviers d'action pertinents pour réduire ce risque comme l'intervention sur les modes de vie et les habitudes alimentaires. L'activité physique régulière, reconnue pour son action bénéfique sur les risques cardiovasculaires par l'Organisation Mondiale de la Santé, est deux fois moins pratiquée par les patients présentant une schizophrénie que dans la population générale. La symptomatologie négative, les traitements, notamment antipsychotiques, les comorbidités addictives sont autant de paramètres à prendre en compte pour proposer aux patients une activité physique adaptée. Plusieurs programmes se développent comme le SHAPE (Self Health Action Plan for Empowerment) ou le KBIM (Keep the Body In Mind) en Amérique du nord. De même, plusieurs activités telles que la marche, la gymnastique et le Yoga sont à l'étude. L'encadrement par un professionnel et le travail sur les règles hygiéno-diététiques sont deux éléments qui ressortent comme essentiels dans ces programmes. Les résultats de ces interventions rapportés dans la littérature montrent des améliorations sur la masse corporelle, le conditionnement à l'effort, les symptômes thymiques et d'anxiété, la qualité de vie et les paramètres biologiques. Des modifications morphologiques cérébrales sont également objectivées chez des patients ayant participé à un programme d'activité physique aérobie. Ces résultats sont autant d'arguments en faveur de l'intégration et du développement de l'activité physique adaptée dans la prise en charge des patients suivis en psychiatrie.



INTÉGRER PHARMACOLOGIE ET ABORD CORPOREL EN PSYCHOPATHOLOGIE

O301 - LES PSYCHOTROPES DANS LA DÉPRESSION : COMMENT OPTIMISER LEUR IMPACT SOMATIQUE ?

Dr. Florian FERRERI (Paris)

L'apport des psychotropes au traitement des troubles dépressifs modérés à sévères est incontournable. Il est acquis qu'une prescription isolée, sans accompagnement psychologique, est vouée à l'échec. Pour parvenir à la rémission complète, il est également nécessaire de prendre en compte l'impact somatique des psychotropes.

La gestion optimale de leur administration est une préoccupation clinique quotidienne. En effet, une dépression est rarement simple à traiter. Elle s'associe souvent avec d'autres troubles somatiques et psychiatriques. Dans ce contexte, il est nécessaire d'envisager précocement l'impact somatique des traitements initiés. Cette réflexion est d'importance pour un traitement de plusieurs mois voire de plusieurs années dans les dépressions récurrentes. Nous verrons les effets secondaires fréquents des médicaments les plus prescrits et comment les intégrer précocement à la prise en charge.

Les places du contrôle des concentrations plasmatiques des médicaments, de la pharmacogénétique seront également abordées.

L'amélioration de la qualité de vie des patients, de l'observance et la diminution du risque de récurrence reposent sur une psychiatrie personnalisée.

O302 - INSOMNIE : SYMPTÔME OU PATHOLOGIE ?

M. Sylvain DAGNEAUX (Paris)

L'insomnie fait partie de l'un des critères diagnostiques de plusieurs troubles psychiatriques tels que l'anxiété généralisée, le trouble ou l'épisode dépressif caractérisé. Dans la pratique clinique et en présence d'un épisode dépressif, l'insomnie reste souvent considérée comme un symptôme alors qu'il serait légitime de s'interroger sur l'établissement d'un diagnostic. Les liens entre l'insomnie et la dépression sont forts. L'insomnie est un facteur prédictif significatif de l'apparition de la dépression (Hertenstein, 2019). Et à l'inverse, une insomnie résiduelle après un épisode dépressif augmente le risque de rechute (Chang, 1997). Ces liens entre l'insomnie et la dépression peuvent en partie s'expliquer à travers les mécanismes de régulation du rythme veille-sommeil. Les patients avec un trouble dépressif caractérisé ont à la fois une modification de l'architecture du sommeil avec une diminution du sommeil lent profond ; et une perturbation du rythme circadien avec une diminution de l'amplitude. Les Thérapies Comportementales et Cognitives pour l'Insomnie (TCCI) sont efficaces avec une recommandation européenne pour les mettre en place en première intention que ce soit avec ou sans trouble comorbide (Riemann, 2017). Les TCCI en individuelle permettent également de réduire les symptômes dépressifs (Ballesio, 2018), il y a donc tout intérêt à établir le diagnostic d'insomnie et de la traiter car en plus d'améliorer le sommeil, la prise en charge de l'insomnie réduit l'état dépressif du patient.

L'ALIMENTATION DANS TOUS SES ÉTATS

O401 - COMPRENDRE L'ALIMENTATION DU SPORTIF DE HAUT NIVEAU

Dr. Philippe NUSS (Paris) pour M. Christophe CARRIO (Montpellier)

La vie du sportif de haut niveau est autant celle d'un sportif à l'entraînement qu'une organisation millimétrée de l'ensemble des paramètres du quotidien. L'alimentation et l'hygiène de vie sont ainsi très fortement impactées par la pratique du haut niveau quel qu'il soit. Des spécificités existent néanmoins en fonction du sport en question et du moment de la préparation, récupération ou compétition. Des différences existent aussi en fonction du sexe et de l'âge. On assiste aujourd'hui à une approche très sophistiquée de l'alimentation du sportif en termes de type d'ingrédients, de moments et de fréquence des prises alimentaires ou de compléments alimentaires. Les grands principes de l'alimentation en situation d'entraînement hors norme du sportif de haut niveau seront présentés par un sportif de haut niveau lui-même conseiller à ce jour afin de favoriser une alimentation optimale en termes de performance mais aussi de longévité sportive.

Nouveaux enjeux du corps en psychiatrie et santé mentale

O402 - QUELLES RECOMMANDATIONS ALIMENTAIRES POUR NOS PATIENTS ?

Dr. Guillaume FOND (Paris)

Longtemps considérée comme du ressort des nutritionnistes, l'alimentation a été largement négligée dans le traitement des troubles psychiatriques majeurs, et est revenue sur le devant de la scène d'une part avec les troubles métaboliques induits par les psychotropes, d'autre part avec les découvertes récentes sur les liens intestin-cerveau. La psychonutrition est ainsi devenue une branche de la thérapeutique psychiatrique qui fournit chaque année des résultats inattendus. Une méta-analyse récente de haute qualité a démontré qu'un régime alimentaire riche en aliments « sains » ainsi que le régime méditerranéen étaient associés à des prévalences plus basses de dépression majeure. Une autre méta-analyse a démontré que les omégas 3, la vitamine D et la vitamine B9 étaient trois compléments alimentaires associés à des rémissions plus élevées chez les patients dépressifs majeurs, avec des effets d'autant plus importants que la dépression était sévère. Pour les omégas 3, les effets étaient d'autant plus importants qu'ils étaient associés à un antidépresseur. Ceci contredit l'idée reçue de compléments alimentaires réservés aux dépressions légères à modérées.

Au vu de ces résultats et devant le rapport bénéfice/risque, il semble indiqué de recommander la coprescription de compléments alimentaires en amont ou en adjonction des traitements conventionnels devant l'excellent rapport bénéfice/risque. Certaines études suggèrent même une efficacité en monothérapie ou en prévention qui restent à confirmer. Les découvertes récentes sur le microbiote intestinal et les différentes voies intestin-cerveau ainsi que sur les troubles immuno-inflammatoires associés aux troubles mentaux sévères nous fournissent des pistes physiopathologiques pour supporter cette efficacité. Reste à développer une médecine de précision pour identifier les patients qui pourraient bénéficier le plus de ces thérapies centrées sur l'alimentation. Nous verrons également les modifications alimentaires qui peuvent être proposées en pratique à tous les patients présentant des troubles mentaux, et en particulier des troubles de l'humeur.

THERMES DE SAUJON

O501 - MÉDECINE THERMALE, UNE NOUVELLE PRISE EN CHARGE CORPORELLE DES TROUBLES ANXIEUX : FAITS ET PREUVES

Dr. Olivier DUBOIS (Saujon)

La médecine thermale est une des approches psychocorporelles prise en charge par l'Assurance Maladie.

Cette médecine historique s'est bien métamorphosée depuis 15 ans avec, d'une part l'implantation de protocoles psychoéducatifs associés à des programmes de soins balnéothérapeutiques et, d'autre part, le déploiement de moyens, mis à la disposition d'une évaluation scientifique rigoureuse ayant apporté un niveau de preuve de son efficacité.

Plusieurs recherches internationales, ces dernières années, ont permis d'évaluer l'intérêt clinique de la balnéothérapie.

À partir de ces travaux, on peut en préciser davantage les indications qui sont essentiellement celles des troubles anxieux, des dépressions d'intensité modérée, du syndrome d'épuisement, des douleurs chroniques et des troubles du sommeil.

Nous présenterons ici une revue des études scientifiques permettant d'évaluer cette approche dans le traitement de l'anxiété, de la dépression modérée, du burn-out et des douleurs chroniques.

DROGUES ET THÉRAPEUTIQUES : SŒURS ENNEMIES OU AVENIR DE PHARMACOLOGIE ?

O601 - LE CHEMSEX : PRATIQUE MARGINALE OU CAS PARTICULIER DES NOUVELLES CONDUITES ADDICTIVES ?

Dr. Jean-Victor BLANC* (Paris) et Dr. Yves EDEL (Paris)

*Psychiatre, Service de Psychiatrie et d'Addictologie de l'adulte, Hôpital Saint-Antoine (Paris).

S'il ne concerne qu'une minorité de la communauté homosexuelle, le phénomène du « chemsex » prend une réelle ampleur. Ses conséquences cliniques, parfois désastreuses, peuvent interpellier le clinicien. Le contexte sexuel de la consommation, la méconnaissance des Nouveaux Produits de Synthèse et le fait que les patients soient principalement vus par des médecins non-psychiatres ont probablement retardé la prise de conscience de la nécessité de prises en charge.

Après un état des lieux sur cette pratique, nous verrons quelques données sur la file active de la consultation spécialisée du service. Elles permettront de discuter la place de cette pratique dans la sphère de la santé mentale.



O602 - LSD, KÉTAMINE, MDMA, CBD : DES TRAITEMENTS D'AVENIR ?

Pr. Alain DERVAUX (Amiens) et Dr. Bernard ANGERVILLE (Amiens)

Autrefois, le Pharmakon était à la fois poison et remède, puissance curative dans la mesure, puissance destructrice dans la démesure. Le LSD et la MDMA ont d'abord été expérimentés en milieu militaire dans les années 1950. Le LSD a été une drogue à la mode dans les années 1960, la MDMA dans les années 1990, la kétamine dans les années 2000. Même si le cannabidiol n'est pas considéré comme une drogue, son utilisation est populaire depuis quelques années. Plusieurs études ont suggéré que ces substances pouvaient avoir aussi un intérêt en thérapeutique psychiatrique.

D'après les revues systématiques les plus récentes, le LSD pourrait réduire l'anxiété et la dépression chez les patients atteints de cancer et certains symptômes de dépendance à l'alcool et au tabac (Gasser 2015, Liechti 2017, Dos Santos 2018, Rucker 2018). La portée de ces études est néanmoins limitée par de très faibles nombres de patients inclus, l'absence de comparaison avec un placebo et une durée limitée.

Des études de phase 2 ont retrouvé que la MDMA, « amplificateur sérotoninergique », pouvait être efficace pour faciliter les psychothérapies dans les états de stress post-traumatiques (Amoroso 2016, Schenk 2018). Sous supervision médicale, la MDMA à 2 ou 3 occasions, pourrait aider les sujets souffrant de stress post-traumatique à verbaliser les souvenirs traumatiques en atténuant les émotions négatives qui les submergent (Sessa 2017). Ces effets pourraient être liés à une diminution de l'activité cérébrale dans l'amygdale et l'insula, régions impliquées dans les phénomènes d'extinction de la peur (Feduccia 2018). Ces effets sont limités par le potentiel d'abus et la neurotoxicité de la molécule.

L'efficacité de la kétamine, antagoniste des récepteurs NMDA, auparavant utilisée comme anesthésique, a été montrée dans la dépression en association avec les antidépresseurs et dans les idées suicidaires (Canuso 2018, Dely 2018). Sa spécificité est sa rapidité d'action. Son action se maintient à long terme. La eskétamine a récemment reçu une autorisation de la FDA de mise sur le marché aux Etats-Unis dans la dépression résistante (doses : 28 mg, 56 mg, 84 mg). Un système de surveillance a été établi afin de prévenir le mésusage et le détournement, notamment dans les milieux festifs.

Le cannabidiol est l'un des deux principes actifs du cannabis, avec le delta-9-THC dont l'affinité est 100 fois plus faible pour les récepteurs cannabinoïdes cérébraux CB1. Le cannabidiol a fait l'objet de nombreuses publications en raison de ses propriétés modulant les effets du delta-9-THC. Une étude randomisée en double aveugle, contre placebo préliminaire a suggéré que le cannabidiol n'avait pas d'effet euphorisant ni de potentiel addictif (Haney 2016). Des études préliminaires chez l'animal et précliniques chez l'homme ont montré que le cannabidiol pouvait avoir un intérêt dans certaines épilepsies résistantes aux traitements classiques chez l'enfant et le jeune adulte, dans les troubles anxieux, les troubles psychotiques ou les addictions (Fasinu 2016, Mc Guire 2018). Plusieurs études en cours, enregistrées sur clinicaltrials.com, évaluent les effets du cannabidiol dans des populations plus importantes de sujets présentant des troubles psychotiques et de phobie sociale.

L'INTELLIGENCE ARTIFICIELLE AU SERVICE DE LA SANTÉ

O701 - LES APPLICATIONS DE L'IA EN PSYCHIATRIE

M. Eric THERON (Paris)

L'Intelligence Artificielle est un domaine en pleine expansion. Il n'est pas une journée sans qu'on annonce telle ou telle performance et le domaine médical représente environ 30% des cas d'applications. Le domaine de la psychiatrie est par ailleurs également en évolution grâce aux découvertes sur le comportement du cerveau, apporté par les neurosciences.

Bientôt la psychiatrie va s'appuyer sur trois pieds : la psychiatrie conventionnelle, les neurosciences et l'intelligence artificielle. Aujourd'hui ce sont encore trois disciplines distinctes mais elles vont devoir tisser entre elles des liens forts et se connaître mutuellement. L'intelligence artificielle pose de nombreuses questions : Est-elle fiable ? Un psychiatre doit-il faire confiance à une intelligence artificielle ? Quels sont, ou seront, les outils à disposition ? Quels apports en attendre concrètement pour les patients ?

Cette conférence tentera de donner un éclairage scientifique sur ces questions. En premier lieu, elle fera le point sur l'état de l'art des différentes techniques d'intelligence artificielles en faisant le parallèle avec certaines similarités dans le fonctionnement du cerveau humain. Elle expliquera comment apprennent les réseaux de neurones, l'importance de l'apprentissage dans la fiabilité.

Ensuite seront abordées les outils actuels d'IA en psychiatrie, puis certains travaux de recherche avancés sur la compréhension des troubles de la conscience et la détection des personnes à tendance suicidaires, puis quelques exemples d'accompagnement au quotidien par des intelligences artificielles. Enfin une vidéo de psychiatre virtuel sera présentée.

O702 - DES ROBOTS POUR FAVORISER L'AUTONOMIE ?

Société Blue Frog Robotics

Un intervenant de la société Blue Frog Robotics vous donnera des exemples de l'intérêt des robots dans l'aide au maintien à domicile.



Nouveaux enjeux du corps en psychiatrie et santé mentale

ORGANISATION DES SOINS : DEUX EXEMPLES D'ÉVOLUTION DU CORPS SOCIAL

O801 - LA CHAIRE HUMANITÉ ET SANTÉ AU CNAM : SENTINELLE ET SOIN

Dr. Philippe NUSS (Paris) pour Mme Cynthia FLEURY (Paris)

Si le soin se prodigue dans la relation duelle entre patient et soignant, il est aussi le fruit de l'instauration d'un système social et politique qui le rend possible. Si le soignant a tendance à juger sa bienfaisance à l'aune de son expérience chaque fois singulière et l'institutionnel à dénaturiser le soin afin de développer des concepts opérationnels presque indépendants du soin, le corps social dans son entier sert idéalement de balancier pour équilibrer ses deux extrêmes. La Chaire Humanité et Santé du CNAM est une instance universitaire qui essaie de penser cette interface. Cynthia Fleury qui la dirige nous fera part de sa conception du rôle de cette instance qui combine des approches philosophiques, pragmatiques, citoyennes et humanistes.

O802 - LE PARTENARIAT PUBLIC PRIVÉ : FAVORISER LA PRISE EN CHARGE HOLISTIQUE

Dr. Vincent MASETTI (Paris)

Très souvent, sont opposées les structures privées aux structures publiques. Les unes sont suspectes de ne prendre en charge et n'accepter que des patients aux troubles dits légers. Quant aux autres, elles se plaignent de devoir accueillir tout patient quel que soit sa pathologie et ses comorbidités. Dans l'organisation actuelle du système de soins qui tend à tarifier chaque acte, qui exige des durées moyennes de séjours courtes, il semble ainsi que les premières soient favorisées par rapport aux secondes. Cependant, il apparaît que les fonctions de ces différentes structures se complètent plus qu'elles ne s'opposent. Le propos de cette présentation sera de montrer que chacune de ces organisations a sa place dans le système de soins d'aujourd'hui et que les fonctions de l'une viendront s'adosser aux fonctions de la seconde.

ATELIERS

A1 - LES EXAMENS BIOLOGIQUES EN PSYCHIATRIE QUOTIDIENNE

Dr. Alexis BOURLA (Paris)

La psychiatrie a longtemps été considérée comme dédiée aux troubles sans substrat organique.

Pourtant, nombreuses sont les études qui montrent que cette scission « corps-esprit » n'a plus lieu d'être : inflammation, microbiote, facteurs génétiques, épigénétiques, neurobiochimiques influencent les maladies psychiatriques. Par ailleurs, un grand nombre de pathologies somatiques ont une expression psychique. Ainsi, les bilans biologiques ont une place en psychiatrie, tant sur le versant diagnostic que pré-thérapeutique. L'objectif n'est pas de multiplier les examens complémentaires, mais de savoir quand et comment les prescrire.

Quel est le bilan initial recommandé en cas de 1er épisode psychiatrique ?

Quel est le bilan pré-thérapeutique avant la mise en place d'un antidépresseur, d'un régulateur d'humeur, d'un antipsychotique ?

Quel est le bilan étendu que l'on doit réaliser en cas de trouble pharmacorésistant ?

Quel est le bilan étendu à réaliser en cas d'atypicité psychiatrique (recherche d'un trouble organo-psychiatrique) ?

A2 - INTÉGRER LES PAIRS ET LES FAMILLES DANS LA PRISE EN CHARGE

M. Jean-Christophe LEROY (Lausanne)

Depuis une dizaine d'années, les formations pour les pairs en santé mentale se sont développées dans les pays francophones. Ces formations sont structurées, reconnues et couvrent un large éventail de connaissances. Des dispositifs similaires se mettent en place pour les proches aidants, au-delà de la psychoéducation déjà bien reconnue.

L'intégration de ces nouveaux acteurs ainsi formés dans les dispositifs de prise en charge existants est un véritable challenge organisationnel. Cela bouscule les acquis et les habitudes. Une concentration d'expérimentations est particulièrement visible partout où le concept du rétablissement est communément admis. Les effets positifs sont nombreux. Le partage du vécu de la maladie psychique et du parcours de rétablissement, est un élément clé de communication pour former une alliance thérapeutique.



De la même façon, l'intervention précoce auprès des proches permet de stabiliser puis de collaborer avec l'environnement du patient évitant ainsi la dégradation de la santé mentale des familles et une meilleure adhérence des patients à la prise en charge.

Au-delà de leur intégration à la prise en charge, la recherche et le développement de nouveaux dispositifs, la formation des professionnels, le financement des structures sont également influencés par ces nouveaux acteurs.

L'atelier présentera, en s'appuyant particulièrement sur l'expérience Suisse, les formations en place, les challenges d'intégration et de maintien des nouveaux acteurs et les dispositifs qui ont fait leurs preuves. Il aura ensuite pour objectif de coconstruire avec les participants des exemples d'applications pratiques de l'intégration des pairs et des familles dans leurs secteurs respectifs.

A3 - COMMENT PRENDRE EN CHARGE L'ALIMENTATION D'UNE PERSONNE SOUFFRANT DE BOULIMIE ?

Mme Adelaïde d'ABOVILLE (Paris)
Diététicienne nutritionniste

Parce qu'il n'existe pas de méthode type applicable à tous, il est intéressant de réfléchir à une approche la plus adaptable possible en mettant en avant les qualités indispensables pour être le plus utile possible. Quelles sont les clés diététiques à délivrer ? Comment se déroule une séance diététique en cabinet ? De quels outils disposons-nous ? Nous travaillerons à partir de cas pratiques.

A4 - PERSONNES ATTEINTES D'ALZHEIMER : CONTRIBUTION DES PROCHES ET DES STRUCTURES DE MAINTIEN À DOMICILE

Mme Miryam BENARROCHE, Mme Victoire MANDOSSE, Dr. Philippe NUSS (Paris)

Le vieillissement de la population française en raison de l'augmentation de l'espérance de vie est un des facteurs associés au nombre croissant dans nos consultations et services de personnes souffrant de neurodégénérescence, particulièrement de maladie d'Alzheimer. Le maintien à domicile de ces personnes est souvent, quand il est possible, préférable. Les proches sont alors en première ligne devant combiner leur rôle central de continuité du lien affectif avec celui d'instigateur de fonctions logistiques de plus en plus importantes. Progressivement ces deux caractéristiques s'entrelacent et, la maladie progressant, s'épuisent réciproquement. Interviendront dans cet atelier deux personnes. La première est la créatrice d'une remarquable structure d'aide au maintien à domicile et à la prise en charge de personnes en situation de dépendance. La seconde est la fille d'une personne ayant développé la maladie d'Alzheimer. Le but est de nous faire découvrir de l'intérieur les enjeux de ces deux soutiens complémentaires afin de nous aider comme thérapeute à participer à cet effort où l'équilibre dynamique des forces de soutien est aussi important que la puissance de chacune d'entre elles.

A5 - INTRODUCTION À LA WELL-BEING THERAPY, LA PSYCHOTHÉRAPIE DU BIEN-ÊTRE

Dr. Jean-Victor BLANC, psychiatre, Service de Psychiatrie et d'Addictologie de l'adulte, Hôpital Saint-Antoine (Paris).
Dr. Marie-Victoire CHOPIN, Docteur en psychopathologie, psychologue clinicienne, Service de Psychiatrie et d'Addictologie de l'adulte, Hôpital Saint-Antoine (Paris).

Un des enjeux au long cours dans la prise en charge des épisodes dépressifs est le traitement des symptômes résiduels et la prévention de la rechute. Si les traitements antidépresseurs pharmacologiques sont efficaces, l'association d'une psychothérapie cognitivo-comportementale (TCC) est fortement recommandée.

La Well Being Therapy (WBT) est une psychothérapie brève qui met l'accent sur l'auto-observation et l'utilisation d'exercices. S'inspirant de la TCC, la WBT est néanmoins différente. Si la TCC classique encourage la personne à se centrer sur ses expériences, pensées et comportements négatifs, la WBT offre une nouvelle façon d'envisager le rapport au problème abordé.

En effet, cette méthode va plus loin dans la psychologie positive et repose sur un modèle pluridimensionnel du fonctionnement humain, développé par Marie Jahoda [1]. Ce modèle intègre 6 critères de bonne santé mentale : l'autonomie, la maîtrise de son environnement, les relations interpersonnelles positives, le sentiment de croissance personnelle, le fait de donner un sens à sa vie et l'acceptation de soi.

Méthode pragmatique, compréhensible et facile à utiliser, la WBT cible les domaines clés de la vie. Il s'agit d'une stratégie « test & learn », qui vise à trouver une solution individualisée à des difficultés psychologiques.

Après une présentation des principes et indications de la WBT, cet atelier intégrera également des applications pratiques afin de se familiariser avec ce nouvel outil psychothérapeutique [2].

[1] Jahoda M: Current Concepts of Positive Mental Health. New York, Basic Books, 1958.

[2] Fava GA. Well-Being Therapy: Current Indications and Emerging Perspectives. Psychother Psychosom. 2016;85(3):136-45.

Nouveaux enjeux du corps en psychiatrie et santé mentale



LIVRE D'ABSTRACTS
COMMUNICATIONS POSTERS



P1 - LE DOUANIER ROUSSEAU, LA RÉSISTANCE À L'EXCLUSION, LE POUVOIR DU CERVEAU

Dr. Joëlle SKRIABINE

Il s'agit de montrer comment Le Douanier Rousseau, peintre autodidacte moqué par ses pairs, construit ce qui va être une oeuvre d'art pour la postérité. Novateur, il l'est quand il peint en surplomb et en aplats de couleurs, comme dans les estampes japonaises.

Novateur, il l'est aussi quand il se dévoile, dans ses peintures de scènes de vie campagnardes ou de jungles.

A l'insu de tous, il se représente sous la forme de « peintre paysage » avec ceux et ce qu'il aime, ou sous la forme d'avatars animaux cachés ou exposés dans une jungle, celle du monde de l'art.

Son génie réside dans la richesse de sa palette de couleurs déclinées en vingt teintes, qui par la douceur ainsi rendue, invite à rentrer entre les plans juxtaposés du décor peint pour y regarder caché une scène.

Son génie est aussi de faire de ses peintures un rébus qui laisse découvrir au fil de notre regard sur ses oeuvres, son ressenti, sa vie professionnelle, sa vie intime, ses combats, ses racines, et son désir indéfectible d'en peindre quelque chose. A la façon des estampes japonaises qui racontent toujours une histoire, il nous raconte la sienne.

Il sait convoquer l'objet regard, dans la frontalité oraculaire des regards figés de ses amis peints, dans les regards rétrécis ou agrandis par la peur de ses avatars félins, ou dans ceux moqueurs et débonnaire de ses singes qui singent les hommes. Tous ces regards qui croisent le notre, nous pressent de rentrer dans un intime que Le Douanier Rousseau veut partager ainsi avec nous.

Nous commençons à voyager dans un monde intérieur que Le Douanier Rousseau a réussi à transcrire en peinture. Et c'est ainsi de mon point de vue que Le Douanier Rousseau, peintre autodidacte inspiré, a pu réussir à être cet artiste reconnu par tous.

P2 - LA PEAU SAIT PARLER

Bogdan PAVLOVICI, pédopsychiatre, praticien hospitalier, CMPE de VERSAILLES, service CHU du Professeur Mario SPERANZA, hôpital André MIGNOT, e-mail : bpavlovici@ch-versailles.fr

Présentation d'une vignette clinique censée démontrer la place qu'on devrait accorder au symptôme en psychiatrie comme en médecine somatique, ainsi que la façon dont on devrait travailler à partir du symptôme.

L'idée est qu'il ne faut pas viser d'emblée l'extinction du symptôme, sauf si on est face à un patient douloureux, ou en fin de vie, ou ayant un symptôme très handicapant.

Le symptôme a avant tout une fonction dans l'économie psychique de la personne ou dans l'économie du système d'appartenance du patient (famille, groupe élargi).

Avant de devenir un problème, le symptôme était une tentative de solution, certes maladroite, mais une tentative quand même, faute de mieux.

Donc, si on enlève au patient une tentative de solution, même maladroite, que lui reste-t-il comme solution ?

Si on se précipite à éteindre le symptôme, sans comprendre la fonction qu'il a et sans trouver une solution meilleure que le symptôme, celui-ci soit ne disparaîtra pas, soit apparaîtra sous une autre forme, soit le patient ne reviendra pas.

La vignette clinique montrera comment, avant de faire disparaître un symptôme, il s'agit d'abord de l'utiliser pour mettre en forme le problème du patient, afin que ce problème devienne traitable. On utilise donc le symptôme pour en retirer toute l'information pertinente qui est contenue et condensée dedans.

Cas Audrey et le prurit inconsolable

Audrey, 8 ans, se plaint d'un prurit inconsolable.

Nous verrons comment à partir d'un « dessin stratégique » que je vais proposer, le symptôme du prurit va nous révéler tout un scénario relationnel piégeant pour la fillette. Nous verrons ensuite comment on peut la dégager, très rapidement, en travaillant à partir du scénario révélé.

Conclusion :

Plutôt que de viser l'extinction du symptôme, j'ai pu retirer toutes les informations pertinentes et utiles qu'il contenait, et en faire un véritable allié thérapeutique. Le résultat fut rapide, au terme d'une thérapie qu'on pourrait appeler « brève ».

Le fait de proposer à un tel patient, comme le ferait certains confrères, deux voire trois séances de psychothérapie individuelle par semaine est d'abord irréaliste dans la société où nous vivons, mais c'est surtout une très bonne stratégie pour entretenir un confort à rester à l'intérieur des murailles et ne jamais en sortir, protégé par la « contenance bienveillante » du soi-disant thérapeute. Et on fabrique des « bébés à vie », selon une jolie expression de François Roustang.

Et pour terminer, je cite Lucien Kohk : « Aussi, le thérapeute se doit d'être participant et non pas seulement un accommodateur de consommation et de convenance de masse. L'empowerment s'avère nécessaire à plusieurs niveaux, les enjeux et les situations rencontrées ne permettant plus de concevoir des nosographies figées et programmatiques. Chaque traitement devient aussi un pont et un acte de formation envers d'autres humains et envers des actes futurs. »

Nouveaux enjeux du corps en psychiatrie et santé mentale

P3 - IMPACT DE LA CONSANGUINITÉ PARENTALE SUR LA MORBIDITÉ PSYCHIATRIQUE, AU SUJET DE LA SCHIZOPHRÉNIE

Auteur : O. BENELMOULOUD
Adresse : Faculté de médecine, Université de Constantine 3 ALGERIE
Co-auteur : M. BENABBAS
Adresse : H M R U C / 5RM

Notre travail se propose de mettre en relief, à travers la prégnance d'un milieu culturel traditionnel, l'importance de la consanguinité et des facteurs héréditaires psychiatriques chez une population de malades.
L'approche culturelle nous permet de mieux appréhender le phénomène de la consanguinité singulièrement fréquente dans le Maghreb.

La pratique de l'endogamie avec des mariages fréquents entre cousins germains peut être interprétée comme un mécanisme de défense destiné à protéger l'homogénéité du groupe en excluant ou limitant toute « intrusion étrangère » susceptible de pervertir les valeurs essentielles du clan familial.
À l'inverse les unions consanguines sont rarement signalées en Europe.

On estime généralement que ce sont surtout les populations réduites et isolées à indice migratoire très faible qui sont le plus exposées au risque de consanguinité.

Dans certaines régions du pays, des zones sont connues pour leur « renfermement familial » et devenant ainsi un modèle où la filiation est unifiée.
Les résultats retrouvés convergent vers l'impact de la consanguinité parentale avec une forte morbidité familiale sur la genèse de la schizophrénie et même le type de forme clinique,

D'ailleurs 33.5% de schizophrènes recensés présentent simultanément une consanguinité de premier degré et une présence de morbidité psychiatrique familiale.

P4 - CROYANCE RELIGIEUSE ET CONDUITES D'IMMOLATION

Auteur : Ouafia BENELMOULOUD
Adresse : Faculté de médecine, Université de Constantine 3 ALGERIE
Co-auteur : A. DJENANE*
*Service des brûlés, CHU de Constantine, ALGERIE

Au fait il s'agit d'une étude épidémiologique de type rétrospectif des conduites d'immolation dans la région de Constantine depuis l'avènement du printemps arabe et mettre en exergue ce qui reste de cette conduite en 2015.

Sur le plan méthodologique nous avons comparé le nombre de tentatives d'immolation recensées et hospitalisées au niveau du centre des brûlés du CHU de Constantine (le seul centre au niveau de l'Est Algérien) durant les années 2009 , 2010, 2013 et 2014 et posé des conclusions concernant la prévalence de cette manière de revendication.

Est-ce que c'est un événement événementiel circonscrit dans le temps ou bien une nouvelle conduite de protestation et exprimant un malaise socioculturel ?

P5 - LES MARQUEURS DE VULNÉRABILITÉ À LA SCHIZOPHRÉNIE : ONT-ILS UN SENS AU REGARD DES NEUROSCIENCES ?

Auteur : O BENELMOULOUD
Adresse : Faculté de médecine, Université de Constantine 3 ALGERIE
Co-auteur : M.BENABBAS
Adresse : HMRUC/5RM ALGERIE

Il s'agit d'énumérer les différents tests neuropsychologiques et neurophysiologiques utilisés à travers le monde pour déceler des vulnérabilités à la schizophrénie chez des sujets appariements asymptomatiques.
Quel est l'état des lieux dans notre pays, a-t-on à notre disposition ce genre de moyens pour détecter une vulnérabilité ?
Enfin l'épineux problème éthique : faut-il traiter une personne qui présente des résultats positifs aux divers tests mais reste asymptomatique ?



P6 - PERSONNALITÉ MULTIPLE : DISSOCIATION PSYCHIQUE OU PERSONNAGE IMAGINAIRE ? À PROPOS D'UN CAS

Auteurs : L. DONNART, P. GROLLEAU, R. COURCIERAS, S. VOILLET, M. MARINESCU, F. VIDEAU
C.H.S. G. MAZURELLE, Pôle Est de Psychiatrie Générale, 85 000 LA ROCHE SUR YON

Le trouble dissociatif de l'identité, défini comme une perturbation de l'identité caractérisée par deux ou plusieurs états de personnalité distincts associé à de fréquents troubles de mémoire ne pouvant être du registre de l'oubli ordinaire, est une entité nosographique sujette à de multiples controverses dans la littérature quant à sa validité en terme diagnostique et sa pertinence clinique. L'histoire des troubles dissociatifs, rejoignant celle de l'hystérie, débute au XIXème siècle avec les travaux de Charcot, Janet et Freud. Tombée dans le désintérêt, cette entité, dont des événements traumatiques (réels ou imaginaires) seraient à l'émergence, suscite un regain d'intérêt dans les années 1980 avec son apparition en tant que trouble personnalité multiple dans le DSM III, dans un contexte de problématique de maltraitements infantiles aux Etats-Unis au cœur de l'actualité. Après une vague d'épidémie de trouble personnalité multiple, le DSM IV et DSM V incite à la prudence quant à ce diagnostic et le renomme trouble dissociatif de l'identité. Les auteurs ouvrent la réflexion en partant d'un cas exemplaire d'une jeune fille de 17 ans hospitalisée pour acte hétéro-agressif envers une de ses camarades. Cette jeune fille explique le passage à l'acte comme celui de sa deuxième personnalité, et relate une amnésie totale des faits. Elle racontera lors des entretiens, l'apparition au fil du temps de plus d'une douzaine de personnalités coexistantes avec elle depuis l'âge de ses quatre ans, aux histoires inspirées et enrichies de romans de science-fiction. Les auteurs se confrontent à la difficulté d'un diagnostic de trouble dissociatif de l'identité et ces multiples diagnostics différentiels, partagés entre véracité des troubles ou simulation baignée dans une imagination débordante.

P7 - LE CORPS DOULOUREUX CHEZ LA PERSONNE AVEC AUTISME : IMPACT DE LA PERCEPTION SENSORIELLE

Auteurs : Mélanie ANTONINI, Laurence ANDRE, Jean-Didier EBERHARDT,
De l'Association Hospitalière Sainte Marie de Nice

La perception regroupe l'ensemble des connaissances sur le monde qui viennent des sens, autrement dit, le processus par lequel un organisme collecte, interprète et comprend les informations en provenance du monde extérieur par l'intermédiaire de ce qu'il voit, entend, goûte, ressent... selon plusieurs étapes :

- Perception d'un stimulus : Les personnes avec autisme perçoivent tous les stimuli de leur environnement sans filtre et sans sélection des informations sensorielles pertinentes ou non.
- Sensation : Processus élémentaire qui est uniquement de l'ordre du ressenti.
- Interprétation : Permet de traduire les sensations en objet de perception sensoriel et de définir « l'objet » de la sensation.
- Compréhension : Processus durant lequel les informations sensorielles vont être analysées par la partie dédiée du cortex et une fonction cognitive liée à des éléments de mémoire va apparaître.

Toutes ces étapes peuvent être perturbées :

La perception des stimuli peut devenir douloureux – mauvaise réception ou trouble de la transmission ainsi que la transformation en sensation. Et enfin la compréhension de ce trouble pour l'adaptation.

Hypothèses complémentaires dans le corps douloureux : taux plus élevé de β -endorphines avec possible implication des opioïdes, déficit socio-communicatif.

Exemples de dérèglement sensoriel :

Réactions d'hypersensibilité auditive : Comportements d'évitement par rapport à certains sons (s'isole, met les mains sur les oreilles...), crie, dort avec la tête sous les draps, entend des bruits infimes, a le sommeil léger, répète toujours le même bruit...

Réactions d'hyposensibilité olfactive et gustative : Met tout en bouche, sent tout et tout le monde...

Réactions d'hyposensibilité visuelle : La personne est fascinée par la lumière forte – le soleil – les couleurs – les miroirs – les reflets brillants, elle agite ses mains devant les yeux, suit le contour des objets et les examine en tâtonnant, enfonce les doigts dans ses yeux...

Réactions d'hypersensibilité tactile : Ne veut pas être touchée, elle se retire lorsqu'on lui tend la main, elle ne supporte pas certains tissus, elle réagit de façon extrême au chaud – au froid – à la douleur, elle a des difficultés avec la texture de certains aliments – à prendre la douche – à se brosser les dents...

Aux vues de ces difficultés, un protocole est proposé au sein de nos unités :

Protocole proposé à la Clinique des Autistes :

- Observations cliniques avec échelles de la douleur DoliPlus et AlgoPlus
- Recherche de modifications du comportement
- Établissement d'un profil sensoriel individualisé et codifié
- Établissement d'une prise en charge individualisée avec :
 - › Adaptation environnementale
 - › Si troubles comportementaux observés : Protocole médicamenteux systématique
 - Antalgique
 - Protecteur gastrique
 - Traitement régulateur du transit

L'évaluation de la diminution des troubles comportementaux ainsi que l'amélioration de la qualité de vie peuvent être des indicateurs d'une meilleure prise en charge de la douleur avec notamment une meilleure adaptation à leurs particularités sensorielles.

Nouveaux enjeux du corps en psychiatrie et santé mentale

P8 - INTÉRÊT DE L'AUTOPSIE PSYCHOLOGIQUE DANS L'ÉVALUATION PSYCHOPATHOLOGIQUE DES SUICIDES À L'EST ALGERIEN À PROPOS D'UNE ENQUÊTE SUR 6 ANS

Auteur : M. BENABBAS
Adresse : H M R U C /5RM, ALGERIE
Co-auteur : O. BENELMOULOUD
Adresse : Faculté de médecine, Université de Constantine 3, ALGERIE

Il s'agit d'une étude épidémiologique des suicides à l'Est algérien (15 wilayas) à travers des autopsies psychologiques (de 2003 à 2008) où plusieurs variables ont été étudiées afin d'établir un profil type du suicidant en Algérie.

Les variables étudiées sont : l'âge, le sexe, la profession, le lieu d'habitation, l'existence d'événements de vie, les antécédents psychiatriques et éventuellement des antécédents de TS, source de renseignements (auprès de qui nous avons recueillis les renseignements : père, mère, frère, sœur...) et le procédé utilisé pour le suicide.

Au total nous avons recensé 1 263 cas de suicide ayant un âge de 15 ans et plus survenus au niveau des populations du Nord-Est algérien durant la période de 2003 à 2008.

La conclusion porte sur l'émergence de certaines variables pouvant être des facteurs de risque à savoir : l'âge compris entre 30 et 45 ans, le sexe masculin, les difficultés financières sociales et surtout la mal vie, présence d'un diagnostic psychiatrique sur l'axe 1 du DSM IV.R et enfin les difficultés d'accès aux soins primaires dans les zones urbaines.

Enfin les auteurs font ressortir les prévalences pour 100 000 habitants par wilaya et la prévalence moyenne pour l'ensemble de l'Est algérien.

Mots clés : Autopsies psychologiques, suicides, facteurs de risque, prévention

P9 - L'ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE ÂGE, QUELLE SÉMIOLOGIE ?

Auteur : O. BENELMOULOUD
Adresse : Faculté de médecine, Université de Constantine 3 ALGERIE
Co-auteur : M. BENABBAS
Adresse : HMRUC/5RM ALGERIE

L'auteur retrace la sémiologie d'un PTSD chronique (DSMIV.R) chez un sujet âgé à travers une présentation clinique et tout en mettant en avant les spécificités sémiologiques (absences et/ou absences de certains critères du DSM) et diagnostiques (qu'il soit positif et surtout différentiel, étape cruciale de décision de traitement) du PTSD chronique chez le sujet âgé ainsi que les éventuels types de prise en charge mise à notre disposition dans notre pays qu'ils soient chimiothérapeutiques à base d'inhibiteurs sélectifs de recapture de la sérotonine (ISRS) et/ou de molécules anxiolytiques et enfin psychothérapeutiques.

P10 - L'INSIGHT PEUT-IL PRÉDIRE LE PRONOSTIC D'UN TROUBLE PSYCHOTIQUE DÉBUTANT ?

Auteur : O. BENELMOULOUD
Adresse : Faculté de médecine, Université de Constantine 3 ALGERIE
Co-auteur : M. BENABBAS
Adresse : HMRUC/5RM ALGERIE

Il s'agit d'une étude prospective sur 15 mois effectuée chez des patients qui se sont présentés pour la première fois aux urgences durant la période allant du 1er janvier à fin décembre 2012.

Après 15 mois d'évolution, rémission complète dans 53 % des cas, 19 % schizophrénie et 28 % de trouble bipolaire.

Les scores de cotation à la PANSS et à l'ITAQ rendent compte d'une valeur prédictive de l'item insight quant à une bonne ou mauvaise évolution du trouble initial.



P11 - PERCEPTIONS ET REPRÉSENTATIONS DE L'INTÉRIEUR DU CORPS DANS L'ANORÉXIE MENTALE : DES SPÉCIFICITÉS ?

Auteurs : Aude PAQUET1, Céline PASSERIEUX2 et Marie-Christine BOULE3

1. Fédération de Recherche et de l'Innovation en Psychiatrie du Limousin, Unité Recherche et Neurostimulation, Centre Hospitalier Esquirol, 15 rue du Dr Marcland, 871000, Limoges
2. Pôle d'addictologie en Limousin, CMP Trouble des Conduites Alimentaires, Centre Hospitalier Esquirol, 15 rue du Dr Marcland, 871000, Limoges
3. Pôle Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent, Centre Hospitalier Esquirol, 15 rue du Dr Marcland, 871000, Limoges

E-mail : audepaquet@gmail.com

Les troubles de l'image du corps sont un facteur de risque important de l'anorexie mentale (AM), dont ils constituent également un symptôme. La représentation conceptuelle du corps est altérée dans l'AM, mais des perturbations sensorielles et perceptives semblent aussi exister. De nombreuses études sur l'image du corps dans l'AM se sont intéressées aux représentations affectives et esthétiques du corps mais les représentations et les perceptions de l'intérieur du corps n'ont peu ou pas été étudiées.

Objectif : Cette étude propose d'explorer des perceptions intéroceptives et des représentations de l'intérieur du corps chez des personnes avec AM en comparaison avec des personnes contrôles exemptes de pathologies (C).

Méthode : Les représentations de l'intérieur du corps sont évaluées à partir d'un dessin de l'intérieur du corps et de ses annotations, et la conscience intéroceptive à partir de deux tâches perceptives : 1) détection des battements cardiaques, 2) perception de la douleur par induction d'ischémie. Des évaluations cliniques complètent ces tests : IMC ; troubles des conduites alimentaires (Eating Attitude Test) ; niveau d'anxiété et de dépression (Hospital Anxiety and Depression) ; préoccupations corporelles (Body Shape Questionnaire) et satisfaction corporelle (Questionnaire de Satisfaction Corporelle et de Perception Globale de Soi).

Résultats : Nous présentons des résultats préliminaires concernant 37 participantes (20 avec AM et 17 exemptes de pathologie). Il existe des différences de caractéristiques cliniques (IMC, niveau d'anxiété, de dépression), des préoccupations corporelles, de la perception de soi entre les deux groupes. La conscience intéroceptive et les représentations de l'intérieur du corps ne diffèrent pas entre les groupes.

Conclusion : Les premiers résultats indiquent que les préoccupations corporelles et la satisfaction corporelle semblent très impactées dans le groupe AM, comme en témoigne la littérature sur les troubles de l'image du corps dans l'AM. Toutefois, l'image de l'intérieur du corps ne semble pas être affectée, au même titre que les perceptions intéroceptives. Des anomalies d'intégration multisensorielle associées à une modification perceptives pourraient avoir des conséquences sur la conscience que le sujet a de son propre corps. À partir d'une meilleure connaissance des aspects psycho-corporels, cette étude devrait permettre de mieux comprendre comment les personnes souffrant d'AM perçoivent, vivent et se représentent leur corps, ce qui est une base essentielle à tout travail thérapeutique impliquant le corps.

Mots-clés : Anorexie mentale, Perception, Conscience intéroceptive, Dessin, Représentation du corps

P12 - RÉPERCUSSIONS NEUROCOGNITIVES CHEZ DES TRAUMATISÉS CRANIENS MAROCAINS

SBAI C.1, HAMI H.2, BOULBAROUD S.3, AHAMI A.1, AZZAOU F-Z.1

1. Unité des Neurosciences Cognitivo-Comportementales et Nutrition Appliquée, Faculté des Sciences. Université Ibn Tofail, Kenitra, Maroc.
2. Laboratoire de Génétique et Biométrie, Faculté des Sciences. Université Ibn Tofail, Kenitra, Maroc.
3. Faculté Polydisciplinaire, Université Sultan My. Sliman, Beni Mellal, Maroc.

E-mail : azzaouifz@outlook.com

Le traumatisme crânien (TC) est toute atteinte cérébrale ou bulbaire caractérisée par une destruction ou une dysfonction d'un tissu cérébral d'origine traumatique. Les déficits neuropsychologiques consécutifs à un TC sont nombreux et dépendent principalement de la nature des lésions cérébrales.

L'objectif de notre étude est d'évaluer la fréquence d'anxiété, dépression, troubles de mémoire et d'estime de soi chez 95 patients hospitalisés au sein du Service de la Neurochirurgie à l'Hôpital des Spécialités de Rabat, Maroc. Cette évaluation a été faite par des tests neurocognitifs (Benton, Rosenberg, HAD, Cinq mots de Dubois et test de fluence verbale).

Les résultats obtenus montrent que 75 % des patients atteints sont des hommes, la tranche d'âge la plus affectée est celle de 18 à 30 ans et la cause fréquente du traumatisme est l'accident de la voie publique. En plus, la prévalence de l'anxiété et la dépression atteint respectivement 57 % et 59 %, 66 % des traumatisés ont présenté des troubles de mémoire sémantique et 58 % pour les troubles de mémoire de travail et finalement 77 % des traumatisés ont une faible estime de soi.

Mots clés : traumatisme crânien, anxiété, dépression, estime de soi, trouble de mémoire, Maroc.



Nouveaux enjeux du corps en psychiatrie et santé mentale

P13 - ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE ET FACTEURS DE RISQUE

Auteur : Dr. Aïcha MEGUERBA

Co-auteurs : Pr. Yacine BOUGUERMOUH, Dr. Nacera DJERAF, Dr. Leïla NAMANE

Faculté de Médecine de Blida; Psychiatres à l'Établissement Hospitalier Spécialisé Psychiatrique Frantz Fanon de Blida. Algérie.

Les facteurs de risque sont des signes avant-coureurs significatifs de l'État de Stress Post-Traumatique (ESPT).

Le simple fait d'être exposé à un événement traumatique, comme le combat militaire, les agressions personnelles violentes (physique, à caractère sexuel ou vol), le fait d'être pris en otage, les attaques terroristes, le génocide, la torture, l'incarcération en tant que prisonnier de guerre dans un camp de concentration, les catastrophes naturelles (séismes, volcans, ouragans, tornades, tsunamis, inondations ou pluies diluviennes) ou d'origine humaine (collision aérienne, l'explosion d'un réacteur nucléaire, ...), les accidents graves de la route, la découverte inopinée d'un cadavre, le trafic d'êtres humains (15 à 75% des personnes prostituées présentent un ESPT selon des études), les incendies/explosions entraînant des brûlures corporelles ou même le fait de recevoir le diagnostic d'une maladie mettant en jeu le pronostic vital, peut engendrer un ESPT.

En effet, un événement traumatique doit avoir impliqué soit des menaces de mort, des blessures graves ou une menace à l'intégrité physique de soi ou de quelqu'un d'autre ainsi qu'avoir entraîné des sentiments d'horreur, de peur intense ou d'impuissance selon le DSM-IV-TR.

Une kyrielle d'autres facteurs de risque, comme le genre, l'âge au moment de l'événement traumatique, le statut socio-économique, l'éducation, l'intelligence, la discrimination raciale, l'histoire familiale de troubles psychiatriques, les antécédents de troubles psychiatriques, les événements traumatiques antérieurs, la présence d'événements stressants ultérieurement à l'événement traumatique, le type de population (civile ou militaire) et le manque de soutien social post-traumatique, peut provoquer un ESPT.

Cependant, les antécédents d'événements traumatiques, les réactions péri-traumatiques et l'intolérance à l'incertitude apparaissent comme les facteurs de risque les plus saillants de l'ESPT.

Les variables péri-traumatiques et post-traumatiques, comme la sévérité du traumatisme, le manque de soutien social et la présence d'événements stressants ultérieurement à l'événement traumatique, ont un effet plus marqué que les variables pré-traumatiques.

Des statistiques révèlent l'impact négatif des agressions personnelles violentes au sein d'une famille. Approximativement, 25% des enfants exposés à ces violences développent un ESPT selon une étude portant sur 337 écoliers. Une recherche préliminaire suggère qu'un abus sur mineur peut interagir avec le stress et augmenter le risque de développer un ESPT à l'âge adulte selon une étude menée sur 900 écoliers.

D'autres exemples types d'ESPT seront présentés.

Identifier les facteurs de risque pourrait aider à dépister les patients susceptibles de développer un ESPT. En présence de stratégies de prévention, cela pourrait contribuer à diminuer les séquelles psychologiques et prévenir la chronicisation des réactions de stress.

P14 - DÉPRESSION MASQUÉE

Auteur : Dr. Nacera DJERAF

Co-auteurs : Pr. Yacine BOUGUERMOUH, Dr. Aïcha MEGUERBA, Dr. Leïla NAMANE

Etablissement hospitalier spécialisé en psychiatrie et faculté de médecine Saad Dahlab- Blida- Algérie

La dépression masquée est une dépression dans laquelle les symptômes psychiques sont en arrière plans par rapport aux symptômes physiques qui occupent le devant du tableau clinique responsables des errances diagnostiques et thérapeutiques.

Les douleurs musculaires et articulaires, la fatigue et l'insomnie, le manque d'appétit, les céphalées et les douleurs thoraciques, l'abus de substance et l'automédication sont autant de signes qui masquent et cachent les symptômes réels de la dépression dont la souffrance morale, l'auto dévaluation, la mésestime de soi, le sentiment de dévalorisation, la culpabilité, les ruminations anxieuses et les pensées suicidaires.

Les patients consultent plus facilement pour un malaise physique vague, une douleur au ventre diffuse, des vertiges ou maux de tête flous mais deviennent réticents dès qu'on soulève ou qu'on propose l'hypothèse d'une dépression après avoir fait passer tous les examens cliniques et para cliniques recommandés selon les plaintes et éliminer un processus somatiques évolutifs. De ce fait il est nécessaire en tant que thérapeute d'être vigilant et de penser à soulever l'éventualité d'une dépression masquée en cas d'échec des traitements médicamenteux pour soulager certaines manifestations somatiques ou des pathologies psychosomatiques afin de prévenir d'éventuelles complications de la dépression notamment le suicide.



P15 - IMPACT DE LA MALADIE MENTALE SUR LA FAMILLE À TRAVERS DES TÉMOIGNAGES

Auteur : Dr. Nacera DJERAF

Co-auteurs : Pr. Yacine BOUGUERMOUH, Dr. Aïcha MEGUERBA, Dr. Leila NAMANE

Etablissement hospitalier spécialisé en psychiatrie et faculté de médecine Saad Dahlab- Blida- Algérie

La vie de la famille quand un de ses membres est atteint d'un handicap mental est diversement impactée, surtout qui va s'occuper de lui quand on sait que le patient atteint d'une maladie mentale a besoin d'une assistance continue et qu'il ne peut pas s'assumer seul. Il dépend d'une autre personne qui doit s'assurer, sans essayer de le contrôler, qu'il a bien pris son traitement. Les psychiatres et les familles connaissent très bien les réticences de ses malades à prendre leur médicament soit à cause des effets secondaires ou par refus pour anosognosie, et le risque de rechute qui peut s'ensuivre avec tout le cortège des conséquences engendre notamment l'auto agressivité ou l'hétéro-agressivité, la violence et la dangerosité qui angoissent les familles de ses malades. Il s'instaure alors au sein de la famille un climat conflictuel et une forte culpabilité engendrant anxiété et dépression.

Les témoignages recueillis auprès des familles des malades illustrent bien ce problème et cette inquiétude concernant le devenir d'un de leur membre souffrant mentalement. Un parcours de combattant commence alors pour eux à la recherche de la meilleure manière de s'occuper de lui soit en sollicitant la participation de la fratrie, des cousins ou d'autres membres de la famille, même éloignée, démarches auprès des ministères (santé ou solidarité) pour soumettre un projet de construction d'un centre de convalescence spécialisé dans la prise en charge de ses patients fraîchement sortie de l'hôpital psychiatrique et qui reste vulnérables en absence d'un soutien ou d'une assistance, parfois même une manière pour eux de les réinsérer.

Sources : L'exercice quotidien dans un service long séjour.

P16 - LES THÉRAPIES COGNITIVES ET COMPORTEMENTALES DANS LA PRISE EN CHARGE DE LA SCHIZOPHRÉNIE

Auteur : Dr. Nacera DJERAF

Co-auteurs : Pr. Yacine BOUGUERMOUH, Dr. Aïcha MEGUERBA, Dr. Leila NAMANE

Etablissement hospitalier spécialisé en psychiatrie et faculté de médecine Saad Dahlab- Blida- Algérie

Les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) sont scientifiquement validées, elles se basent sur les interactions et les liens qui existent entre les émotions, les pensées et comportements pour soigner un problème, gêne ou souffrance actuelle de la personne. Progressivement elle amène le sujet à réfléchir et essayer de comprendre sa difficulté ou un blocage quel qu'il soit, ses pensées négatives ou travailler sur ses croyances qui sont à l'origine de comportements inadaptés. Les thérapies cognitivo-comportementales sont un ensemble de traitements sous forme de protocoles standardisés qui s'adressent à divers troubles psychiatriques (les phobies, troubles obsessionnels compulsifs, dépendances avec ou sans substance, et les réactions agressives), et sont actuellement largement conseillées dans la prise en charge de la schizophrénie en association avec les antipsychotiques. Elle visent à amener le malade à réfléchir sur la manière de percevoir ses troubles (hallucinations, délire), agir sur les comorbidités (addiction, anxiété et dépression), améliorer la communication pour optimiser le fonctionnement social, travailler sur l'estime de soi qui permettrait une meilleure qualité de vie. Mais les thérapies cognitives et comportementales ont des limites, tous les schizophrènes n'adhèrent pas facilement à la thérapie à cause de l'anosognosie et de la persistance partielle de certains troubles psychotiques et cognitifs, s'y ajoutent les problèmes socio-économiques auxquels ils sont confrontés, souvent les schizophrènes sont pauvres, ne travaillent pas ou dépendent de leur famille et donc ne peuvent pas toujours se permettre une thérapie dans un cabinet privé.

Sources : Thérapies cognitives et comportementales de JEROME PALAZZOLO / Thérapies comportementales et cognitives dans la schizophrénie de N.FRANK / Revue canadienne de psychiatrie 2001 / Fondation FONDA MENTAL



Nouveaux enjeux du corps en psychiatrie et santé mentale

P17 - LE DÉPISTAGE PRÉCOCE DANS LA PRÉVENTION DU RETARD MENTAL

Auteur : Dr. Aïcha MEGUERBA

Co-auteurs : Pr. Yacine BOUGUERMOUH, Dr. Nacera DJERAF, Dr. Leïla NAMANE

Établissement hospitalier spécialisé en psychiatrie et faculté de médecine Saad Dahlab- Blida- Algérie

Le retard mental est l'insuffisance du développement des facultés intellectuelles qui se manifeste dès la période infantile précoce. La détection et la prise en charge précoces sont importantes car il faut stimuler l'enfant souffrant de retard mental très tôt, il s'agit surtout de développer son autonomie et ses capacités sociales. La cause du retard mental n'est retrouvée que dans environ 30% des cas.

Parmi les étiologies connues :

1/ 80% sont d'origine anténatale.

2/ 10% sont dues à un accident périnatal.

3/ 10% sont des séquelles d'affections survenues après la naissance.

Un certain nombre d'affections entraînant un retard mental peut être évité si les affections sont diagnostiquées suffisamment tôt et que le traitement et le régime sont mis en œuvre précocement.

Les causes curables sont rares :

1/ La phénylcétonurie : le test de Guthrie systématique à la naissance permet le diagnostic précoce. Le traitement repose sur un régime pauvre en phénylalanine. La mise en place de programmes de dépistage néonatal de la phénylcétonurie dans les années 1960 et l'instauration d'un régime pauvre en phénylalanine peu après la naissance ont conduit à une population mondiale d'environ 50 000 individus phénylcétonuriques ayant des capacités cognitives normales.

2/ La galactosémie congénitale : un régime alimentaire sans lactose empêche l'apparition des différentes manifestations. Le lait et ses dérivés sont à proscrire durant toute l'existence du malade.

3/ L'hypoglycémie néonatale : le traitement repose sur la perfusion de sérum et des repas fréquents et fractionnés.

4/ L'ictère nucléaire : l'incompatibilité rhésus est la principale cause. Le traitement repose sur la photothérapie et surtout l'exsanguino-transfusion. L'injection systématique de gammaglobulines anti-D aux femmes rhésus négatif ayant accouché d'un bébé rhésus positif représente la meilleure prévention.

5/ L'hypothyroïdie : le traitement repose sur l'opothérapie substitutive : extraits thyroïdiens.

6/ L'hydrocéphalie progressive : le traitement est la pose d'une valve ventriculo-péritonéale.

7/ L'embryofœtopathie alcoolique peut être également évitée lorsque la femme enceinte ne boit pas d'alcool.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) déconseille toute consommation d'alcool même minime au cours de la grossesse. La prévention est primordiale dans le retard mental. Elle repose sur un certain nombre de mesures.

L'objectif principal du diagnostic étiologique du retard mental reste avant tout la recherche d'une cause curable afin d'instaurer un traitement ou donner un conseil génétique car un certain nombre de maladies sont transmissibles.



P18 - HOMOCYSTINURIE ET TROUBLES PSYCHIATRIQUES

Auteur : Dr. Aïcha MEGUERBA

Co-auteurs : Pr. Yacine BOUGUERMOUH, Dr. Nacera DJERAF

Faculté de Médecine de Blida, Psychiatres à l'Établissement Hospitalier Spécialisé Psychiatrique Frantz Fanon de Blida, Algérie.

L'homocystinurie, une affection génétique à transmission autosomique récessive, est une maladie métabolique rare, caractérisée par l'accumulation anormale dans l'organisme d'acides aminés issus de la métabolisation des protéines apportées par l'alimentation. Ces acides aminés sont la méthionine et l'homocystéine.

L'homocystéine est formée au cours de la dégradation de la méthionine en excès par rapport aux besoins de l'organisme. Le terme homocystinurie se réfère à la présence d'homocystéine dans l'urine survenant lorsque le taux sanguin d'homocystéine est élevé.

Il existe différents types d'homocystinurie causés par différents dysfonctionnements du métabolisme de la méthionine :

- 1) L'homocystinurie classique par déficit enzymatique en cystathionine bêta synthase (CBS) ;
- 2) L'homocystinurie par déficit enzymatique en méthylène tétrahydrofolate réductase (MTHFR) ;
- 3) L'acidémie méthylmalonique avec homocystinurie (AMH).

Concernant l'homocystinurie classique par déficit en CBS, les patients ne présentent aucun signe à la naissance. Sans traitement, la maladie progresse. Le malade présente des anomalies oculaires, squelettiques, des lésions vasculaires, des troubles neurologiques et psychiatriques. Quant à l'homocystinurie par déficit en MTHFR, l'affection débute en général dans la première année de la vie marquée par des signes neurologiques, des apnées récurrentes, une microcéphalie, des convulsions ainsi que des troubles psychiatriques.

Pour ce qui est de l'acidémie méthylmalonique avec homocystinurie (AMH) qui est une erreur innée du métabolisme de la vitamine B12 caractérisée par une anémie mégalo-blastique, un retard statur pondéral, un retard du développement, un déficit intellectuel et une épilepsie, il existe 4 classes de déficit en cobalamine dont la plus fréquente est le CBLC (lié à un défaut de la cobalamine réductase cytoplasmique).

L'homocystinurie associe un retard mental et d'autres troubles psychiatriques d'où l'intérêt réside dans l'importance d'un diagnostic précoce et, par conséquent, d'un traitement précoce pour atténuer les effets de la maladie.

P19 - TROUBLE BIPOLAIRE ET DÉPENDANCE À L'ALCOOL

Auteur : Dr. Aïcha MEGUERBA

Co-auteurs : Pr. Yacine BOUGUERMOUH, Dr. Nacera DJERAF

Faculté de Médecine de Blida, Psychiatres à l'Établissement Hospitalier Spécialisé Psychiatrique Frantz Fanon de Blida, Algérie.

Dans l'ensemble de la pathologie mentale, le trouble bipolaire est celui pour lequel la comorbidité addictive est la plus fréquente. La consommation de substances toxiques en général, et d'alcool en particulier, est particulièrement importante chez les patients souffrant de trouble bipolaire. De même, les diagnostics d'abus et de dépendance à l'alcool sont plus élevés chez ces patients qu'en population générale et ceci a été démontré dans tous les travaux épidémiologiques.

Ces travaux soulignent l'importance de la comorbidité alcoolo-dépendance/trouble bipolaire. Cette comorbidité a été prouvée par les trois plus importantes études nord-américaines : l'Epidemiological Catchment Area (ECA), l'étude de la National Comorbidity Survey réalisée en 1997 et l'étude NESARC (National Epidemiology Survey of Alcohol and Related Conditions) réalisée en 2005. Mais, les raisons de cette association restent mal connues.

Les principales hypothèses évoquées dans la littérature sont :

1) L'hypothèse d'une automédication du trouble bipolaire par l'alcool est contredite par la plupart des études épidémiologiques puisque le trouble bipolaire apparaît en même temps ou après le début de la dépendance à l'alcool dans plus d'un quart des cas dans la NESARC.

2) L'hypothèse de facteurs génétiques communs au trouble bipolaire et à la dépendance à l'alcool est rejetée par la plupart des études familiales, de jumeaux et d'adoption, qui montrent qu'addictions et troubles thymiques ont des modes de transmission relativement indépendants.

Mais d'autres données permettent de mieux comprendre les perturbations neurobiologiques en lien avec la consommation d'alcool chez les patients souffrant de troubles bipolaires.

L'addiction comorbide est un facteur de mauvais pronostic. Les patients sont plus fréquemment hospitalisés, ont un risque suicidaire accru et une augmentation des comportements violents rendant la prise en charge difficile.



Nouveaux enjeux du corps en psychiatrie et santé mentale

P20 - L'ADDICTION AUX JEUX VIDÉO

Auteur : Dr. Aïcha MEGUERBA

Co-auteurs : Pr. Yacine BOUGUERMOUH, Dr. Nacéra DJERAF, Dr. Leïla NAMANE

Faculté de Médecine de Blida, Psychiatres à l'Établissement Hospitalier Spécialisé Psychiatrique Frantz Fanon de Blida, Algérie.

C'est désormais officiel : l'addiction aux jeux vidéo a été formellement reconnue, le lundi 18 juin 2018, comme une maladie à part entière par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) au même titre que l'addiction à la cocaïne ou aux jeux d'argent.

Le trouble du jeu vidéo a intégré le chapitre sur les troubles de l'addiction de la 11^e version de la Classification Internationale des Maladies (CIM).

L'OMS considère l'addiction aux jeux vidéo comme « un comportement lié à la pratique des jeux vidéo ou des jeux sur internet, qui se caractérise par une perte de contrôle sur le jeu, une priorité accrue accordée au jeu au point que celui-ci prenne le pas sur d'autres centres d'intérêt et activités de la vie quotidienne et par la poursuite ou la pratique croissante du jeu en dépit des répercussions dommageables ».

Pour que le diagnostic puisse être établi, l'OMS précise que ce comportement extrême doit avoir des conséquences sur les « activités personnelles, familiales, sociales, éducatives, professionnelles », et « en principe, se manifester clairement sur une période d'au moins 12 mois ».

Dans le monde, 2,5 milliards de personnes sont atteintes de cette maladie ; ce sont essentiellement les jeunes qui y sont exposés.

Les risques de dépendance les plus importants concernent les jeux en réseaux et notamment les jeux de rôle multi-joueurs.

Il est considéré qu'il y a addiction aux jeux vidéo lorsque le joueur se livre à ce type d'occupation de façon excessive, c'est-à-dire à partir d'une trentaine d'heures par semaine bien plus que le temps consacré aux gros joueurs à savoir entre 18 et 20 heures par semaine.

Deux études : l'une menée aux USA en 2009 sur des adolescents de 8 à 18 ans a révélé que 8,5% des jeunes présentaient des symptômes d'addiction aux jeux vidéo et l'autre étude menée en Espagne en 2002 a dévoilé un taux semblable d'addiction aux jeux vidéo chez les jeunes espagnols.

Une étude, menée à Singapour auprès de 3034 enfants d'école élémentaire et secondaire, a montré que 83% d'entre eux jouaient occasionnellement (la moyenne était de 19 heures par semaine) tandis que 9,9% étaient considérés comme des joueurs pathologiques avec une moyenne de 31 heures par semaine. 1% des joueurs seulement qui n'étaient pas pathologiques le sont devenus deux ans plus tard.

Ce qui fait l'addiction, c'est lorsqu'il y a un dysfonctionnement du système de récompense : plus la personne dépendante nourrit ce système avec le jeu vidéo, plus le système de récompense ne s'active qu'avec ce jeu. L'adolescent se détend avec le jeu vidéo et aucune autre activité ne lui procurera autant de plaisir et de satisfaction.

Comment repérer une addiction aux jeux vidéo et comment aider son enfant à avoir du plaisir en dehors du jeu vidéo seront évoqués.

La lumière bleue est un véritable problème de santé publique selon Joëlle Adrien, neurobiologiste et présidente de l'institut national du sommeil et de la vigilance.

P21 - DÉMENCE ATYPIQUE : ET SI C'ÉTAIT UNE MALADIE GÉNÉTIQUE RARE ... ?

BONTE-BAERT^{1,2,3}, L. DE ROBIEN^{1,2,3} C. TALMANT^{1,2,3} M.C. BRALET^{1,2,4}

1. CHI EPSM Oise, 2. Pôle PRERPS, 3. Service de psychogériatrie et de psychiatrie du sujet âgé, 4. Institut de Psychiatrie, GDR 3557

Introduction : Le diagnostic de démence chez la personne avancée en âge évite souvent un questionnement sur l'origine de ce trouble. Une approche somatique permet dans des cas complexes d'éliminer des pathologies sous-jacentes et de comprendre l'origine de la diminution cognitive.

Objectif : exposer un cas complexe, chez une patiente avec de nombreuses comorbidités afin d'essayer d'expliquer sa démence.

Méthode : Mme G., 73 ans, a été hospitalisée dans notre structure de psychogériatrie pour une psychose vieillissante. Elle présentait des hallucinations visuelles, des troubles de l'équilibre, et des troubles de la vigilance à son entrée. Après un examen clinique et biologique approfondi nous découvrons que la patiente est atteinte de la maladie de Mélas et que sa sérologie syphilitique est positive. Il se pose alors la question pour nous de l'impact de ces deux pathologies sur sa dégénérescence cognitive. De plus, les symptômes peuvent-ils être les conséquences de ces deux maladies ou bien une réelle expression psychiatrique ? En effet, la prise en charge des symptômes et de la démence sera différente si c'est une démence d'origine idiopathique, ou une neurosyphilis ou bien encore due au syndrome de Mélas.

Conclusion : Il est important de ne pas s'arrêter au simple diagnostic clinique évident et de rechercher les diagnostics différentiels pouvant entraîner un tableau psychiatrique. Dans notre cas, la patiente avait une syphilis qui n'est pas au stade de neurosyphilis ce qui élimine une première hypothèse. Toutefois, la patiente n'ayant pu bénéficier d'un suivi de son syndrome de Mélas on ne peut objectiver la détérioration que la maladie a pu avoir sur son état cognitif. La littérature informe sur le bien fondé des thérapies pour préserver les fonctions cognitives dans ce syndrome.

Il semble important dans les prises en charge de personnes démentes de revenir sur la clinique et la biologie afin d'avoir une prise en charge optimale et ne pas de réduire au premier diagnostic évoqué.



P22 - LE TEMPS JOUE CONTRE NOUS : ÉVOLUTION D'UN PATIENT BIPOLAIRE DE TYPE 1 ET ÉCHAPPEMENT THÉRAPEUTIQUE AU FIL DES ANS

Auteurs : Alexandre CARPENTIER interne, Docteur Mathieu BULEUX, Docteur Marie-Cécile BRALET

Le trouble bipolaire est une maladie psychiatrique fréquente, d'évolution chronique et génératrice d'handicap. Son évolution et son pronostic connaissent de très grandes variations individuelles avec de nombreux facteurs liés aux caractéristiques de la pathologie (état mixte, cycles rapides, nombre d'épisodes etc.) et aux comorbidités. Le trouble bipolaire résistant se définit par l'incapacité de stabiliser la pathologie bipolaire malgré l'essai de molécules recommandées dans une durée minimale. Que faire face à ces situations fréquentes d'aggravation symptomatique et d'échappement thérapeutique ? C'est en prenant l'exemple d'un de nos patients suivis depuis plus de vingt-cinq ans que nous essaierons d'explorer l'évolution du trouble, d'expliquer son échappement thérapeutique et d'étayer la problématique de prise en charge thérapeutique de ce type de cas complexe.

M. F entre dans le parcours psychiatrique dans les années 90, il connaît de nombreuses hospitalisations pour épisodes maniaques ou épisodes dépressifs. La pathologie évolue rapidement vers des cycles rapides et des états mixtes. Les périodes d'euthymie et les délais entre les hospitalisations sont de plus en plus rares malgré l'usage de nombreux thymorégulateurs.

Le lithium semble être le médicament le plus efficace dans l'histoire clinique de M.F en diminuant le nombre de récurrences dépressives. Cependant, même ce traitement considéré comme le « gold standard » verra son efficacité limitée. D'autant que le patient connaît actuellement une dégradation de sa fonction rénale.

M. F reste depuis plusieurs années en hospitalisation complète. La rapidité d'alternance de ces cycles et la sévérité de leurs symptômes empêchent le patient, à l'heure actuelle, de développer un projet socio-professionnel.

L'échappement thérapeutique est une réalité à laquelle est confrontée bon nombre de patients bipolaires. Des associations moléculaires, parfois hors des recommandations peuvent s'avérer nécessaires pour permettre aux personnes concernées d'obtenir une qualité de vie satisfaisante.

Le profil évolutif de la pathologie de M. F sera présenté, nous exposerons le nombre et le type d'épisodes par année, ainsi que les traitements alors utilisés. La connaissance des profils évolutifs du trouble bipolaire est un enjeu majeur pour la prise en charge des patients au long cours ceci dans l'idée de proposer des mesures de prévention et d'adaptation thérapeutique. Les avancées pharmacologiques devraient également permettre d'améliorer la qualité de vie des patients qui ne peuvent être stabilisés avec la pharmacopée actuelle.

P23 - SEVRAGE CANNABIQUE ET ÉMERGENCE D'UN SYNDROME DÉPRESSIF

Auteurs : A. MOUTAUX*, E. THIBON, F. OLIVIER (Toulouse)

*E-mail : anne.moutaux@gmail.com

Introduction : Le sevrage cannabique est décrit depuis une quinzaine d'années dans la littérature et repris dans les classifications internationales. Il se manifeste dans les trois à cinq jours par une irritabilité, une anxiété, un craving intense, une humeur dépressive, des troubles du sommeil, une dysphorie et peut durer jusqu'à cinq à six semaines. À partir d'un cas clinique, nous interrogeons l'évolution possible du syndrome de sevrage cannabique vers un état dépressif majeur.

Observation : Nous rapportons le cas d'un patient de 32 ans, actif, bien inséré socialement, sans antécédent personnel psychiatrique connu en dehors d'un trouble anxieux sans précision dans l'enfance, aucune comorbidité addictive, cultivateur et consommateur depuis l'âge de 14 ans, fumeur de dix à quinze joints par jour au moment de sa décision de stopper.

Suite à l'arrêt de l'intoxication, il présente un syndrome de sevrage cannabique durant trois semaines.

Après 75 jours d'abstinence est diagnostiqué un épisode dépressif majeur d'installation progressive au décours du sevrage. Une hospitalisation psychiatrique à domicile est mise en place. Un traitement antidépresseur a été instauré en parallèle des visites à domicile permettant une amélioration progressive de l'humeur du patient.

Conclusion : Les différentes étiologies possibles de cet état dépressif majeur sont discutées et notamment le lien avec le sevrage cannabique chez un usager de cannabis ancien et consommateur de doses importantes, même s'il n'existe pas de relation clairement établie dans la littérature.



Nouveaux enjeux du corps en psychiatrie et santé mentale

P24 - TRAITS DE PERSONNALITÉ CHEZ LE PERSONNEL DES CENTRES D'APPELS DE LA RÉGION RABAT-SALE-KENITRA, MAROC

Auteurs : E. DRISSI¹, A. AHAMI¹, S. BOULBAROUD², H. HAMI³, F-Z AZZAOU¹

1. Unité des Neurosciences Cognitivo-Comportementales et Nutrition Appliquée, Faculté des Sciences, Université Ibn Tofail, Kenitra, Maroc.

2. Faculté Polydisciplinaire, Université Sultan My. Sliman, Beni Mellal, Maroc.

3. Laboratoire de Génétique et Biométrie, Faculté des Sciences, Université Ibn Tofail, Kenitra, Maroc.

E-mail : eliesse.mijo@gmail.com

Cette recherche a pour objet d'étudier les cinq grands traits de personnalité chez un échantillon du personnel des centres d'appel dans la région de Rabat-Salé-Kénitra, Maroc.

Il s'agit d'une étude épidémiologique transversale qui a porté sur 121 individus, dont 59 hommes et 62 femmes avec un âge moyen de $31,74 \pm 7,93$. L'évaluation des traits de personnalité a été réalisée à l'aide du test du Big five.

Les résultats démontrent que d'une part 63,64% de notre échantillon possède un pôle extraversion plus dominant que celui de l'introversion, tandis que 36,36% des participants ont le pôle introversion plus dominant. 66,12% de nos sujets d'étude ont une dominance de la dimension caractère agréable, tandis que pour 33,88% de l'échantillon c'est la dimension caractère désagréable qui domine. Presque une parité entre ceux de notre échantillon qui ont une dominance du pôle conscience 50,41% et ceux qui ont une dominance du pôle impulsivité 49,59%. Un pourcentage de 74,38% des participants ont une dominance du pôle névrosisme, alors que 25,62% ont une dominance du pôle stabilité émotionnelle. 57,02% des participants à l'étude ont une dominance du pôle ouverture, tandis que 42,98% ont une dominance du pôle dogmatisme.

Le présent échantillon d'étude est caractérisé dans une grande mesure par l'extraversion et l'agréabilité, en outre cette étude a mis l'accent sur la domination du trait névrosisme chez ce genre de population. Néanmoins, puisque cette étude a concerné une seule région il serait intéressant d'élargir la géographie de l'enquête dans la perspective d'avoir des résultats plus exhaustifs.

P25 - UNE APPROCHE GLOBALE DU PATIENT EN ÉPISEDE DEPRÉSSIF CARACTÉRISÉ EDC AVEC LA STIMULATION MAGNÉTIQUE TRANSCRANIENNE (RÉPÉTITIVE TRANSCRANIAL MAGNETIC STIMULATION RTMS)

Auteur : Dr. BONDON Pierre-Henri (Béziers)

Nouvelle révolution comme celle du PROZAC il y a 30 ans, la RTMS a largement prouvé son efficacité, dans le traitement de l'EDC, (et dans d'autres indications). Inventée en Angleterre en 1985, elle a accumulé les preuves d'efficacité et obtenu l'agrément des autorités de santé il y a presque 10 ans aux Etats Unis puis un peu partout dans le monde. Elle devient relativement économique. Elle constitue la deuxième ligne de traitement, quand la chimiothérapie antidépressive ne donne pas les effets escomptés.

Les antidépresseurs sont sujets à polémique dans le public, leur observance est problématique. La sur médication est fréquente.

L'efficacité sur le risque suicidaire et la qualité de l'hospitalisation ne sont pas garanties sur tout le territoire. La majorité des patients en EDC y échappe. Une psychothérapie structurée est inopérante à ce stade.

La RTMS est ambulatoire. Plusieurs centres privés fonctionnent en France. À Béziers nous avons traité 600 patients depuis 5 ans.

Suivi 5 j/7, observance garantie, effet « institutionnel » du contexte. L'entretien avec le psychiatre est quotidien. La séance est un moment chaleureux, en première partie de journée, accompagnée d'un café ou d'une collation sucrée (pour un meilleur métabolisme cérébral). On propose des notions de Méditation pour mettre à profit le temps passé « sous le casque ». Le patient peut rester actif le reste de la journée.

La technologie « Brainsway DeepTMS » utilisée (bobine en forme de H dissimulée sous un casque) stimule plus profondément que les autres bobines (en forme de 8) et la séance ne dure que 20 min. Elle offre surtout la solution prête à l'emploi d'un protocole standardisé facile à paramétrer pour l'EDC.

Effets secondaires minimes : céphalées, contractures, inconfort lors des premières séances seulement.

La chimiothérapie antidépressive est maintenue, ou pas.

Les résultats sont obtenus au bout de 3 à 6 semaines, durables, souvent sans aucun autre traitement, permettant d'envisager TCC et Méditation aux fins de prévention de la rechute.



P26 - INTRICATION PSYCHÉ-CORPS : CLASSIFICATION, ÉTHIOLOGIES ET MODES DE PRISE EN CHARGE DES TROUBLES SOMATOFORMES

Auteurs : Samia GABOUT*, Christopher REDD*, Anne HERON**, Pierre PARIS*

* Pôle Santé Mentale - Centre Hospitalier de Dreux

**Unité de Recherche Clinique URC28 & Université Paris Descartes

La prise en charge des troubles somatoformes vise à soulager la souffrance psychique qui se manifeste à travers le corps, ainsi qu'à prévenir les complications dépressives. En plus des psychothérapies, la prise en charge se base souvent sur des traitements médicamenteux.

Un rapprochement clinique entre troubles somatoformes, notamment l'hypocondrie, et la douleur chronique est évoquée. Par ailleurs, l'hypocondrie peut servir de modèle de compréhension de certains aspects de la douleur chronique. Ainsi les troubles somatoformes constituent depuis longtemps une intrication entre psyché et corps, et par conséquent, leur prise en charge constitue un challenge aussi bien pour le psychiatre que pour le médecin généraliste, d'autant plus que ces symptômes nous confrontent à nos préjugés et entraînent souvent un rejet de la part des équipes soignantes.

Nous proposons, à partir d'une revue de la littérature, de présenter les différents diagnostics englobés par la classification récente, de résumer les principaux modèles étiologiques et de proposer une synthèse des prises en charge récentes médicamenteuses et non médicamenteuses des troubles somatoformes.

P27 - LA PRISE EN CHARGE SOMATIQUE EN MILIEU PSYCHIATRIQUE

Dr. Hakima DJELLOUL Médecin généraliste (Hakima.DJELLOUL@ch-edouard-toulouse.fr)

Dr. Patrick CORMIS PH psychiatre (Patrick.CORMIS@ch-edouard-toulouse.fr),

Dr. Mani SAHEBJAM PH psychiatre et chef de pôle Réhabilitation (mani.sahebjam@ch-edouard-toulouse.fr) Maison d'accueil spécialisé

Dr. Tatiana BEREGOVAIA (tatiana.beregovaia@ch-edouard-toulouse.fr) psychiatre en Unité de soins long séjour Centre hospitalier psychiatrique Edouard Toulouse MARSEILLE

CONSTAT

La prise en charge globale des patients psychiatriques constitue un enjeu de santé publique.

La connaissance des difficultés rencontrées dans ce domaine émane des enquêtes menées par différents organismes sanitaires partageant le quotidien des patients psychiatriques et de leurs familles

Caractéristiques

Vulnérabilité

Ils présentent une perception différente de leur corps relative à leurs besoins physiologiques ou aux signes d'appel d'une éventuelle maladie.

Les neuroleptiques réduisent la sensibilité à la douleur et donnent des effets indésirables directs ou indirects.

- Troubles du comportement alimentaire, surpoids et syndrome métabolique
- Parésie intestinale, constipation chronique, occlusion intestinale
- Sécheresse buccale et cutanée

Les addictions sont fréquentes et exposent aux comorbidités.

Le comportement sexuel à risque augmente le risque de MST.

Surmortalité

La surmortalité des patients psychiatriques a été repérée dès le 19^e siècle. Une étude de cohorte menée en 2014 rend compte de la situation.

Le niveau global de mortalité est 3,7 fois supérieur à celui de la population générale, avec 3,5 pour les hommes et 4,4 pour les femmes. 30% des décès par suicide.

Les décès de cause indéterminés sont plus élevés que dans la population générale.

- 5 fois pour les maladies infectieuses
- 7 fois pour les maladies respiratoires
- 3 fois pour les maladies circulatoires
- 1,5 fois pour les cancers.
- Les fausses routes 9 fois plus

Surmorbidity

Les pathologies somatiques connaissent une surreprésentation en psychiatrie 30 à 60 % des patients hospitalisés en psychiatrie présenteraient une pathologie organique connue ou méconnue

Maladies cardio-vasculaires : coronaropathies, phlébite embolie pulmonaire, HTA

Cancers : pulmonaire, pharyngé et gynécologique avec une chance de survie diminuée de 50 % par rapport à la population générale.

Troubles métaboliques : diabète, dysthyroïdies, intolérance au glucose

Infections : SIDA, hépatite B, C.

Nouveaux enjeux du corps en psychiatrie et santé mentale

OBSTACLES EN MILIEU PSYCHIATRIQUE

La prise en charge somatique se heurte à :

- Le fossé présent entre médecine somatique et psychiatrie au niveau des pratiques.
- Le psychiatre est à l'écoute du patient (l'examen physique est souvent perçu comme une intrusion).
- Le médecin somaticien interroge le malade et dirige l'entretien ; l'examen impose un contact physique.

Les conditions d'exercice somatique en milieu psychiatrique

Les préjugés : le traitement somatique risque de perturber l'état psychique et provoquer une décompensation psychiatrique.

INTERVENTION SOMATIQUE

Examen somatique d'admission

Chaque patient hospitalisé sous contrainte est vu dans les 24 h

Examen clinique + ECG + bilan sanguin

Enquête auprès des intervenants extérieurs (MT, IDE, pharmacien, famille)

Examen somatique de suivi

Le patient est revu selon les données de l'examen initial

Consultations à la demande des psychiatres

Dépistage et Prévention

Recommandations HAS

Syndrome métabolique

ECG : mesure du QTc (effet torsadogène des neuroleptiques)

CONCLUSION

La prise en charge des patients psychiatriques doit être globale, associant des intervenants internes et externes en pluridisciplinarité.

Sensibiliser les différents professionnels aux problématiques somatiques des patients psychiatriques.

Etablir un état somatique du patient et une démarche médicale à suivre pour chaque patient.

Mettre en place un service somatique autonome sous la responsabilité d'un somaticien permettant une organisation interne et externe de prise en charge globale.

P28 - PROJET DE BILAN SOMATIQUE EN HÔPITAL MÉDICAL DE JOUR POUR PATIENTS SUIVIS EN PSYCHIATRIE

Auteurs : Dr. GUILLAUME Céline psychiatre Hôpital militaire d'instruction des armées Bégin,
Dr. GODREUIL Christian cardiologue chef de service hôpital médical de jour Hôpital d'instruction des armées Bégin,
Dr. COLAVOLPE Raphaëlle assistante en psychiatrie Hôpital d'instruction des armées Bégin

L'hôpital Bégin est un hôpital général, à forte valence médicale, permettant l'articulation entre différentes spécialités, services, plateaux techniques.

Ce travail concerne une initiative élaborée par le service de psychiatrie et l'hôpital médical de jour de l'établissement, en vue d'optimiser la prise en charge somatique des patients psychiatriques suivis en consultation. Les comorbidités somatiques chez ces patients sont un enjeu d'actualité en santé publique. Leur prise en charge s'avère, nous le savons, parfois problématique et les conséquences sont importantes en termes de morbi-mortalité.

Le « virage ambulatoire » induit par les politiques de santé permet l'accès aux soins en hôpital médical de jour, selon des critères d'admission précis.

La temporalité du suivi psychiatrique et son déploiement dans la durée, mais également l'intérêt porté au sujet ainsi qu'à son corps, nous invitent, en tant que praticiens, à considérer nos patients dans leur globalité. C'est l'occasion de rappeler que les aspects somatiques sont souvent négligés. En effet, nos patients sont parfois en peine pour s'alerter (désorganisation, clivage, dissociation, mégalomanie, banalisation...) ou pour parvenir à solliciter de façon adéquate et durable d'autres professionnels de santé (stigmatisation, altération de la relation...).

Le projet, que nous proposons de vous exposer, formalise les modalités d'adressage et d'intégration dans des parcours de soins complexes, intégrant des acteurs pluridisciplinaires, en s'appuyant sur une relation thérapeutique psychiatrique initialement investie comme exclusive. Cette expérience s'est avérée fructueuse. Elle invite à pousser plus avant l'articulation des dispositifs et la mise en relation des intervenants : équipe de psychiatrie, spécialités médico-chirurgicales sollicitées, lien d'amont et d'aval avec les médecins généralistes.

Deux cas cliniques illustrent cette pratique et en éclairent la pertinence, à la lumière de l'éclairage psychopathologique. Les axes de travail organisationnels, et perspectives à venir seront exposés.

P29 - CONSOMMATIONS DE SUBSTANCES ILLICITES CHEZ LES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE : ÉTUDE DESCRIPTIVE

Auteurs : Dr. MOKHTARI Alia, Dr. BOUROUISSA Ahlem, Dr. HOUADEF NARJESSE Imene, Pr. BENSAIDA Messouada
Hôpital psychiatrique EHS ERRAZ Annaba Algérie

La question de la consommation de substances illicites en population étudiante et des éventuels retentissements psychiques dans cette population d'adultes jeunes est une question importante en termes de santé publique. Différentes données épidémiologiques attestent que le cannabis est la principale substance illicite consommée. Une enquête en vigueur menée au niveau de la faculté de médecine de Annaba, ciblant les étudiants en médecine, toutes années confondues avec une perspective d'élargir vers d'autres spécialités (pharmacie et chirurgie dentaire) qui a comme objectifs de faire un dépistage des produits addictifs utilisés par les étudiants en premier temps, et en deuxième temps faire un repérage des consommations problématiques d'alcool ou de drogues illicites. Le dépistage repose sur un questionnaire développé au Québec le DEP-ADO ; un questionnaire destiné aux médecins pour faire repérage des consommations psychoactives problématiques au sein de la population jeunes de onze à dix-huit ans.

Des résultats préliminaires portant sur un sous-échantillon de cette étude sont présentés. Les perspectives en termes de démarche de prévention et de prise en charge qui pourraient se dégager tant des données issues de la littérature que des premiers résultats sont discutées.

P30 - « CORPS ET ÂME EN ÉVEIL », CE QUE JE RESSENS... TÉMOIGNAGE D'UNE PATIENTE ATTEINTE D'ANOREXIE MENTALE.

Auteurs : L. NAMANE, Y. BOUGUERMOUH, A. MEGUERBA, N. DJERAF
Faculté de médecine de Blida, ALGERIE

L'anorexie mentale est une affection classée psychiatrique. Elle est non seulement à haut risque de rechute, mais aussi, au coût de santé publique important et au taux de mortalité le plus élevé des troubles psychiatriques à savoir : suicide et complications somatiques.

Bien que les jeunes femmes en proie à l'anorexie soient extrêmement maigres, elles continuent à se sentir « trop grosses » et font tout pour perdre du poids. Cette distorsion de l'image corporelle par rapport à la réalité est l'une des caractéristiques de ce trouble du comportement alimentaire qui concerne 2 à 3% de la population générale. Elle touche essentiellement les filles –seul un anorexique sur dix est un garçon.

Les complications somatiques et psychiques sont nombreuses : défaillance cardiaque, ostéoporose, infertilité, dépression, suicide, et son évolution est ponctuée de fréquentes rechutes, et de chronicisation de sa symptomatologie qui générera une invalidante désinsertion sociale.

« Les troubles du rythme cardiaque et l'arrêt cardiaque sont l'une des complications gravissimes de l'anorexie, la pathologie psychiatrique qui tue le plus. » Les chiffres sont en effet alarmants : 5 à 6% des anorexiques décèdent de leur maladie et de ses complications, dont environ la moitié par suicide. « Même si le corps résiste, plus la personne est malade longtemps, plus les risques de complications et de mortalité sont élevés »

De même, la persistance des troubles de l'image corporelle (distorsion et insatisfaction corporelle) constitue un facteur de risque de rechute à côté des facteurs personnels de vulnérabilité psychologique, biologique et génétique, et facteurs d'environnement, familiaux mais également socioculturels (importance de l'image du corps dans nos sociétés) qui sont considérés comment facteurs précipitants.

Pour éviter qu'elle devienne chronique ou s'aggrave, il est impératif d'agir vite et de proposer une prise en charge médicale spécialisée.

Nous présenterons dans cette communication un témoignage d'une patiente, à travers lequel nous exposerons les nouvelles interventions thérapeutiques qui ont permis récemment d'ouvrir de nouvelles perspectives.

Mots clés : Anorexie-vulnérabilité-chronicisation-complications-thérapeutiques.

BIBLIOGRAPHIE

- Haute Autorité de Santé. Recommandations de bonne pratique - Anorexie mentale : prise en charge. 2010.

- Mishkind MC, Norr AM, Katz AC, Reger GM. Review of Virtual Reality Treatment in Psychiatry: Evidence Versus Current Diffusion and Use. *Curr Psychiatry Rep.* 18 sept 2017;19(11):80

Nouveaux enjeux du corps en psychiatrie et santé mentale

P31 - « LA DOULEUR EN SANTÉ MENTALE ENTRE ÉVOLUTION DES CONNAISSANCES ET RIGIDITÉ DES CROYANCES...OÙ EN SOMMES-NOUS ? »

Auteurs : Y. BOUGUERMOUH, L. NAMANE, A. MEGUERBA, N. DJERAF
Faculté de médecine de blida, ALGERIE

Apaiser la souffrance de l'esprit si le corps est douloureux ?

La prise en charge de la douleur somatique des patients hospitalisés en psychiatrie est une obligation et un souci qui doit être permanent pour chaque soignant.

De même la douleur et la souffrance sont indissociables. Elles sont intimement liées. Ce terme « douleur » désigne aussi bien la douleur physique que la douleur morale et il n'existe aucun mot pour différencier son expression psychique et son expression somatique, ou plutôt, ce sont les mêmes signifiants qui sont utilisés : souffrance, douleur, peine, mal. La plupart des douleurs engendrent une souffrance, qui peut se manifester par des douleurs ou majorer une douleur préexistante.

Le lien existant entre santé mentale et douleur est très souvent négligé et n'attire l'attention que depuis peu. Pourtant, ce sont toutes deux des problématiques auxquelles les acteurs de la santé doivent faire face dans leur pratique. La douleur déjà est un phénomène complexe qui représente à elle seule un défi important pour toute équipe soignante. Mais quand elle est présente chez un patient qui souffre déjà de problèmes de santé mentale, on fait face à un défi encore plus important.

À travers une vignette clinique nous mettrons en exergue :

- La difficulté de décrypter un message douloureux quand le fonctionnement mental et cognitif est défaillant.
- Le manque de prise en compte de la douleur des personnes atteintes de troubles psychiques.
- Le manque de formation des soignants.

De plus, douleur et santé mentale sont deux phénomènes complexes qui interagissent. La douleur associe les versants somatiques et psychiques d'un individu. Ainsi, cette interaction entre santé mentale et douleur est très importante à comprendre puisque l'évolution de l'une ou de l'autre influencera la seconde. Il en va de même pour le traitement.

Nous présenterons d'humbles recommandations afin de remédier à certaines croyances et agis qui entravent l'efficacité et la précocité de prise en charge de certaines douleurs parfois fatales.

Mots clés : Douleur-souffrance-corps-troubles-somatique-psychique-recommandations.

Bibliographie :

- LUSSIER D. Approche et évaluation multidimensionnelle de la douleur chronique chez les patients gériatriques. La revue de Gériatrie, Tome 25, N°9 Novembre 2000
- SARAVANE D., GILQUIN A.F. Dépistage des pathologies somatiques en institutions psychiatriques. Psycho-Oncologie, 2010, 4(1) : p12-16
- SERRA E. Douleur, psychiatrie et morphine. Information psychiatrique 2009 ; 85 :329-34
- SERRA E. Douleur et Santé Mentale 2011 ; 5

P32 - LES DÉPENDANCES SANS DROGUE, NOUVELLES FORMES D'ADDICTIONS DESTRUCTRICES

Auteurs : L. NAMANE, Y. BOUGUERMOUH, A. MEGUERBA, N. DJERAF
Faculté de médecine de blida, ALGERIE

Quand on entend le mot addiction, on pense souvent à la dépendance à l'alcool, à certaines drogues dures ou encore aux médicaments. Cependant, il existe une autre catégorie de dépendances, non liées à des substances ou produits, que l'on va appeler « addiction sans drogue ».

Selon certaines études épidémiologiques, le nombre de personnes atteintes par des addictions sans drogues serait en augmentation.

Ces nouvelles dépendances viennent nous rappeler que les propriétés des toxiques divers consommés dans les addictions plus classiques longtemps aveuglantes ne sont pas l'élément central du processus addictif qui se construit et s'entretient à travers la rencontre entre un objet (plus ou moins addictogène) et des facteurs de vulnérabilité personnelle dans un contexte plus ou moins propice.

Nous vivons dans une société qui à travers les offres et incitations innombrables à consommer qu'elle propose dans tous les domaines majore le risque addictif singulièrement chez ceux dont les capacités d'auto-régulation s'avèrent pour de multiples raisons limitées.

Si les mécanismes d'installation de la dépendance sont identiques, les nouvelles conduites addictives qui ont émergées ces dernières années, nous citons les addictions comportementales qui sont aussi destructrices que les autres appétences toxicophilliques.

Contrairement aux dépendances aux drogues, à l'alcool ou au tabac, les addictions comportementales sont plus difficiles à prendre en charge et à repérer.

L'addiction mérite mieux que ces effets de manche faciles, et la passion de ces débats est à prendre, elle aussi, comme objet de réflexion : l'histoire récente des maladies addictives, parallèlement au caractère éternel de ces conduites, doit être regardée comme une évolution des modes de régulation entre des sujets et des modalités de plaisir susceptibles de devenir envahissants, engloutissants, aliénants.



Après un rappel théorique et conceptuel compendieux, nous présenterons un cas clinique d'une dépendance sexuelle qui élucidera les signes avant-coureurs qui ne trompent pas de cette nouvelle forme d'addiction comportementale, ainsi que le long slalom à parcourir pour décrocher.

Mots clés : Dépendance-vulnérabilité-comportement-sexe-sevrage

Bibliographie :

- Abraham Karl « Les relations psychologiques entre la sexualité et alcoolisme », (1908), Œuvres complètes t. I, (1907-1914), Paris, Payot, 1989.
- Encore plus ! Jeu, sexe, travail, argent Paris, Odile Jacob, 2001.
- Chassaing Jean-Louis Drogue et langage : du corps et de la langue [sic] Toulouse, Érès, coll. « Humus, subjectivité et lien social », 2011.
- Estellon Vincent Les Sex-Addicts Paris, Puf, coll. « Que sais-je ? », 2014
- À propos des addictions sans drogue, Marc Valleur Dans Études 2007/10 (Tome 407), pages 331 à 342

P33 - TRAUMA, BODY & REFLEX INTEGRATION : ACCESS TO « NEW » SENSORIMOTOR SOLUTIONS

Auteur : Julien BAILLET

Skill Level : introductory

Presentation

It is actually well known (B. Van der kolk, P. Ogden, P. Levine, S. Porges) that trauma symptoms involves automatic defensive systems : fight, flight, freeze and submit responses. These reflex sys-tems enable survival through the extrapyramidal nerve system, brainstem functions (including periphe-ral nerve system, spinal cord), the interbrain (basal ganglia, thalamus, amygdala, insula, and limbic system), and the cortex (S. Masgutova).

Traumatic and unbearable stress are known to damage the neurons of reflex circuits. Several PTSD studies indicate that 5-10% of the neurons of the extrapyramidal system are damaged in individuals who have experienced trauma, leading to a possible Reflex Integration Disorder (RID) (S. Masgutova).

Reflex Integration could be a key for transition from the shock state, with its negative anchors of trauma, to a state of positive protection that supports not only survival, but the ability to thrive as well, enabling further development of self-regulation mechanisms and neural networks (S. Masguto-va).

Workshop Objectives :

1. Presentation of reflex defensive systems
2. Learn how to test defensive reflex systems
3. Learn how self-integrate these reflexes

P34 - INCIDENCE DES FACTEURS ENVIRONNEMENTAUX SUR LE DÉVELOPPEMENT DE LA S.E.P ET TRAVAIL SUR LE CORPS

Auteur : Aurélie KALAFAT (Sceaux)

Méthodologie :

Actuellement le diagnostic de sclérose en plaque est posé sur des critères uniquement biologiques ; nous constatons juste que des poussées inflammatoires se produisent lors d'épisodes de stress ou d'anxiété et que la myélinisation est en jeu.

Dans le cadre de la SEP, nous étudierons donc les variables du fonctionnement psychique en corrélation avec les variables biologiques.

Les critères d'étude sont les suivants :

Anamnèse et Étude Epidémiologique Psychosomatique et Médicale

- Les 4 dimensions du fonctionnement psychique
- Les processus et mécanismes psychiques, les points de fixations, les manifestations caractérielles et les activités sublimatoires
- La prévalence des comportements
- La capacité d'expression des affects
- Risque lié à l'environnement familial, professionnel, et environnement global.
- +++ Anamnèse médicale du patient depuis l'enfance et données génétiques fournies par le médecin.

L'investigation tend à établir :

- D'une part : la structuration de l'appareil psychique
- D'autre part : celle du somatique (système nerveux central, autonome, immunitaire, génétique).

Dans ce contexte, les variables des symptômes somatiques dans une colonne et ceux du risque psychique de l'autre pourraient nous permettre d'enrichir les connaissances de la genèse de la maladie. (SEP)



Nouveaux enjeux du corps en psychiatrie et santé mentale

INDEX DES AUTEURS

AHAMI	A.	P12, P24
ANDRE	L.	P07
ALLAUZE	E.	O202
ANGERVILLE	B.	O602
ANTONINI	M.	P07
AZZAOUI	F-Z	P12, P24
BAILLET	J.	P33
BENABBAS	M.	P03, P05, P08, P09, P10
BENARROCHE	M.	A4
BENELMOULOUD	O.	P03, P04, P05, P08, P09, P10
BENSAIDA	M.	P29
BEREGOVAIA	T.	P27
BLANC	J-V	O601, A5
BLUE FROG ROBOTICS		O702
BONDON	P-H	P25
BONTE-BAERT		P21
BOUGUERMOUH	Y.	P13, P14, P15, P16, P17, P18, P19, P20, P30, P31, P32
BOULBAROUD	S.	P12, P24
BOULE	M-C	P11
BOURLA	A.	A1, O102
BOUROUISSA	A.	P29
BRALET	M-C	P21, P22
BULEUX	M.	P22
CARPENTIER	A.	P22
CARRIO	C.	O401
CHOPIN	M-V	A5
COLAVOLPE	R.	P28
CORMIS	P.	P27
COURCIERAS	R.	P06
D'ABOVILLE	A.	A3, O103
DAGNEAUX	S.	O302
DE ROBIEN	L.	P21
DERVAUX	A.	O602
DJELLOUL	H.	P27
DJENANE	A.	P04
DJERAF	N.	P13, P14, P15, P16, P17, P18, P19, P20, P30, P31, P32
DONNART	L.	P06
DRISSI	E.	P24



DUBOIS	O.	O501
EBERHARDT	J-D	P07
EDEL	Y.	O601
FERRERI	F.	O301
FLEURY	C.	O801
FOND	G.	O402
FOSSATI	P.	O101
GABOUT	S.	P26
GODREUIL	C.	P28
GROLLEAU	P.	P06
GUILLAUME	C.	P28
HAMI	H.	P12, P24
HERON	A.	P26
HOUADEF NARJESSE	I.	P29
KALAFAT	A.	P34
LEROY	J-C	A2
MANDOSSE	V.	A4
MARINESCU	M.	P06
MASETTI	V.	O802
MEGUERBA	A.	P13, P14, P15, P16, P17, P18, P19, P20, P30, P31, P32
MOKHTARI	A.	P29
MOUTAUX	A.	P23
NAMANE	L.	P13, P14, P15, P16, P17, P20, P30, P31, P32
NUSS	P.	O201, A4
OLIVIER	F.	P23
PAQUET	A.	P11
PARIS	P.	P26
PASSERIEUX	C.	P11
PAVLOVICI	B.	P02
REDD	C.	P26
SAHEBJAM	M.	P27
SBAI	C.	P12
SKRIABINE	J.	P01
TALMANT	C.	P21
THERON	E.	O701
THIBON	E.	P23
VIDEAU	F.	P06
VOILLET	S.	P06

La
Psychiatrie
dans **TOUS** ses états

17^{ème} **CONGRÈS INTERNATIONAL**
DE L'ASSOCIATION DE RECHERCHE ET
DE SOUTIEN DE SOINS EN PSYCHIATRIE GÉNÉRALE