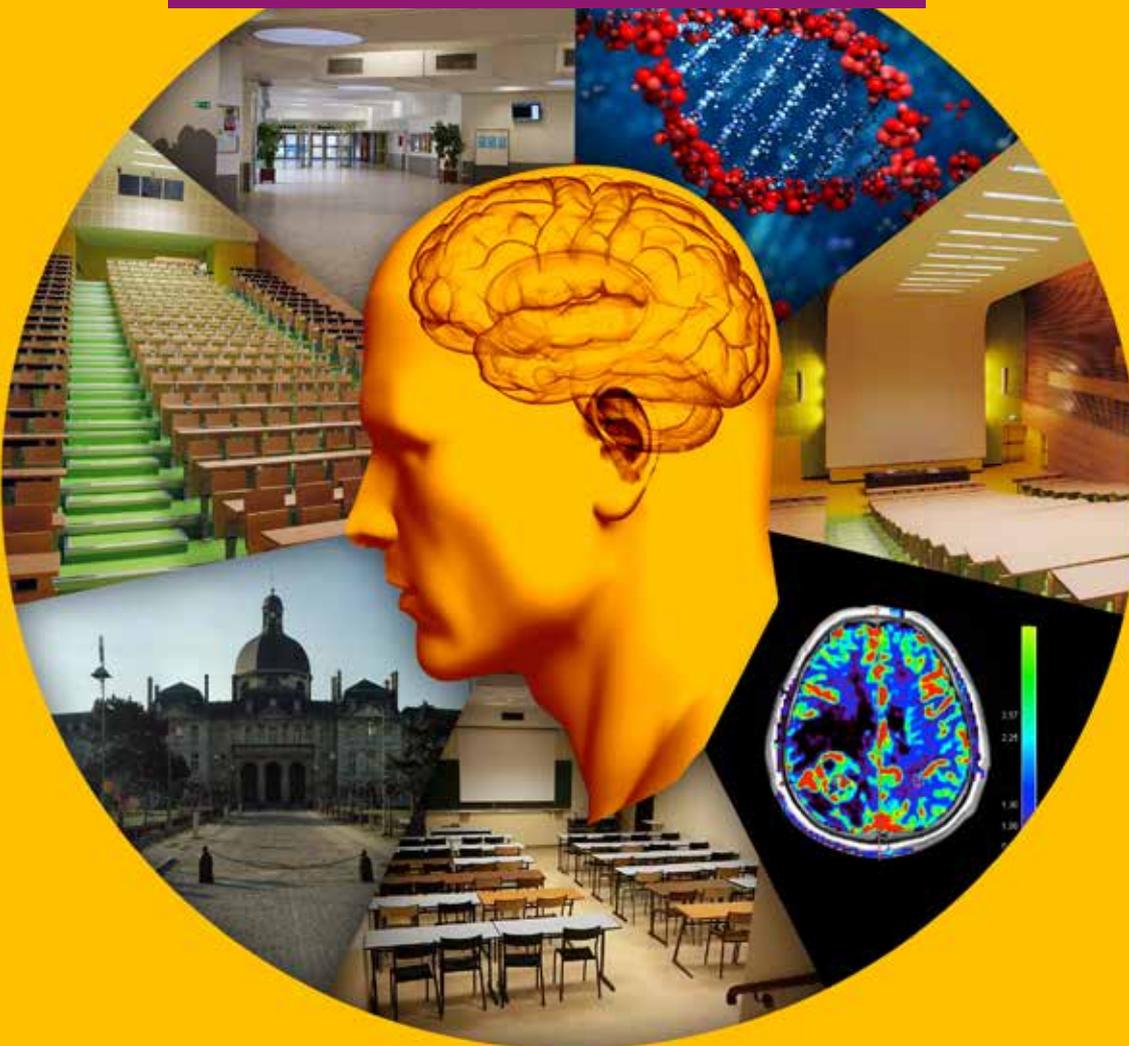


Psychiatrie, sciences et société : nouveautés, enjeux et débats

DU 31 MARS AU 2 AVRIL 2015



Réalisation: www.lauren.pischiutta.com



PROGRAMME FINAL / LIVRE DES ABSTRACTS

Psychiatrie, sciences et société : nouveau, enjeux et débats

PRÉSIDENT DU CONGRÈS

Pr. Vincent DUBOIS (Bruxelles, Belgique)

COMITÉ SCIENTIFIQUE

Pr. Maurice FERRERI (Paris)

Pr. Charles-Siegfried PERETTI (Paris)

Pr. Florence THIBAUT (Rouen)

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)

COMITÉ D'ORGANISATION

Pr. Charles-Siegfried PERETTI (Paris)

Pr. Florence THIBAUT (Rouen)

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

PSYCHIATRIE, SCIENCES ET SOCIÉTÉ : NOUVEAUTÉS, ENJEUX ET DÉBATS

La psychiatrie est une spécialité médicale bien singulière. Pour qui la pratique, nul doute, la discipline a du corps, de l'unité, ne souffre d'aucune ambiguïté quant à sa définition. Le sérieux, voire parfois la gravité des situations rencontrées et traitées, la précision de l'observation clinique, la responsabilité – et souvent une grande partie de la vie personnelle - investie par les psychiatres, suscitent chez ces derniers une évidence quant à la réalité de la nature de leur discipline. Pourtant, dès lors qu'il s'agit de la définir pour quelqu'un qui ne la pratique pas, l'entrelacement des champs conceptuels, des modèles référentiels ou des points de vue, l'évolution des attentes sociétales, les contours diagnostiques mouvants, rendent quasi impossible l'énonciation d'une définition simple.

Résumée pour certains aux entités hippocratiques complétées par celles décrites par les aliénistes, la psychiatrie est, pour d'autres, un territoire plus mouvant intégrant de nouvelles cliniques (addiction à Internet, boulimaxie, trouble de thésaurisation, états mentaux à risque....) en réponse à l'évolution sociale et aux changements environnementaux [1].

Au plan topographique, après avoir été longtemps concentrée dans les hôpitaux psychiatriques, la psychiatrie est aujourd'hui conçue de façon plus interstitielle, englobée dans le socius, raccrochée pour partie au concept de santé mentale.

Au plan étiopathogénique, après une période d'hégémonie psychanalytique suivie d'une tentation localisationniste cérébrale, fruit des premières décennies d'imagerie mentale, on assiste aujourd'hui à l'émergence de nouveaux points de vue. Les données neurodéveloppementales et génétiques sont désormais toutes placées sous le sceau des interactions précoces avec l'environnement, notamment émotionnel et relationnel. L'approche neurobiologique ne se conçoit plus que sur un mode intégratif prenant en compte l'ensemble du fonctionnement coopératif cérébral [2]. Des fonctions neurocognitives jusqu'alors distinctes se trouvent conçues désormais comme l'expression différente d'un même processus neurobiologique. Des données de neurobiologie montrent en effet que des dimensions psychopathologiques conceptuellement opposées, telles que la compulsion et l'impulsivité, partagent des mécanismes neuropsychologiques communs impliquant un dysfonctionnement de l'inhibition des pensées et des comportements [3]. Une vision avant-gardiste de la clinique défend que les pathologies mentales doivent être comprises non plus comme des entités fixes critériologiques mais comme l'expression, momentanée, d'un état mental sur un curseur psychopathologique commun, présent chez chacun d'entre nous. Le modèle diagnostique proposé, dit "contextuel de précision diagnostique" [4] est conçu selon une approche issue de la médecine personnalisée.

En outre, la psychiatrie est pensée aujourd'hui en termes de "pathologie corps entier". D'une part, certaines anomalies concernant l'ensemble de l'organisme, comme par exemple la composition membranaire ou la résistance au stress oxydatif, qui peuvent avoir un impact particulier lorsqu'elles touchent les cellules du système nerveux central [5]. D'autre part, certains dysfonctionnements périphériques ont un retentissement sur le fonctionnement cérébral comme le montrent par exemple les études concernant le développement de la maladie d'Alzheimer. En effet, la régulation de l'équilibre entre la synthèse et la dégradation cérébrale de la protéine β -amyloïde, dépendent notamment de paramètres périphériques tels que le fonctionnement hépatique, la consommation de métaux, ou la teneur en vitamine D [6]. Le microbiote lui-aussi est impliqué tant dans le neurodéveloppement [7] que dans le développement de pathologies telles que la dépression [8] ou la schizophrénie [9].

L'environnement socio-économique et le style de vie jouent aussi un rôle majeur dans l'émergence des pathologies mentales. Ainsi, la crise économique et la paupérisation de certaines régions, notamment en Europe, rendent certaines populations plus vulnérables à la dépression. Des paramètres cognitifs associés à ces changements socio-économiques semblent constituer des facteurs de transition vers la dépression. C'est ainsi que les concepts de "défaite" et d'impression d'être "pris au piège" ont été associés à un risque plus élevé de dépression dans un suivi sur un an d'une population anglaise dans une région fortement marquée par le chômage et l'appauvrissement [10]. De même, des données robustes montrent que le style de vie du sujet âgé a un impact sur la plasticité du système nerveux central [11].

La pharmacothérapie elle aussi est perçue selon un mode plus intégratif et implique le système nerveux central dans son entier [12]. Des processus tels que la plasticité [13], l'immunité, l'inflammation font jeu égal avec les modèles de neurotransmission. Les modifications neurocognitives induites par les psychotropes, par le biais de modification du traitement de l'information cérébrale et vis-à-vis de l'environnement, sont aussi un champ vaste d'investigation [14].

Ce foisonnement conceptuel et de regards nécessite d'être régulièrement mis à jour, explicité, débattu et confronté aux pratiques. Tel est l'objectif cette année encore de notre congrès La Psychiatrie dans tous ses états. Cliniciens, psychiatres et psychologues, chercheurs et industriels s'y retrouvent pour apprendre certes les uns les autres mais aussi pour partager ce qui, in fine, est peut-être l'essence de notre discipline, à savoir la rencontre.

Bon congrès à tous et à toutes.

Professeur Charles-Siegfried PERETTI

Président de l'ARSPG

Références bibliographiques : cf. page 7

SOMMAIRE

Éditorial	2
Plan de l'exposition et liste des exposants.....	4
Synopsis.....	5
Les ateliers de formation.....	6

PROGRAMME DÉTAILLÉ

Mardi 31 mars 2015.....	7
Mercredi 1 ^{er} avril 2015	8
Jeudi 2 avril 2015	9

INFORMATIONS IMPORTANTES

Informations générales	10
Informations Air France	11
Informations aux intervenants et auteurs	12
Le congrès de A à Z	13

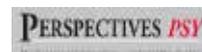
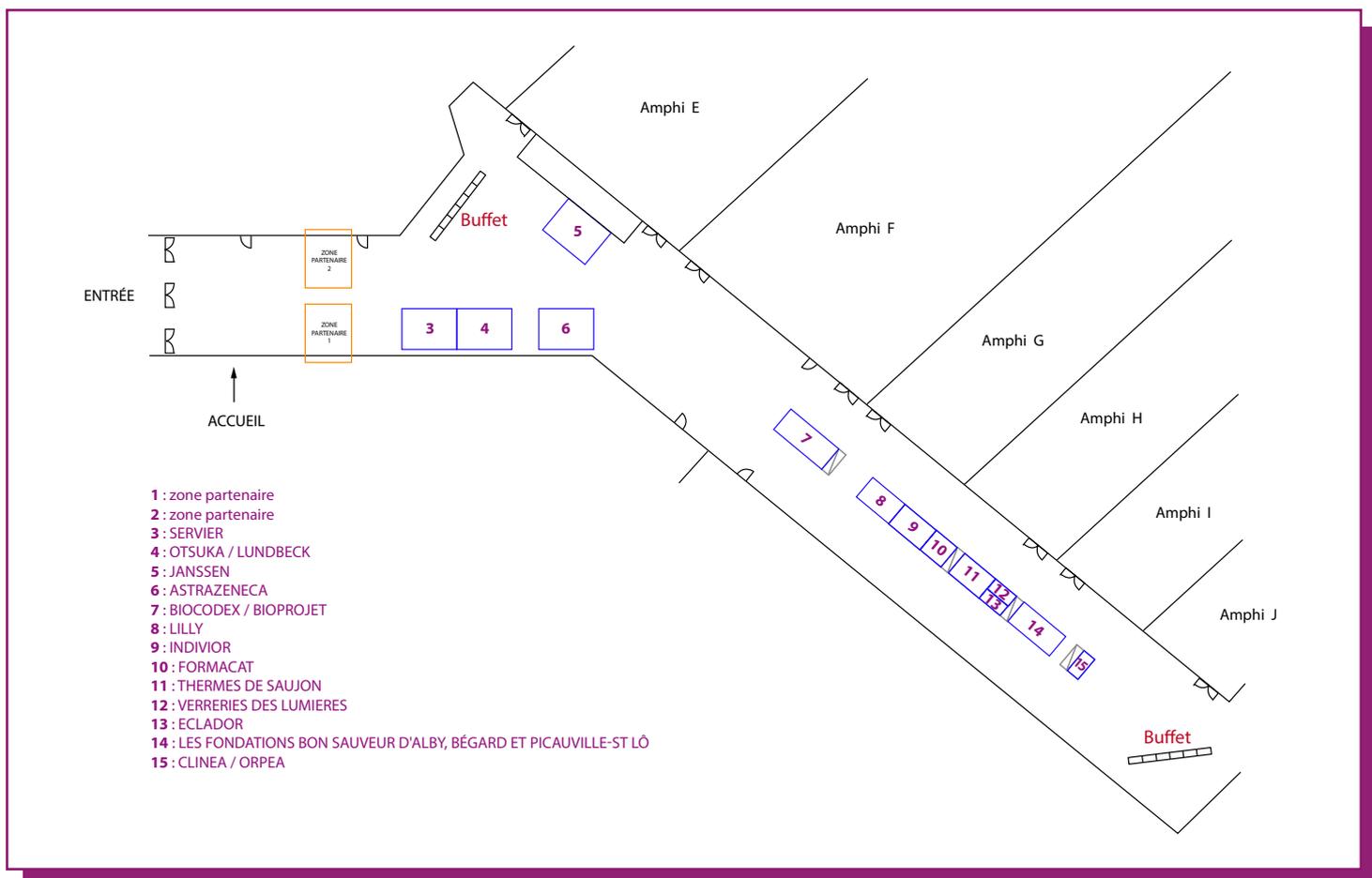
LIVRE D'ABSTRACTS

Communications orales	14
Communications posters	28
Index des auteurs	49



Psychiatrie, sciences et société : nouveau, enjeux et débats

PLAN DE L'EXPOSITION



Remerciements :

Le Professeur Vincent DUBOIS, 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

MARDI 31 MARS 2015	MERCREDI 1 ^{ER} AVRIL 2015	JEUDI 2 AVRIL 2015
<p>OUVERTURE DU CONGRÈS 9h00-9h30</p>	<p>ALCOOL, TABAC ET HYGIÈNE DE VIE : NOUVEAUX PARADIGMES 9h00 – 10h30</p>	<p>APPORT DE LA BIOLOGIE À LA PSYCHIATRIE 9h00 – 10h30</p>
<p>STRESS ET DÉPRESSION : APPORT DE LA PSYCHIATRIE MILITAIRE 9h30 – 10h30</p>	<p>ATELIER 3 : LA SYSTÉMIQUE POUR LE PSYCHIATRE 9h00 – 10h00</p>	<p>ATELIER 7 : AUTISME : QUELLE RÉPONSE AUJOURD'HUI ? 9h00 – 10h00</p>
<p>ATELIER 8 : MODALITÉ DE PRISE EN CHARGE DE LA DÉPRESSION EN AMBULATOIRE 10h00 - 11h00</p>	<p>ATELIER 4 : ADDICTOLOGIE 9h00 – 10h00</p>	<p>LES COURANTS ACTUELS DE LA PSYCHIATRIE ALGÉRIENNE 11h00 – 12h00</p>
<p>PSYCHIATRIE ET SOCIÉTÉ : DÉLINQUANCE ET SEXUALITÉ 11h00 – 12h00</p>	<p>SYMPOSIUM OTSUKA / LUNDBECK  LES ENJEUX DE LA RÉNSERTION SOCIALE APRÈS UN PREMIER ÉPISODE PSYCHOTIQUE 11h00 – 12h00</p>	
<p>COCKTAIL DÉJEUNATOIRE 12h00 – 13h30</p>	<p>COCKTAIL DÉJEUNATOIRE 12h00 – 13h30</p>	<p>COCKTAIL DÉJEUNATOIRE 12h00 – 14h00</p>
<p>SYMPOSIUM JANSSEN  JEUNES ADULTES SOUFFRANT DE SCHIZOPHRÉNIE : DE LA « VIE RÉELLE » À LA VIE VIRTUELLE 13h30 – 14h30</p>	<p>SYMPOSIUM SERVIER  DÉPRESSION : AU DELÀ DES SYMPTÔMES : UNE VIE, DES ENVIES 13h30 – 14h00</p>	<p>PÉDOPSYCHIATRIE 14h00- 15h30</p>
<p>PSYCHOSE : UNE CHRONICITÉ À L'ŒUVRE 14h30 – 16h30</p>	<p>NOUVEAUX ENJEUX DE LA BIPOLARITÉ 14h00 – 16h00</p>	<p>REMISE DES PRIX POSTERS 15h30 – 15h45</p>
<p>ATELIER 1 : EMDR ET STRESS 15h00 – 16h00</p>	<p>PSYCHOÉDUCATION 16h30 – 18h00</p>	<p>DÉPRESSION 16h15 – 17h45</p>
<p>ENJEUX PSYCHOTHÉRAPEUTIQUES CHEZ LES SÉNIORS 17h00 – 18h00</p>	<p>ATELIER 5 : COMPRENDRE ET TRAITER LA PARANOÏA AUJOURD'HUI 17h00 – 18h00</p>	
<p>ATELIER 2 : TRAITEMENT DU TDAH CHEZ LE SUJET ADULTE 17h00 – 18h00</p>	<p>ATELIER 6 : SUICIDE DU SUJET ÂGÉ 17h00 – 18h00</p>	<p>CONCLUSION 17h45 – 18h00</p>

Psychiatrie, sciences et société : nouveau, enjeux et débats

LES ATELIERS DE FORMATION

Votre inscription au congrès vous donne droit à un atelier de formation au choix inclus dans votre forfait (hors invitation laboratoire). Il vous sera possible de choisir un atelier complémentaire en supplément.

- ATELIER N°8 :** MODALITÉ DE PRISE EN CHARGE DE LA DÉPRESSION EN AMBULATOIRE
Dr. Stéphane MOUCHABAC (Paris)
Mardi 31 mars 2015 de 10h00 à 11h00
- ATELIER N°1 :** EMDR ET STRESS
Dr. Georges NICOLAIEFF (Paris)
Mardi 31 mars 2015 de 15h00 à 16h00
- ATELIER N°2 :** TRAITEMENT DU TDAH CHEZ LE SUJET ADULTE
Pr. Franck BAYLE (Paris)
Mardi 31 mars 2015 de 17h00 à 18h00
- ATELIER N°3 :** LA SYSTÉMIQUE POUR LE PSYCHIATRE
Dr. Marie-Victoire CHOPIN (Paris)
Mercredi 1^{er} avril 2015 de 9h00 à 10h00
- ATELIER N°4 :** ADDICTOLOGIE
Dr. Yves EDEL (Paris)
Mercredi 1^{er} avril 2015 de 9h00 à 10h00
- ATELIER N°5 :** COMPRENDRE ET TRAITER LA PARANOÏA AUJOURD'HUI
Dr. Renaud de BEAUREPAIRE (Villejuif)
Mercredi 1^{er} avril 2015 de 17h00 à 18h00
- ATELIER N°6 :** SUICIDE DU SUJET ÂGÉ
Dr. Aude MANETTI (Paris)
Mercredi 1^{er} avril de 17h00 à 18h00
- ATELIER N°7 :** AUTISME : QUELLE RÉPONSE AUJOURD'HUI ?
Dr. Bruno VERRECCHIA (Paris)
Jeudi 2 avril 2015 de 9h00 à 10h00

RAPPEL : COÛT DE L'ATELIER SUPPLÉMENTAIRE :

Tarif jusqu'au
22 février 2015 inclus

55 € TTC / atelier

Tarif à partir du
23 février 2015

66 € TTC / atelier

Les personnes invitées au congrès par un laboratoire ne bénéficient pas d'un atelier inclus avec leur inscription.

Un tarif préférentiel leur sera proposé pendant le congrès (*inscription sur place*) à 40 € T.T.C. par atelier.



PROGRAMME

MARDI 31 MARS 2015

9h00 - 9h30	Ouverture du congrès Pr. Charles-Siegfried PERETTI (Paris) et Pr. Vincent DUBOIS (Bruxelles, Belgique)		
	AMPHI	O1 - STRESS ET DÉPRESSION : APPORT DE LA PSYCHIATRIE MILITAIRE Présidente de séance : Dr. Virginie VAUTIER (Toulon)	
9h30 - 10h00	O101 - Les guerres et après ? Pr. Franck de MONTLEAU (Clamart)		
10h00 - 10h30	O102 - Les enjeux du suivi des militaires au retour des missions de guerre Dr. Virginie VAUTIER (Toulon)	Salle H	Atelier 8
10h30 - 11h00	Pause café		Modalité de prise en charge de la dépression en ambulatoire Dr. Stéphane MOUCHABAC (Paris)
	AMPHI	O2 - PSYCHIATRIE ET SOCIÉTÉ : DÉLINQUANCE ET SEXUALITÉ Présidente de séance : Pr. Florence THIBAUT (Paris)	
11h00 - 11h30	O201 - Traitement des délinquants sexuels Pr. Florence THIBAUT (Paris)		
11h30 - 12h00	O202 - L'inceste maternel Dr. Patrick BLACHÈRE (Aix-les-Bains)		
12h00 - 13h30	Cocktail déjeunatoire		
	AMPHI	SYMPOSIUM Laboratoire Janssen	
13h30 - 14h30	Jeunes adultes souffrant de schizophrénie : de la "vie réelle" à la vie virtuelle Président de séance : Pr. Guillaume VAIVA (Lille) Orateurs : Dr. Thierry BOTTAI (Martignes) et Dr. Bertrand LAVOISY (Lille)		
	AMPHI	O3 - PSYCHOSE : UNE CHRONICITÉ À L'ŒUVRE Président de séance : Dr. Stéphane JAMAÏN (Paris)	Salle H
14h30 - 15h00	O301 - Association SCHIZO ?...OUI ! - Que sait-on de la schizophrénie aujourd'hui ? Mme Marie-Agnès LETROUIT (Paris)		Atelier 1 EMDR et stress Dr. Georges NICOLAIEFF (Paris)
15h00 - 15h30	O302 - Schizophrénie et anxiété Dr. Florian FERRERI (Paris)		
15h30 - 16h00	O303 - Endophénotypes et génétiques dans la schizophrénie : concept ou réalité ? Dr. Stéphane JAMAÏN (Paris)		
16h00 - 16h30	O304 - Cognition sociale et imagerie dans la schizophrénie : apports pour le clinicien Dr. Vincent MARZLOFF (Caen)		
16h30 - 17h00	Pause café		
	AMPHI	O4 - ENJEUX PSYCHOTHÉRAPEUTIQUES CHEZ LES SÉNIORS Président de séance : Pr. Alain VANIER (Paris)	Salle H
17h00 - 17h30	O401 - Psychothérapie chez les séniors Pr. Alain VANIER (Paris)		Atelier 2 Traitement du TDAH chez le sujet adulte Pr. Franck BAYLE (Paris)
17h30 - 18h00	O402 - Chirurgie esthétique et psychothérapie : quelle complémentarité ? Mme Jennifer HUET (Paris) et Pr. Marc REVOL (Paris)		

Psychiatrie, sciences et société : nouveau, enjeux et débats

MERCREDI 1^{ER} AVRIL 2015

AMPHI	O5-ALCOOL, TABAC ET HYGIÈNE DE VIE : NOUVEAUX PARADIGMES Présidente de séance : Mme Florence NOBLE (Paris)	Salle G	Atelier 3	Salle H	Atelier 4	
9h00 - 9h30	O501 - Vulnérabilité neurobiologique à l'alcool : état de l'art Dr. Florence NOBLE (Paris)	La systémique pour le psychiatre Dr. Marie-Victoire CHOPIN (Paris)		Addictologie Dr. Yves EDEL (Paris)		
9h30 - 10h00	O502 - Où en est-on de la cigarette électronique ? Pr. Gérard DUBOIS (Amiens)					
10h00 - 10h30	O503 - Intérêt d'un programme en thérapie cognitive et comportementale de 3 semaines en cure thermale pour sevrage de Benzodiazépines Dr. Olivier DUBOIS (Saujon)					
10h30 - 11h00	Pause café					
AMPHI	SYMPOSIUM Laboratoires Otsuka / Lundbeck		 Otsuka Pharmaceutical France SAS  Lundbeck			
11h00 - 12h00	Les enjeux de la réinsertion sociale après un premier épisode psychotique Président : Dr. Olivier CANCEIL (Paris) Orateurs : Dr. Nidal NABHAN-ABOU (Laval) et Dr. Yann HODÉ (Rouffach)					
12h00 - 13h30	Cocktail déjeunatoire					
AMPHI	SYMPOSIUM Servier		 Servier			
13h30 - 14h00	Dépression : au-delà des symptômes ; une vie, des envies Président de séance : Pr. Charles-Siegfried PERETTI (Paris) Orateur : Pr. Pierre-Michel LLORCA (Clermont-Ferrand)					
AMPHI	O6 - NOUVEAUX ENJEUX DE LA BIPOLARITÉ Président de séance : Dr. Yann LE STRAT (Paris)					
14h00 - 14h30	O601 - TDAH et trouble bipolaire chez l'adulte : diagnostic différentiel ou comorbidité ? Dr. Patrick BAUD (Genève, Suisse)					
14h30 - 15h00	O602 - Addiction et bipolarité : comprendre et traiter Dr. Yann LE STRAT (Paris)					
15h00 - 15h30	O603 - Mindfulness : quel apport psychothérapeutique dans les troubles bipolaires ? Dr. Thierry BONVALOT (Quimperlé)					
15h30 - 16h00	O604 - Mindfulness et Compassion Focused Therapy Pr. Pascal DELAMILLIEURE et Dr. Francis GHEYSEN (Caen)					
16h00 - 16h30	Pause café					
AMPHI	O7 - PSYCHOÉDUCATION Président de séance : Dr. Yann HODÉ (Rouffach)					
16h30 - 17h00	O701 - Est-ce que la psychoéducation des familles apporte vraiment un plus aux familles ? Dr. Yann HODÉ (Rouffach)					
17h00 - 17h30	O702 - L'organisation d'une offre de psychoéducation sur un large bassin de population Mme Dominique WILLARD (Paris)		Salle G	Atelier 5	Salle H	Atelier 6
17h30 - 18h00			Comprendre et traiter la paranoïa aujourd'hui Dr. Renaud de BEAUREPAIRE (Villejuif)		Suicide du sujet âgé Dr. Aude MANETTI (Paris)	



JEUDI 2 AVRIL 2015

AMPHI	O8 - APPORT DE LA BIOLOGIE À LA PSYCHIATRIE Président de séance : Dr. Philippe NUSS (Paris)	Salle G	Atelier 7
9h00 - 9h30	O801 - Le microbiote est-il vraiment un deuxième cerveau ? Dr. Henri DUBOC (Paris)		Autisme : quelle réponse aujourd'hui ? Dr. Bruno VERRECCHIA (Paris)
9h30 - 10h00	O802 - Quels biomarqueurs en psychiatrie demain ? Dr. Oussama KEBIR (Paris)		
10h00 - 10h30	O803 - Biomarqueurs lipidiques dans les maladies du SNC Dr. Philippe NUSS (Paris)		
10h30 - 11h00	Pause café		
AMPHI	O9 - LES COURANTS ACTUELS DE LA PSYCHIATRIE ALGÉRIENNE		
11h00 - 11h30	O901 - Possession : limites entre culture et délire Pr. Mohan Tayeb BENATMANE (Algérie)		
11h30 - 12h00	O902 - Impact du suicide sur le personnel soignant Pr. Abderrahane BELAID (Algérie)		
12h00 - 14h00	Cocktail déjeunatoire		
AMPHI	O10 - PÉDOPSYCHIATRIE Président de séance : Dr. Renaud de TOURNEMIRE (Poissy)		
14h00 - 14h30	O1001 - Une unité de médecine dédiée aux adolescents : quel apport clinique ? Dr. Renaud de TOURNEMIRE (Poissy)		
14h30 - 15h00	O1002 - Comprendre la recrudescence de l'absentéisme scolaire Dr. Jean-Pierre BENOIT (Paris)		
15h00 - 15h30	O1003 - Les mères en souffrance : rôle d'un psychiatre aux Assises Dr. Nidal NABHAN-ABOU (Laval)		
15h30 - 15h45	Remise des prix posters		
15h45 - 16h15	Pause café		
AMPHI	O11 - DÉPRESSION Présidente de séance : Dr. Stéphany ORAIN-PELISSOLO (Paris)		
16h15 - 16h45	O1101 - Thérapie en pleine conscience dans le traitement de la dépression Dr. Stéphany ORAIN-PELISSOLO (Paris)		
16h45 - 17h15	O1102 - Hypothèse inflammatoire dans la dépression : état des lieux Dr. Lucile CAPURON (Bordeaux)		
17h15 - 17h45	O1103 - Modalités et indications de la dTCS (stimulation corticale) Dr. Stéphane MOUCHABAC (Paris)		
17h45 - 18h00	Conclusion Pr. Charles-Siegfried PERETTI (Paris)		



Psychiatrie, sciences et société : nouveau, enjeux et débats

INFORMATIONS GÉNÉRALES

INSCRIPTIONS

Les droits d'inscription incluent l'accès aux sessions scientifiques, aux zones de l'exposition et des posters scientifiques, aux cocktails déjeunatoires et aux pauses café ainsi que dans certains cas aux ateliers souscrits.

Chaque participant se verra remettre un badge ainsi que le porte-documents du congrès incluant ce programme final / livre des abstracts.

La facture ainsi que l'attestation de présence sont remises aux participants pendant le congrès ou sur simple demande auprès de DSO.

TARIFS

Forfait Psychiatre du 31 mars au 2 avril 2015 (soit 3 jours) AVEC 1 ATELIER AU CHOIX OFFERT	336 € TTC jusqu'au 22 février 2015 inclus	396 € TTC jusqu'au 23 février 2015 inclus
Forfait Psychologue du 31 mars au 2 avril 2015 (soit 3 jours) AVEC 1 ATELIER AU CHOIX OFFERT	226 € TTC jusqu'au 22 février 2015 inclus	280 € TTC jusqu'au 23 février 2015 inclus
Forfait interne / infirmier / étudiant en psychologie du 31 mars au 2 avril 2015 (soit 3 jours) AVEC 1 ATELIER AU CHOIX OFFERT	210 € TTC jusqu'au 22 février 2015 inclus	246 € TTC jusqu'au 23 février 2015 inclus
Atelier supplémentaire	55 € TTC / atelier supplémentaire	66 € TTC atelier supplémentaire

FORMATIONS

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

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.
15 rue Cugnot - 75018 PARIS
Tél. : 01 53 26 03 70
Site internet : www.arspg.org

INFORMATIONS AIR FRANCE



AIR FRANCE ET KLM GLOBAL MEETINGS

ÉVÉNEMENT : 13^{ÈME} CONGRÈS DE L'ARSPG, LA PSYCHIATRIE DANS TOUS SES ÉTATS

- CODE IDENTIFIANT : 23332AF
- VALABLE POUR TRANSPORT : DU 25/03/2015 AU 07/04/2015
- LIEU DE L'ÉVÉNEMENT : PARIS, FRANCE

Réductions sur une très large gamme de tarifs publics sur l'ensemble des vols Air France et KLM du monde, pouvant aller jusqu'à -47% sur les lignes de France métropolitaine (Corse incluse)**.

Connectez-vous sur [le lien Internet de l'événement](#) ou sur www.airfranceklm-globalmeetings.com pour :

- obtenir les tarifs préférentiels consentis,
- effectuer votre réservation,
- faire émettre votre billet électronique **,
- choisir votre siège à bord *,

Si vous réservez via le site Air France et KLM Global Meetings, un justificatif sera joint à votre billet électronique.

Si vous préférez traiter votre réservation et achat de billet par l'intermédiaire d'un point de vente Air France ou KLM, ou par une agence de voyage, vous devez garder ce document pour justifier l'application des tarifs préférentiels.

VEILLEZ À ÊTRE EN POSSESSION DE L'UN OU L'AUTRE DES JUSTIFICATIFS SELON VOTRE MODE DE RÉSERVATION CAR IL PEUT VOUS ÊTRE DEMANDÉ À TOUT MOMENT LORS DE VOTRE VOYAGE.

Pour connaître votre agence Air France et KLM la plus proche, consultez : www.airfrance.com ou www.klm.com.

Vous devrez citer la référence ci-dessus pour identifier la manifestation enregistrée sur la base Air France : **GGAIRAFEVENTNEGO**.

Les programmes de fidélisation des compagnies partenaires d'Air France et KLM permettent d'accumuler des miles en utilisant des vols Air France ou KLM.

* soumis à conditions

** non disponible dans certains pays

Société Air France, société anonyme au capital de 126.748.775 Euros
Siège social : 45 rue de Paris, F95704 Roissy Charles de Gaulle cedex, France
RCS Bobigny 420495178

Société KLM – Lignes aériennes royales néerlandaises (également connue sous l'appellation KLM Royal Dutch Airlines)
Siège officiel : Amsterdamseweg 55, 1182 GP Amstelveen, Pays-Bas
Enregistré sous le numéro 33014286

Document édité par AIR FRANCE & KLM Global Meetings : JH.CD



Psychiatrie, sciences et société : nouveau, enjeux et débats

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 (30 minutes au total). Nous vous remercions de bien vouloir veiller à faire appliquer cette consigne.

VOUS ÊTES ORATEUR :

Nous vous remercions de bien vouloir vous présenter en Salle de conférences au minimum 15 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 (30 minutes au total). 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 selon le planning transmis.

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 : à partir de 8h30 le mardi 31 mars 2015

DÉMONTAGE : à partir de 16h15 le jeudi 2 avril 2015

Les posters qui ne seront pas récupérés le jeudi à 18h00 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 café et cocktails déjeunatoires de manière à pouvoir en discuter avec les congressistes.

La remise des prix posters est prévue le jeudi 2 avril de 15h30 à 15h45.

VOUS ÊTES FORMATEUR :

Les ateliers de formation se déroulent dans 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.

Nous recommandons à chaque formateur de vérifier sa présentation orale suffisamment à l'avance en la prévisualisant dans la salle de pré-projection prévue à cet effet selon le planning transmis.



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 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

COCKTAILS DÉJEUNATOIRES :

Les cocktails déjeunatoires seront servis au cœur même de l'exposition afin de faciliter les échanges entre les partenaires de l'industrie pharmaceutique et les congressistes.

CONFÉRENCES :

Les conférences auront lieu en amphi E.

Les ateliers auront lieu en salle 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.



Psychiatrie, sciences et société : nouveau, enjeux et débats

LIVRE D'ABSTRACTS
COMMUNICATIONS ORALES

OUVERTURE DU CONGRÈS - ACCUEIL AUX URGENCES PSYCHIATRIQUES ET NOUVELLES STRATÉGIES DE RÉSEAU

Pr. Vincent DUBOIS, MD, PhD

La pratique aux urgences psychiatriques est un très bon indicateur des besoins dans la prise en charge des patients présentant des troubles de santé mentale. Très souvent, des manquements importants se font sentir dans l'organisation de la continuité des soins et on assiste à un recours de plus en plus fréquent aux soins contraints.

À partir de données issues de la littérature internationale, des éléments de dynamisation des prises en charge de nos patients, particulièrement les plus fragilisés et les plus chroniques, seront abordés.

STRESS ET DÉPRESSION : APPORT DE LA PSYCHIATRIE MILITAIRE

O101 - LES GUERRES, ET APRÈS ?

Pr. Franck De MONTLEAU

On évoque souvent, et à juste titre, les blessures psychiques consécutives à l'exposition à une intervention militaire extérieure. Elles se manifestent soit assez rapidement au moment du conflit constituant les blessés psychiques, mais aussi à distance de ce dernier sous des formes diverses dont la plus connue est l'état de stress post-traumatique (ESPT). Toutefois, il existe aussi des blessures invisibles, indicibles, silencieuses qui infiltrent la vie psychique du sujet et qui progressivement entravent son existence longtemps après que l'exposition à la violence ait eu lieu. Pour des raisons tant constitutives au statut de soldat, mais aussi institutionnelles propres au fonctionnement militaires, un certain nombre de blessures sont tues. Des conflits récents comme la guerre en Afghanistan ou plus anciens nous donneront l'occasion d'illustrer les multiples facettes du développement de la pathologie militaire post-traumatique, parfois longtemps après que les armes soit devenues silencieuses.

O102 - LES ENJEUX DU SUIVI DES MILITAIRES AU RETOUR DES MISSIONS DE GUERRE

Dr. Virginie VAUTIER (Toulon)

Revenir d'une mission de guerre ne va pas de soi. Il s'agit d'un processus psychologique complexe que l'Institution militaire accompagne de manière de plus en plus structurée à mesure que les missions des soldats français deviennent de plus en plus complexes. Le dépistage et la prise en charge des troubles psychiques post-traumatiques est une priorité pour le Service de Santé des Armées. La surveillance épidémiologique systématique mise en place par le Centre d'épidémiologie et de santé publique des armées a permis d'identifier l'hétérogénéité des troubles psychiques de guerre et leur évolution dans les mois qui suivent un retour de mission. Nous présenterons ici les données épidémiologiques issues de cette surveillance systématique ainsi que les dispositifs de soins pluridisciplinaires mis en place autour des soldats blessés et leurs familles.

Mots clés : Troubles psychiques post-traumatiques, surveillance épidémiologique des armées, soldats, missions de guerre.



Psychiatrie, sciences et société : nouveau, enjeux et débats

PSYCHIATRIE ET SOCIÉTÉ : DÉLINQUANCE ET SEXUALITÉ

O201 - TRAITEMENTS DE LA DÉLINQUANCE SEXUELLE

Pr. Florence THIBAUT
CHU Cochin, Faculté de Médecine Paris Descartes, INSERM U 894, CPN, Paris
florence.thibaut@cch.aphp.fr

La délinquance sexuelle constitue une préoccupation majeure de santé publique en raison des graves conséquences pour les victimes de certains délits sexuels comme le viol ou la pédophilie. Tous les intervenants confrontés à ces sujets s'accordent pour dire que l'incarcération seule ne règle pas le problème de la violence sexuelle et que la prise en charge médico-socio-psychologique des délinquants sexuels est une étape fondamentale dans la prévention de la récidive. L'association d'une psychothérapie (de type cognitivo-comportementale) et d'un traitement pharmacologique serait plus efficace que chacun de ces traitements utilisés individuellement. Deux classes médicamenteuses principales sont utilisées pour traiter les paraphilies associées aux comportements sexuels délictueux : les antidépresseurs de type sérotoninergique et les antiandrogènes. Deux types de traitements antiandrogènes ont obtenu une autorisation de mise sur le marché dans différents pays d'Europe dans cette indication : l'acétate de cyprotérone et la triptoréline (forme retard injectable tous les 3 mois). Des recommandations générales ont été récemment établies sous l'égide de la Haute Autorité de Santé en France et des recommandations concernant le traitement pharmacologique avec un algorithme de prescription ont été publiées par la World Federation of Societies of Biological Psychiatry au plan international (www.wfsbp.org).

Référence : F. Thibaut Approche psychiatrique des déviances sexuelles Eds. Springer Verlag/Lavoisier 2011.

O202 - L'INCESTE MATERNEL

Dr. Patrick BLACHÈRE (Psychiatre, expert cour d'appel de CHAMBERY)
« Pour développer une stratégie thérapeutique, il y a lieu d'abord de procéder à une évaluation qui se doit d'être pluridisciplinaire (à la fois psychiatrique, psychologique, psychopathologique, psychosociologique et psycho-criminologique). »
(CIAVALDINI. A)

La violence sexuelle féminine, longtemps déniée, a fait, depuis le début des années 80, l'objet de nombreuses études.

Celles-ci démontrent qu'il existe des femmes auteures d'infractions à caractère sexuel.

Les hommes n'ont pas l'exclusivité des faits de violences sexuelles ni, du reste, de la pédophilie. Dans une étude de 1996, 3% des femmes interrogées reconnaissent avoir des fantasmes pédophiles (1).

Pour apprécier l'importance de ce fait social, les données de la justice (nombre de mises en cause et de condamnations) comme en France (celles de l'observatoire de la délinquance) ne sont pas un bon indicateur.

Les données des centres d'appel pour victimes de violences (comme en France le 119) sont de meilleurs outils d'appréciation de la prévalence de ce type de délinquance.

Dans une étude synthétique de la littérature scientifique sur ce sujet, M.H. COLSON (3) cite une publication anglaise portant sur plusieurs milliers d'appels d'aide pour des faits d'infractions à caractère sexuel :

- 44% des victimes masculines disaient avoir été abusées par une femme.
- 16% des garçons et 3% des filles accusaient leur mère d'abus sexuels.

L'inceste n'est donc pas non plus une exclusivité masculine mais il est manifestement peu souvent dénoncé.

Si ce fait de société est aujourd'hui reconnu, les études psychiatriques, psychologiques, psychopathologiques, psychosociologiques et psycho-criminologiques ne portent, que sur de petites cohortes d'auteurs.

Certaines études ne sont même que de simples cas cliniques rapportées.

Il est donc difficile voire impossible, faute d'études validées, d'apprécier la dangerosité de ces femmes et d'éclairer les thérapeutes sur les stratégies à adopter. Ceci est problématique en matière expertale et doit nous rendre modeste dans nos conclusions...

Ancona, L., Boillat F. (2012), Abus sexuels envers les enfants : éviter le premier passage à l'acte. Etat des lieux et analyse de la situation au niveau international. Perspectives pour la Suisse romande. Monthey: Editions DIS NO.

Colson, M.-H. Les femmes auteures d'infractions à caractère sexuel, caractéristiques cliniques, variables et spécificité : Analyse de la littérature, Marseille : CRIR AVS, PACA, 2011.

Ciavaldini A. (2001), psychopathologie des agresseurs sexuels, 1 vol 253 p, Liège : Masson.



PSYCHOSE : UNE CHRONICITÉ À L'ŒUVRE

O301 - SCHIZO ? ...OUI ! FAIRE FACE À LA SCHIZOPHRÉNIE

Mme Marie-Agnès LETROUT (Paris), Fondatrice, Chevalier de La Légion d'Honneur

Introduction :

Schizo ? ...Oui ! Une association nationale pour parler sans fards de la schizophrénie

1- Schizo ? ...Oui ! Ses adhérents, son objectif principal, ses objectifs secondaires, ses appuis

2- Schizo ? ...Oui ! Prises de position et actions au fil du temps

3-Schizo ? ...Oui ! Actions en cours et en projet

Conclusion :

Schizo ? ...Oui ! Une association pour tous

O302 - SCHIZOPHRÉNIE ET ANXIÉTÉ

Dr. Florian FERRERI, M.D., Ph.D. Maître de Conférence des Universités. Service de Psychiatrie et de Psychologie médicale de l'adulte, Hôpital Saint-Antoine, UPMC, Paris VI

Les manifestations anxieuses sont fréquentes et majeures chez les patients schizophrènes. Elles sont invalidantes sur le plan fonctionnel. Les symptômes anxieux sont une source de préoccupation quotidienne pour les soignants à tous les stades de la maladie : phase prodromale, premier épisode, phase processuelle... Le terme d'« angoisse psychotique » est une terminologie souvent usitée par opposition aux « angoisses névrotiques ». Dans une vision plus large, qu'elle serait la meilleure approche pour apprécier les symptômes anxieux dans la schizophrénie ? L'approche dimensionnelle qui considère l'anxiété comme un symptôme de la maladie ou l'approche catégorielle qui décrit des entités anxieuses comorbides ? Nous verrons les stratégies de prise en charge médicamenteuse et non médicamenteuse.

O303 - ENDOPHÉNOTYPES ET GÉNÉTIQUE DANS LA SCHIZOPHRÉNIE : CONCEPT OU RÉALITÉ ?

Dr. Stéphane JAMAIN, Chargé de Recherche Inserm

Inserm U955, Psychiatrie Translationnelle, Hôpital Henri Mondor, Créteil, France
Université Paris-Est, Faculté de Médecine, Créteil, France
Fondation FondaMental, Créteil, France

Il est depuis longtemps admis que le patrimoine génétique contribue à la vulnérabilité à de nombreux troubles psychiatriques et à la schizophrénie en particulier. Les nombreuses études de jumeaux et d'adoptions corréleront avec les études épidémiologiques et nous permettent d'estimer aujourd'hui qu'entre 60 % et 80 % de la maladie pourrait être expliqué par le génome des individus. Cependant, les écueils qu'ont rencontrés les études génétiques ces trente dernières années ont souvent questionné le bien-fondé de l'entité nosographique de la schizophrénie et la pertinence de découper ce syndrome en endophénotypes. Le décryptage du génome humain et la révolution technologique qui a suivi nous permettent aujourd'hui de lire rapidement l'intégralité du génome d'un individu. Les études génétiques récentes nous ont beaucoup appris sur l'influence du génome dans la vulnérabilité des individus et l'homogénéité de la maladie. Au cours de cette présentation, je reviendrai sur les grandes découvertes génétiques dans la schizophrénie de ces dernières années, sur ce qu'elles nous ont appris sur la physiopathologie de la maladie et ce qu'elles nous apportent pour les prises en charges du futur.

O304 - COGNITION SOCIALE ET IMAGERIE DANS LA SCHIZOPHRÉNIE : APPORTS POUR LE CLINICIEN

Dr. Vincent MARZLOFF

L'impact de la schizophrénie sur la qualité de vie et sur le fonctionnement social des patients prend source dans une altération des processus qui sous-tendent les échanges interindividuels et les représentations des conventions sociales. Il n'existe actuellement pas de consensus diagnostique ni thérapeutique face à ce défaut de cognition sociale fréquent et invalidant, dont l'exploration par les neurosciences répond insuffisamment aux attentes des cliniciens. A partir d'études en IRM anatomique et fonctionnelle sera discutée l'altération de la cognition sociale dans la schizophrénie, c'est à dire l'altération du traitement émotionnel, de la théorie de l'esprit, des perceptions sociales. Les modifications anatomiques et fonctionnelles des bases neurales mises en jeu par ces processus, en particulier le cortex préfrontal médian, les jonctions temporo-pariétales, ou encore le système limbique pourraient éclairer les biais cognitifs et les difficultés relationnelles invalidantes chez les patients. Sur le plan thérapeutique, la prise en charge des patients et de leurs proches se doit d'être précoce, éventuellement avant la déclaration de la maladie. Alors que l'approche médicamenteuse reste marginale, les approches ciblées ou globales de revalidation de la cognition sociale ont montré une certaine efficacité mais leur généralisation à une pratique clinique de routine s'avère complexe.



Psychiatrie, sciences et société : nouveau, enjeux et débats

ENJEUX PSYCHOTHÉRAPEUTIQUES CHEZ LES SÉNIORS

O401 - PSYCHOTHÉRAPIE CHEZ LES SENIORS

Pr. Alain VANIER - Professeur des Universités, Directeur du C.R.P.M.S. (EA 3522) - Université Paris Diderot - Paris 7, SPC
Ancien psychiatre des hôpitaux

Freud doutait du bien-fondé et même de la possibilité d'un traitement des personnes âgées. Or, aujourd'hui, nous recevons régulièrement des "seniors". À partir de vignettes cliniques, il est sans doute possible de cerner les particularités de cette pratique.

O402 - CHIRURGIE ESTHÉTIQUE ET PSYCHANALYSE, QUELLE RENCONTRE ?

Pr. Marc REVOL et Mme Jennifer HUET - Hôpital Saint-Louis, Paris.

Comment chirurgien et psychologue peuvent-ils se rencontrer dans la clinique du demandeur de chirurgie esthétique ? À partir de notre pratique dans un service de chirurgie plastique à l'hôpital et sans céder sur les exigences respectives de nos deux disciplines, notre propos s'appuiera sur les effets bénéfiques d'un travail possible entre chirurgien et psychanalyste.

Nous avons décidé de penser la chirurgie esthétique dans sa dimension d'hyper modernité en lien avec le social. Après avoir été considérée pendant de nombreuses années comme une chirurgie se proposant comme thérapeutique alternative à des troubles psychiques, la chirurgie esthétique semble aujourd'hui s'installer comme une pratique sociale agissante au delà du champ des maladies et de la réparation chirurgicale et concerner toutes les couches de la société.

Le patient qui vient consulter en chirurgie esthétique, vient parler de prime abord de son corps dans sa dimension anatomique car pour lui, la souffrance qu'il éprouve ne trouvera un soulagement que par une intervention chirurgicale qui aura valeur de réparation, de restitution ou de traitement. Il est souvent déjà bien documenté sur les différentes techniques chirurgicales et arrive, la plupart du temps, avec une demande d'intervention plus qu'une demande d'avis.

Le chirurgien apparaît alors comme un artiste ou un artisan du corps et cette dimension imaginaire n'est pas sans conséquence sur la relation patient/médecin. Confronté à des demandes originales puisqu'elles portent sur les représentations que le patient a de son propre corps, le chirurgien a pour délicate mission de faire coïncider des attentes et des représentations imaginaires sur un réel, celui du corps. Tantôt considéré comme magicien, tantôt comme prestataire de services, les effets transférentiels de cette rencontre entre chirurgien et patient constitueront un des axes privilégiés abordé dans cette approche conjointe.

Si le chirurgien est attentif à la dimension psychique de la souffrance de son patient, c'est souvent dans le but de déceler les éventuelles contre-indications à une intervention de chirurgie esthétique. Pour lui, les attentes irréalistes, réelles ou supposées, l'exposent à de possibles mésententes dans le suivi post-opératoire ainsi que dans certains cas, à des poursuites judiciaires qui engagent sa responsabilité de médecin. Le psychologue ou le psychiatre, peut apparaître alors comme un possible évaluateur qui se porterait caution ou garantie du bien fondé de cette intervention. Or, si cette position d'évaluation peut s'avérer offrir un certain réconfort au chirurgien, elle ne fait que renforcer chez le patient les résistances à s'interroger sur lui-même et sur la dimension psychique de sa demande.

C'est donc davantage dans le travail mené conjointement par le chirurgien et le psychanalyste qu'une interrogation sur la demande et ses attentes pourra être menée par le patient avec ou sans rencontre avec le psychanalyste.



ALCOOL, TABAC ET HYGIÈNE DE VIE : NOUVEAUX PARADIGMES

O501 - VULNERABILITÉ NEUROBIOLOGIQUE À L'ALCOOL : ÉTAT DE L'ART

Dr. Florence NOBLE

La notion d'une vulnérabilité au développement d'une dépendance à l'alcool chez certains individus est généralement admise. Mais comment explique-t-on cette différence, pourquoi un faible pourcentage (environ 10%) des individus consommant de l'alcool deviendra dépendant de ce produit, alors que la majorité restera dans une consommation parfaitement gérée ?

Il est bien établi que des facteurs environnementaux et génétiques contribuent aux différences interindividuelles dans la vulnérabilité à initier une consommation, ou à devenir abuseur ou dépendant. Néanmoins le clivage entre ces deux sources de variance est maintenant largement dépassé. Il n'est plus question de savoir si l'un est plus important que l'autre, mais de savoir comment ces deux composantes, gène et environnement, peuvent interagir et se moduler mutuellement. La démonstration que des facteurs environnementaux ont une action sur les comportements de prise de produit repose sur des études cliniques et précliniques. Les modifications de comportements s'accompagnent de marques épigénétiques qui favorisent ou répriment l'expression des gènes. Ces régulations géniques ont donc un impact sur la vulnérabilité à développer un comportement addictif, et peuvent aussi sans doute expliquer des variabilités de réponse aux traitements. En s'appuyant sur quelques exemples, ces différentes notions seront reprises au cours de l'exposé.

O502 - OÙ EN EST-ON DE LA CIGARETTE ÉLECTRONIQUE ?

Pr. Gérard DUBOIS, président de la Commission Addictions de l'Académie de médecine

Inventée en Chine par Hon Lik en 2006, la cigarette électronique de deuxième ou troisième génération est disponible sur un marché qui se développe de manière spectaculaire. En France, en 2013, on estime à un million le nombre d'utilisateurs appelés "vapoteurs".

La cigarette électronique inquiète mais, même s'il est difficile de quantifier précisément sa toxicité à long terme, elle est à l'évidence infiniment moindre que celle de la cigarette traditionnelle.

Elle pourrait être un moyen d'initiation des jeunes à la nicotine mais, même en ajoutant les différentes sources de nicotine (tabac plus cigarette électronique), leur utilisation par les collégiens parisiens est en baisse, de 20,2% en 2011 à 16,2% en 2014.

Sa place comme moyen d'arrêt du tabac est en cours d'évaluation et les premiers résultats sont plutôt favorables. Elle pourrait cependant rendre impossible l'interdiction de fumer du tabac dans les lieux clos et couverts.

La cigarette électronique est une opportunité nouvelle car son développement est accompagné d'une baisse notable du tabagisme en France (- 4,9% en 2012, - 7,6% en 2013, - 5,3% en 2014). Elle doit cependant être surveillée et réglementée.

L'Académie Nationale de Médecine recommande :

1. de réglementer la fabrication et la distribution de l'e-cigarette (et produits apparentés) afin d'en assurer la sûreté et la fiabilité (norme AFNOR) ;
2. de ne pas dissuader les fumeurs qui l'utilisent et de favoriser l'émergence d'une e-cigarette « médicament » pour des produits revendiquant un effet bénéfique pour la santé et mis à la disposition des fumeurs qui désirent évoluer vers l'abstinence par le circuit pharmaceutique;
3. de maintenir et d'assurer l'application de l'interdiction de vente aux mineurs, de son usage en public partout où il est interdit de fumer du tabac.



Psychiatrie, sciences et société : nouveau, enjeux et débats

O503 - L'INTÉRÊT D'UN PROGRAMME EN THÉRAPIE COGNITIVE ET COMPORTEMENTALE DE 3 SEMAINES EN CURE THERMALE POUR SEVRAGE AUX BENZODIAZÉPINES.

Dr. Olivier DUBOIS

La consommation de benzodiazépines est un enjeu majeur de santé publique. Environ 10 % des français en sont des consommateurs réguliers. La France est le deuxième pays européen en termes de consommation de ces médicaments qu'ils soient de type anxiolytique ou de type hypnotique. Les conséquences morbides de cette consommation, en termes de santé, sont nombreuses : troubles du comportement, troubles cognitifs, iatrogénie ; 1/3 des femmes de plus de 65 ans sont consommatrices de ces médicaments, souvent associés à d'autres produits. On ne peut également occulter les risques liés à la conduite automobile et les risques de plus en plus identifiés de troubles des fonctions mnésiques induits par ces produits.

Récemment plusieurs rapports de l'ANSM ont mis en évidence l'importance de la réduction de la prescription de ces médicaments. Pour autant il existe des difficultés à mettre en place des programmes permettant d'obtenir un tel résultat. Les thérapies cognitives et comportementales apportent une réponse, mais en pratique s'avèrent souvent peu utilisées par manque de spécialistes. Les suivis ambulatoires semblent également insuffisants pour assurer un tel projet thérapeutique. L'hospitalisation est, à l'inverse, une prise en charge trop régressive pour assurer un tel objectif.

C'est pour cette raison qu'a été mis en place, en cure thermale à orientation psychiatrique, un protocole associant un suivi psychothérapeutique individuel avec entretien motivationnel, un programme psychoéducatif de groupe et un suivi médical accompagnant le sevrage. Ce protocole a été encadré par un groupe d'experts, et tenant compte des recommandations de la HAS (2007).

70 patients ont été recrutés dans 4 stations thermales psychiatriques françaises. 9 groupes de 6 à 12 patients ont été constitués.

L'objectif principal était de comparer la consommation de benzodiazépines 6 mois après la fin de la cure comparativement à celle du début de cure.

Les résultats montrent que 41 % de la population étudiée, consommatrice chronique et stable de benzodiazépines depuis au moins 6 mois, a pu arrêter totalement sa consommation de benzodiazépines et ce, de manière prolongée (6 mois après la fin de la cure).

La réduction moyenne globale des benzodiazépines était de 75 % à 6 mois.

Cette étude a été encadrée par un groupe d'experts. L'analyse épidémiologique a été réalisée par l'ISPED de Bordeaux II.

En conclusion, cette étude est le premier essai clinique évaluant l'efficacité de la balnéothérapie associée à un programme psychoéducatif pour le sevrage des benzodiazépines.

Les résultats montrent l'efficacité et la faisabilité de ce programme comme alternative thérapeutique à cette indication.

À l'heure où l'ANSM envisage d'installer un plan d'action réduisant l'usage de ces médicaments, le développement d'une telle intervention pourrait s'avérer particulièrement intéressante.

NOUVEAUX ENJEUX DE LA BIPOLARITÉ

O601 - TDAH ET TROUBLE BIPOLAIRE CHEZ L'ADULTE : DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL OU COMORBIDITÉ ?

Dr. Patrick BAUD (Genève)

Selon les études épidémiologiques disponibles à ce jour, la prévalence du TDAH adulte en population générale se situe entre 3% et 4%, valeur proche de celle des troubles bipolaires (TB) I et II réunis. La comorbidité entre TDAH et TB est cependant beaucoup plus élevée que ne le voudrait le hasard. Elle ne saurait s'expliquer par le chevauchement partiel des symptômes qui caractérisent ces troubles ni par les seules incertitudes diagnostiques.

Quelle est donc la nature des relations qui unissent TDAH et TB ? Partagent-ils certains facteurs de vulnérabilité ? Représentent-ils différentes manifestations d'un même désordre au cours du développement ? Leur association, quand elle existe, constitue-t-elle une entité particulière, qui ne correspond pas à la simple addition des deux troubles et qui exigerait un traitement spécifique ? L'auteur s'appuie sur des données développementales, cliniques et neurobiologiques — en convoquant notamment la génétique et la neuro-imagerie — pour tenter d'éclairer ces questions. La conduite du traitement en cas de comorbidité sera abordée.



O602 - ADDICTION ET BIPOLARITÉ, COMPRENDRE ET TRAITER

Dr. Yann LE STRAT

Parmi les comorbidités des troubles bipolaires, les addictions ont une prévalence élevée par rapport à la population générale. Ces deux pathologies ont en commun le fait d'être des troubles dont l'origine est multifactorielle, associant des facteurs génétiques, environnementaux et développementaux. Certains de ses facteurs peuvent être aussi communs ce qui expliquerait l'importance de cette comorbidité.

Mais surtout, on sait que les addictions avec ou sans substance ont un impact négatif sur l'évolution de la maladie, tant sur le plan de la stabilité symptomatique qu'au niveau du handicap fonctionnel.

Les données récentes de la science sur le fonctionnement cérébral ont permis d'élaborer de nouvelles pistes de compréhension de cette problématique et vont permettre de proposer des prises en charge plus spécifiques.

Dans cette communication, nous exposerons les liens entre les troubles bipolaires et les addictions, les modèles explicatifs possibles et enfin les nouvelles pistes pour la prise en charge de cette association.

O603 - MINDFULNESS : QUEL APPORT PSYCHOTHÉRAPEUTIQUE DANS LES TROUBLES BIPOLAIRES ?

Dr. Thierry BONVALOT

La thérapie basée sur la pleine conscience selon Jon Kabat-Zinna à parvenir à un état de conscience volontaire centré sur l'instant présent et sur l'expérience de soi et du monde qui se déploie moment après moment. L'observation et l'acceptation de ce qui se passe en soi distingue cette méthode de la relaxation pure. Cette méthode, particulièrement développée pour le traitement des récurrences dépressives, trouve son rationnel dans la mise en évidence chez ces sujets d'une vulnérabilité cognitive et émotionnelle notamment lorsqu'elle comporte des ruminations et des états dysphoriques.

La mise en évidence chez les sujets bipolaires d'une hyper réactivité émotionnelle rend cette méthode particulièrement propice à la prise en charge de leurs manifestations inter épisodes, particulièrement en diminuant les niveaux d'anxiété et de stress et en développant une meilleure perception de leur fonctionnement symptomatique en favorisant un travail de méta-cognition et en automatisant les processus de recul envers leurs cognitions dépressogènes.

O604 - MINDFULNESS ET COMPASSION FOCUSED THERAPY

Pr. Pascal DELAMILLIEURE (Psychiatre CHU Caen) et Dr. Francis GHEYSEN (Psychiatre CHU Caen)

La Thérapie Focalisée sur la Compassion (CFT) a été élaborée par le Pr. Paul Gilbert (Gilbert, 2000, 2010), il s'agit d'une approche psychothérapique intégrée multimodale prenant en considération l'être humain de manière globale, dans toutes ses dimensions : psychique (en particulier, cognitive et émotionnelle), physique, sociale et de pleine conscience. Elle constitue une synthèse inédite de la psychologie occidentale, du bouddhisme (méditation en pleine conscience) et des neurosciences. Les principes clés de cette thérapie reposent sur un travail sur les points suivants : honte et autocritique, systèmes de régulation des émotions dominant notre rapport à soi et au monde (système centré sur la menace, système centré sur les conduites / pulsions / besoins et système centré sur l'apaisement). La Thérapie Fondée sur la Pleine Conscience et la Compassion (TFPCC) complète la TFC en mettant l'accent sur la pleine conscience (Mindfulness), l'acceptation et la compassion qui constituent le cœur de cette approche novatrice permettant d'améliorer le rapport à soi et au monde. L'utilisation de la compassion en imagerie mentale constitue ainsi une part importante de l'intervention thérapeutique avec la méditation Pleine Conscience. La thérapie axée sur la compassion permet de prendre conscience que les pensées et images peuvent agir comme des stimuli externes, activant différentes parties du cerveau. Cette approche thérapeutique vise ainsi à avoir un impact sur les troubles anxieux, dépressifs (impact sur les symptômes résiduels, prévention) mais aussi sur les pensées autocritiques, l'estime de soi, sources de vulnérabilité des patients.

Psychiatrie, sciences et société : nouveau, enjeux et débats

PSYCHOÉDUCATION

O701 - QUEL EST LE RÉEL APPORT DE LA PSYCHOÉDUCATION DES FAMILLES DANS LA SCHIZOPHRÉNIE?

Dr. Yann HODÉ

Les études internationales montrent que la psychoéducation des familles réduit le taux de réhospitalisation d'un facteur 2, soit autant que l'effet préventif du traitement. Le niveau de preuve de cet effet est plus élevé que la plupart des niveaux de preuve des autres types d'interventions en direction des patients. Il a également pu être montré que la psychoéducation des familles favorise le meilleur fonctionnement social des patients et leur retour à l'emploi. Dans le cas du programme Profamille version V3, le fonctionnement du patient mesuré par la LSP20 est significativement amélioré un an après les 14 séances initiales du programme et le nombre de jours d'hospitalisations nettement réduit, rendant le programme financièrement rentable.

Pourquoi la psychoéducation est-elle efficace ? La schizophrénie est un trouble complexe et savoir aider efficacement un malade demande une bonne compréhension du trouble et certains savoir faire qui ne sont pas spontanément maîtrisés, y compris dans le milieu soignant. Il est donc important de former les familles, notamment face au malade qui manque d'insight. Par ailleurs les familles sont souvent épuisées face à un trouble qui modifie de nombreux projets de vie et qui les met en situation d'impuissance apprise. Plus de la moitié des familles ont des scores à la Ces-d révélant une symptomatologie dépressive importante, et indiquant un risque majoré d'un facteur 2 de mortalité, notamment cardiovasculaire. Le programme Profamille contient des exercices d'entraînement à une meilleure gestion des émotions et des exercices de restructuration cognitive pour réduire l'impact des pensées dépressives. La participation des familles à ce programme entraîne une correction de l'humeur dépressive chez la majorité des participants à risque et un retour à un risque de mortalité normal. Ces résultats sont stables deux ans après la fin du programme. On observe d'ailleurs une réduction d'un facteur 3 du nombre de jours d'arrêt de travail de familles dans l'année qui suit la participation à ce programme.

Quelles sont les conditions de l'efficacité de la psychoéducation ? Les programmes psychoéducatifs étant basés sur l'acquisition d'apprentissages complexes et multiples, ils nécessitent une durée suffisante (souvent plus de 50h). Les programmes courts ou purement informatifs n'ont pas d'efficacité clinique, même s'ils peuvent donner satisfaction aux familles.

Les programmes psychoéducatifs, du fait de leur durée, conviennent-ils à toutes les familles ? Nos données préliminaires montrent qu'ils conviennent au moins aux familles de 2 malades sur 3. Actuellement, ils sont proposés à moins de 4 % des familles car les psychiatres sont encore trop réticents à informer les familles du diagnostic de schizophrénie et à les orienter vers un programme psychoéducatif validé. Cette attitude conduit à une perte de chance pour le malade, et à une mortalité majorée pour la famille avec un surcoût global pour la société. L'accumulation de preuves sur ce point pose des questions déontologiques et économiques de plus en plus prégnantes.

O702 - L'ORGANISATION D'UNE OFFRE DE PSYCHOÉDUCATION SUR UN LARGE BASSIN DE POPULATION. LA COORDINATION INTER-ÉTABLISSEMENT EST-ELLE UNE UTOPIE ?

Mme Dominique WILLARD
Psychologue C3RP/SHU Sainte Anne

La schizophrénie qui touche 1% de la population est un problème majeur de santé publique. Son importance, son coût et son impact réel sont encore largement ignorés. Qu'en est-il de la proposition de la participation des familles des malades à un programme psychoéducatif ?

En Ile de France le bassin de population est de 12 millions d'habitants ce qui veut dire 12000 personnes atteintes, soit 1200 nouveaux cas par an. Actuellement 5 équipes proposent le programme ProFamille en Ile de France. Ces équipes se sont regroupées pour former le « Cluster Profamille Ile de France » Ces groupes non sectorisés, sont animés par des psychologues, des psychiatres, des infirmiers, et des familles ayant été formés au préalable.



APPORT DE LA BIOLOGIE À LA PSYCHIATRIE

O801 - LE MICROBIOTE EST-IL VRAIMENT UN DEUXIEME CERVEAU ?

Dr. Henri DUBOC (Paris)

Historiquement, les interactions « cerveau-intestin » sont devenues un véritable sujet d'étude avec les travaux de Pavlov sur la « sécrétion psychique ». Jusqu'à devenir aujourd'hui le « Brain-Gut Axis » : les interactions cerveau-intestin aboutissant à des régulations de fonctions ou à des effets propres, qu'ils soient d'ordre métaboliques, inflammatoires, ou psychiques. Le « microbiote intestinal - anciennement « flore intestinale » - connaît un regain exponentiel d'intérêt : grâce à son étude en biologie moléculaire, par les techniques de transplantation de microbiote ainsi que celle de ses métabolites. Les résultats d'études chez l'animal dans l'apprentissage, le comportement, le stress et même la dépendance, désignent le microbiote comme un sujet prometteur en physiopathologie humaine. Au vu de ce que nous apprend la littérature, ce « deuxième cerveau » intestinal est probablement constitué du dialogue entre ces deux entités impossibles à séparer : le système nerveux entérique, et les quantités de neurones qui le compose, et le microbiote, par ses influences endocrines.

O802 - QUELS BIOMARQUEURS EN PSYCHIATRIE DEMAIN ?

Dr. Oussama KEBIR, MD, PhD
Laboratoire « physiopathologie des maladies psychiatriques », INSERM U894, Université Paris Descartes
Service Hospitalo-Universitaire, CH Sainte Anne, Paris

Un biomarqueur est une caractéristique biologique aisément accessible sur le plan moléculaire et objectivement mesurable qui donne une indication sur l'évolution d'un processus pathologique ou sur une réponse à une intervention thérapeutique.

L'ensemble des troubles psychiatriques se sont avérés être des pathologies complexes faisant intervenir des vulnérabilités diverses et intriquées (neuro-développementales, génétiques, épigénétiques ...) qui semblent interagir avec des facteurs environnementaux à risque. La part de facteurs stochastiques est également suspectée ajoutant à la complexité des processus et augmentant l'hétérogénéité des différents résultats des explorations et recherches menées en psychiatrie moléculaire.

Le caractère évolutif des troubles psychiatriques a poussé les chercheurs à les « stadifier » à l'aide de marqueurs biologiques. Nous mettons en exergue dans cette intervention l'intérêt d'une approche combinant deux paradigmes : l'étude longitudinale des marqueurs moléculaires à l'aide de cohortes prospectives et la combinaison d'approches omiques permettant d'appréhender les voies physiopathologiques sur plusieurs niveaux de compréhension : génomique, épigénomique, transcriptomique et métabolomique. Cette double approche serait plus adaptée à des variations dynamiques accompagnant des événements psychopathologiques clefs dans l'évolution des troubles psychiatriques (par exemple : l'émergence d'un trouble psychotique chez un jeune sujet à haut risque). Les nouveaux enjeux méthodologiques et la valeur translationnelle de cette approche seront discutés.

O803 - BIOMARQUEURS LIPIDIQUES DANS LES MALADIES DU SNC

Dr. Philippe NUSS

Le champ nouveau de la neurolipidomique se conjugue avec celui de la conception selon laquelle il existe des expressions lipidiques corps entier des maladies du système nerveux central (SNC). Le changement de paradigme est donc double dans la mesure où il introduit la connaissance des lipides structuraux dans la compréhension des maladies du SNC alors que les protéines constituaient jusqu'à présent l'essentiel des sujets d'études dans la compréhension des maladies neuropsychiatriques. Il considère aussi les atteintes lipidiques périphériques, particulièrement membranaires (mais aussi métaboliques) qui existent dans des pathologies qu'on pensait jusqu'alors uniquement cantonnées au cerveau.

Une publication récente de Nature, montrant que l'existence d'amolies des lipides circulants pouvait prédire plusieurs années à l'avance le risque de transition vers la maladie d'Alzheimer a donné une importante preuve de concept aux nombreux travaux existant dans le champ de la neurolipidomique des pathologies neuropsychiatriques. Les exemples donnés lors de la présentation concerneront majoritairement les atteintes lipidiques structurales et métaboliques identifiées dans la schizophrénie. Des pistes cliniques et thérapeutiques seront proposées.



Psychiatrie, sciences et société : nouveau, enjeux et débats

LES COURANTS ACTUELS DE LA PSYCHIATRIE ALGÉRIENNE

O901 - POSSESSION : LIMITE ENTRE CULTURE ET DÉLIRE

Pr. M.T. BENATMANE, Pr. F. ASSELAH, Pr. R. BELHADJ

Les traitements reçus par les patients psychiatriques ont toujours été dépendants des croyances d'une société. La forte imprégnation culturelles et religieuses dans la population maghrébine fait naître une pensée collective qui admet que le désordre mental tel que le délire de possession est la manœuvre maléfique d'un esprit invisible appelé communément djinn, ou à l'action d'un être humain (« Aïn » : mauvaise œil) ; La famille reste l'un des supports psychosociaux pour le patient qui entretient ce type de croyance qui risque d'influencer négativement le projet thérapeutique. Cette méconnaissance des troubles peut faire tarder le recours aux soins spécialisés et prolonger par conséquent la durée de la maladie psychiatrique non traitée ; ce qui explique généralement le recours à des thérapies de types traditionnelles pratiquées par les religieux à travers l'utilisation de procédés tels que la rokia où il est question d'exorciser par des versets coraniques ; d'autres procédés sont également utilisés par des « Taleb » tels que amulettes « hrouz », la violence physique ainsi que l'absorption de quantité d'eau parfois importantes, des saignées « hidjama » qui ne sont pas sans conséquences graves. Ces propos seront illustrés par des cas cliniques.

O902 - IMPACT DU SUICIDE SUR LE PERSONNEL SOIGNANT

Pr. Abderrahmane BELAID - EHS PSYCHIATRIQUE DE CHERAGA

Une hospitalisation en milieu psychiatrique ne constitue pas une assurance totale contre le suicide ; il n'est pas rare en effet d'observer des suicides à l'hôpital ou peu après la sortie. Lorsqu'un patient se suicide, la vie de toute l'équipe soignante est perturbée. Chacun ressent de la douleur et vit un traumatisme. C'est cet aspect psychologique que nous souhaiterions aborder à travers les perceptions de chacun. Nous analyserons également les répercussions de ce traumatisme sur le fonctionnement de l'équipe.

PÉDOPSYCHIATRIE

O1001 - UNE UNITÉ DE MÉDECINE DEDIEE AUX ADOLESCENTS: QUEL APPORT CLINIQUE ?

Dr. Renaud de TOURNEMIRE, Pédiatre, médecin d'adolescents
Unité de médecine pour adolescents
CHI de Poissy Saint-Germain-en-Laye
Email : rdetournemire@chi-poissy-st-germain.fr

Les premières unités de médecine pour adolescents ont été créées aux Etats-Unis, au Canada et en Amérique du Sud au milieu du 20ème siècle [1]. En France, Victor Courtecuisse, pédiatre néphrologue, et Daniel Alagille, pédiatre hépatologue sont tous les deux à l'origine de l'essor de la médecine de l'adolescent. Leur ténacité a permis l'ouverture en 1982, à Bicêtre (AP-HP), du premier service universitaire de médecine pour adolescents, avec une équipe entièrement autonome [2,3]. Le manque de ce type de structure est d'abord apparu criant pour les maladies chroniques graves, notamment quand les pédiatres devaient organiser le passage dans un service de spécialité adulte dès l'âge de 15 ans ! « Entre la pédiatrie et la pathologie d'adulte se situe un "no man's land" où l'on rencontre l'adolescent malade » écrivait ainsi Victor Courtecuisse dans un éditorial fondateur [4].

Des unités sont aujourd'hui individualisées dans plus de 70% des services de pédiatrie [5].

Ces unités de médecine pour adolescents prennent généralement en charge des adolescents de 13 à 18 ans avec des motifs d'hospitalisation aussi variés que les maladies chroniques (diabète, drépanocytose, asthme, mucoviscidose, obésité grave...), les TCA et en particulier les anorexies, les tentatives de suicide, les pathologies aiguës (pathologies gynécologiques, chirurgie...).

La prise en charge est globale, bio-psycho-sociale. Le médecin référent de chaque adolescent hospitalisé, "médecin d'adolescent", est généralement pédiatre de formation.

Les champs d'intérêt et de recherche sont l'annonce diagnostique d'une maladie, la transition enfant-adolescent (ré-annonce diagnostique dans les maladies chroniques), la transition pédiatrie-médecine adulte, l'adhésion thérapeutique, les problématiques pubertaires, les maladies psycho-somatiques et les symptômes "flous", l'anorexie mentale ou encore les problématiques suicidaires. Les travaux de recherche en médecine de l'adolescent sont encore limités en France alors qu'ils sont légions dans les pays anglo-saxons, mais aussi ailleurs en Europe.

La place du corps y est centrale sans que le pédiatre soit stricto-sensu un "somaticien". La vision holistique du médecin d'adolescent prend en compte le corps mais aussi "la petite agitation qu'on appelle la psyché et qui fait partie du corps" [6]. L'examen clinique complet permet le repérage d'anomalies toujours sources de préoccupations à cet âge. Il rassure aussi quand le médecin peut dire à l'adolescent que "tout est parfaitement normal". L'acné bien sûr et pas uniquement sur le visage mais aussi une scoliose, une varicocèle, une gynécomastie ou des scarifications sont ainsi parfois mises à jour. Des menstruations trop douloureuses, trop abondantes, irrégulières font l'objet d'explications et d'un traitement. Les questions de sexualité (contraception, IVG, homosexualité...) ou de prises de toxiques sont abordées, toujours dans le respect d'une stricte confidentialité. La recherche d'idées suicidaires est systématique tout comme le repérage de TCA.

La pédopsychiatrie de liaison y est plus ou moins développée, allant d'un temps plein à parfois une absence totale de pédopsychiatre. Psychologue clinicien, éducateur spécialisé, assistant social et cadre de soins sont indispensables ; les temps de synthèse en équipe sont fondamentaux pour élaborer chaque projet de soin. Une autre spécificité des unités d'hospitalisation, eu égard aux consultations ambulatoires ou aux prises en charge dans les maisons d'adolescents ou dans les intersecteurs de pédopsychiatrie, est la possibilité de voir vivre l'adolescent: ses liens avec ses pairs et les adultes du service, ses réactions lors des visites, son comportement alimentaire, son sommeil, sa dépendance au tabac...

Autre apport clinique de ce type d'unités : la possibilité d'un travail groupal. Ce travail est d'autant plus pertinent que l'appartenance au groupe de pairs est un phénomène "naturel" à l'adolescence.

Enfin, il faut citer l'important travail réalisé auprès des parents. Le médecin d'adolescents, tout comme le pédiatre est également médecin de famille. Il est à l'interface entre l'adolescent et ses parents. Il mène les entretiens avec les parents, seuls ou en présence de l'adolescent, accompagné le plus souvent d'un ou de plusieurs membres de l'équipe soignante (interne, psychologue, infirmière, auxiliaire...).

[1] Alvin P. L'adolescence à l'hôpital. Origines et développement de la médecine de l'adolescent. In : L'hôpital et l'enfant : l'hôpital autrement ?... Musée de l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris, 2005 : 188-95

[2] Alvin P. De l'enfant malade à la médecine de l'adolescent. Arch Pediatr 2006 ; 13 (hors-série n°1 : hommage à Daniel Alagille) : 29-32

[3] Alvin P. In memoriam : Victor Courtecuisse. Arch Pediatr, Volume 17, Issue 11, November 2010, Pages 1507-1509

[4] Courtecuisse V. L'adolescent en milieu hospitalier. Arch Fr Pediatr, 1976 ; 33 : 733-7

[5] Caflish M, Alvin P. La prise en charge des adolescents en pédiatrie hospitalière. Une enquête nationale. Arch Pediatr, Volume 7, Issue 7, July 2000, Pages 732-737

[6] Alfred Jarry. Le Surmâle, ed Viviane Hamy, 2006



Psychiatrie, sciences et société : nouveau, enjeux et débats

O1002 - COMPRENDRE LA RECRUESCENCE DE L'ABSENTÉISME SCOLAIRE

Dr. Jean-Pierre BENOIT

Les psychiatres sont interpellés aujourd'hui sur la question de l'absentéisme scolaire. Sur le plan social, l'enjeu est important : l'école d'aujourd'hui serait-elle moins attractive que celle d'hier ? A l'échelon individuel les causes de l'absentéisme sont multiples. De la classique phobie scolaire au simple désintérêt, des troubles dépressifs aux troubles anxieux en passant par les troubles psychotiques, les addictions et l'impact des dynamiques familiales, l'absentéisme scolaire recouvre un important polymorphisme clinique et psychopathologique.

Le pronostic varie suivant s'il s'agit d'une manifestation de la crise développementale de l'adolescence, ou d'un désinvestissement lié à la structure de la personnalité. L'enjeu est important car l'évolution est parfois complexe lorsque la scolarité s'interrompt de façon prolongée. Un avis spécialisé est toujours nécessaire pour évaluer la situation et l'intérêt d'une prise en charge. L'évaluation doit permettre de définir quelle modalité de prise en charge proposer, des simples entretiens dynamiques d'évaluation aux prises en charge institutionnelles au long cours. Dans tous les cas le maintien d'un lien social ou scolaire est nécessaire pour ne pas fragiliser l'avenir.

O1003 - LES MÈRES EN SOUFFRANCE : RÔLE D'UN PSYCHIATRE AUX ASSISES

Dr. Nidal NABHAN-ABOU

Les mères en souffrance sont des mères victimes de violences intrafamiliales. S'agissant de violences verbales, physiques, psychologiques, d'actes de domination, d'emprise, d'agressions sexuelles ou de viols. Mais les mères peuvent être également auteurs de violences, de crimes conjugaux, de maltraitances, complices, négligeant les soins de leurs enfants ou même meurtrières lors de passage à l'acte infanticide.

Notre présentation abordera ces thèmes en portant l'attention sur le rôle majeur de l'expert qui porte la parole aux assises brisant ainsi le silence.

La difficulté de la mission confiée à l'expert pour apprécier la dangerosité et la responsabilité de ces meurtrières est d'expliquer à la cour toute la complexité des liens de domination entre l'auteur et la victime et la présence d'un trouble mental pouvant expliquer un geste aussi effroyable que de tuer son propre enfant.

DÉPRESSION

O1101 - THÉRAPIE EN PLEINE CONSCIENCE DANS LE TRAITEMENT DE LA DÉPRESSION

Dr. Stéphanie ORAIN-PELISSOLO

La thérapie basée sur la pleine conscience consiste selon Jon Kabat-Zinn à parvenir à un état de conscience volontaire centré sur l'instant présent et sur l'expérience de soi et du monde qui se déploie moment après moment. L'observation et l'acceptation de ce qui se passe en soi distingue cette méthode de la relaxation pure. Cette méthode, particulièrement développée pour le traitement des récurrences dépressives, trouve son rationnel dans la mise en évidence chez ces sujets d'une vulnérabilité cognitive et émotionnelle notamment lorsqu'elle comporte des ruminations et des états dysphoriques. Cette méthode qui fait appel à des modèles théoriques différents nécessite un investissement du patient, particulièrement dans un travail quotidien consistant en la mise en œuvre d'exercices de méditation dont l'effet clinique sur la rechute dépressive est significatif.

O1102 - HYPOTHÈSE INFLAMMATOIRE DANS LA DÉPRESSION : ÉTAT DES LIEUX

Dr. Lucile CAPURON

Directrice de recherche - Laboratoire de Nutrition et Neurobiologie Intégrée -UMR INRA 1286 – Université de Bordeaux - 146 rue Léo Saignat - Bordeaux

Un large ensemble de données cliniques et précliniques atteste de l'implication des relations neuroimmunes dans la physiopathologie des troubles dépressifs. Les cytokines, libérées par les cellules immunes activées, sont non seulement responsables de la coordination de la réponse immunitaire mais celles-ci ont également de puissants effets sur le cerveau. Afin d'évaluer plus spécifiquement les relations entre inflammation et symptomatologie neuropsychiatrique, notre groupe a utilisé le modèle de l'immunothérapie par cytokines chez des patients souffrant de pathologies à composante immunitaire. Les résultats obtenus ont montré que l'administration chronique de cytokines (interféron-alpha en particulier) s'accompagne de l'apparition d'un syndrome dépressif chez plus de 30% des patients traités. L'apparition de ce syndrome est associée à diverses perturbations du métabolisme des neurotransmetteurs et des voies de biosynthèse qui leur sont liées. En outre, l'hyperréactivité de l'axe corticotrope, révélatrice d'une probable sensibilisation du système de réponse au stress, semble constituer un important facteur de risque de ces effets. La portée de ces résultats et leur implication dans la compréhension des troubles dépressifs survenant dans des contextes d'activation endogène, chronique et de bas-grade, du système de l'immunité innée seront discutées avec la nosographie française, notamment pour les troubles de l'humeur.

O1103 - MODALITÉS ET INDICATIONS DE LA DTCS (STIMULATION CORTICALE)

Dr. Stéphane MOUCHABAC, CHU Saint Antoine, Paris

La Stimulation transcranienne à courant direct (tDCS en anglais) est une technique de neuromodulation cérébrale qui agit sur l'excitabilité corticospinale. L'appareil induit un courant électrique qui diffuse dans le cortex entre l'anode (excitatrice) et la cathode (inhibitrice) et selon leur positionnement, l'effet obtenu permet de l'utiliser dans des indications très variées : dépression, cognition, schizophrénie, Alzheimer, maladie de Parkinson... La tDCS est une technique très simple à mettre en œuvre, peu invasive puisqu'elle ne s'accompagne que de rares effets indésirables.

Nous proposons dans cette communication d'en exposer les principes, ainsi que les indications en psychiatrie. Nous discuterons de l'expérience de l'unité de neuromodulation du CHU Saint Antoine (rTMS, TDCS, ECT) pour cette technique.



Psychiatrie, sciences et société : nouveau, enjeux et débats

A1 - EMDR ET STRESS

Dr. Georges NICOLAIEFF
Chef de Clinique Assistant
Service de Psychiatrie, Hôpital Saint Antoine, APHP
Université Pierre et Marie Curie, Paris 6

La thérapie par EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing : désensibilisation et retraitement par les mouvements oculaires) a été développée en 1989 par une psychologue américaine, Francine Shapiro, en tant que traitement de l'état de stress posttraumatique (ESPT). L'efficacité de l'EMDR dans le traitement de l'ESPT a depuis été clairement démontrée par de nombreux essais contrôlés randomisés et cette thérapie est recommandée en première intention dans le traitement des traumatismes psychiques.

D'autres études ont montré son utilité dans la prise en charge d'autres troubles psychologiques, notamment certains troubles anxieux. Elles suggèrent que l'EMDR pourrait être utile notamment dans la prise en charge des douleurs chroniques, des phobies spécifiques ayant une origine traumatique, certains troubles de personnalité borderline, le trouble anxieux généralisé ainsi que sur certains symptômes tels que la colère et la culpabilité liées à l'ESPT.

Cet atelier a pour objectif d'apporter un éclairage sur ses dernières publications et montrer l'intérêt de la thérapie par EMDR dans la prise en charge des différents troubles anxieux.

A2 - ATELIER TRAITEMENT DU TDAH CHEZ LE SUJET ADULTE

Pr. Franck BAYLE

Le TDAH (Trouble avec ou sans Hyperactivité de l'Adulte avec Déficit de l'Attention) est un trouble relativement fréquent (entre 1 et 3% de la population) dont le diagnostic est clinique. Il consiste, outre la recherche d'antécédents familiaux de déficits de l'attention ou bien d'enfants hyperactifs, en la mise en évidence de comorbidités telles que l'anxiété, la dépression, des troubles du sommeil, particulièrement lorsqu'ils sont résistants aux thérapeutiques. On peut faire une enquête et identifier chez ces adultes des signes d'hyperactivité lorsqu'il était enfant et des manifestations actuelles en entreprise ou au volant (plus grande fréquence d'accidents). On notera aussi que ces sujets ont habituellement une faible estime d'eux-mêmes. Le diagnostic comporte une évaluation des fonctions exécutives qui peuvent être mise en évidence par des difficultés à organiser les tâches de la vie quotidienne, notamment d'organisation et de priorisation. Le traitement comporte un volet non pharmacologique de type psycho éducatif, comportemental et cognitif, mais aussi pharmacologique. Des psychostimulants sont souvent recommandés et doivent être ajustés au cas par cas. D'autres molécules sont à l'essai. Ces différents enjeux diagnostiques et thérapeutiques seront évoqués lors de l'atelier.

A3 - LA SYSTEMIQUE POUR LE PSYCHIATRE

Dr. Marie-Victoire CHOPIN (Paris)

L'atelier a pour objectif de travailler les notions de base issues des théories systémiques à partir des illustrations cliniques. Des outils originaux et simples à appliquer en consultation individuelle, de couple ou familiale diversifient les méthodes de travail avec le patient en psychiatrie.

A4 - ATELIER ADDICTOLOGIE

Dr. Yves EDEL

La pathologie addictive est un champ clinique en pleine évolution car elle dépend en partie de l'évolution de la société qui se combine avec la mise à disposition de nouvelles drogues. A côté de ce caractère changeant, un certain nombre d'invariants existent. Ils concernent d'une part les enjeux psychiques qui favorisent le risque addictif et les contraintes neurobiologiques qui conditionnent pensées, affects et comportements des sujets soumis à l'effet des différents toxiques. Au cours de l'atelier, de nombreux exemples cliniques viendront illustrer cette diversité et se confronter aux expériences de chacun afin de faire émerger quelques règles de bonne pratique tant individuelles qu'institutionnelles.

A5 - COMPRENDRE ET TRAITER LA PARANOÏA AUJOURD'HUI

Dr. Renaud de Beaurepaire. GHPG 94806 Villejuif.

La paranoïa est une pathologie mal comprise et très difficile à traiter. Sa situation même au sein des classifications nosographiques reste mal définie. Les progrès dans les techniques d'exploration du cerveau ont permis ces dernières années de renouveler les approches de la paranoïa, avec la mise en évidence de l'implication de certaines structures cérébrales dont on connaît assez bien les fonctions. La présente intervention se fondera sur les connaissances actuelles concernant les bases neurobiologiques et cognitives de la paranoïa. L'étude de ces bases biologiques et cognitives permet de proposer différentes formes de paranoïa (par exemple psychotiques, situationnelles, affectives) auxquelles pourraient correspondre différentes approches thérapeutiques.



A6 - SUICIDE ET PERSONNES AGEES

Dr. Aude MANETTI

En France, un tiers des suicides sont réalisés par des personnes âgées. Chaque année près de 3000 personnes de plus de 65 ans mettent fin à leurs jours. Selon un enquête de « France Prévention suicide », fin 2010 les plus de 85 ans sont les plus exposés aux suicides avec un taux de mortalité de près de 40 pour 100000 soit deux fois supérieur à celui des 25-44ans. Une étude récente retrouve un ratio : « tentative de suicide sur suicide abouti » de 4 pour 1 chez les sujets de plus de 60 ans. Dans la plupart des pays les suicides sont plus fréquents chez les hommes que chez les femmes: 3/1 pour les 65-74 ans et près de 5/1 après 75 ans. Cinquante à 75 % des cas de patients âgés décédés par suicide ont consulté leur médecin généraliste dans le mois précédent le décès. Dans la majorité des cas le suicide a lieu à domicile avec les moyens disponibles : médicaments 39%, pendaison 26%.

La prévention du suicide passe par la connaissance des facteurs de risque et de vulnérabilité. La dépression représente le facteur de risque principal dans cette population. L'isolement, le deuil, des difficultés financières, la perte d'autonomie, l'entrée en institution ou encore une maladie invalidante sont autant de situations favorisant une dépression chez la personne âgée. Les altérations cognitives en particulier l'inhibition cognitive pourrait être liée à un risque plus élevé de tentative de suicide.

Haffen E, Vandel P, Sechter D. Evaluation du risque suicidaire dans la pratique. Les risques chez les suicidants : court et long terme, 105-110.in : suicides et tentatives de suicide. Courtet P Lavoisier ed ; 2004.

Monnin J, Thiemard E, Vandel P, Nicolier M, Tio G, Courtet P et al. Sociodemographic and psychopathological risk factors in repeated suicide attempts : gender differences in a prospective study. J affect Disord 2012;136 (1-2): 35-43.

Richard- Devantoy S, Jollant F, Kefi Z , Turecki G , Olié JP, Ann- Weiler C et al. Deficit of cognitive inhibition in depressed elderly: a neurocognitive marker of suicidal risk. J affect Disord 2012; 140 (2):193-9.

Suicides et tentatives de suicide: état des lieux en France, institut de veille sanitaire, Bulletin épidémiologique hebdomadaire N° 47-48, décembre 2011.

Dennis MS, Owens DW. Self-harm in older people: a clear need for specialist assessment and care. The British Journal of Psychiatry 2012; 200, 356-358.

A7 - AUTISME : QUELLE REPONSE AUJOURD'HUI ?

Dr. Bruno VERRECCHIA (Paris)

Les troubles envahissants du développement n'ont cessé, notamment en France ces dernières décennies, de faire l'objet de véhéments débats quant à leur compréhension, leur étiopathogénie et leur prise en charge. Les réponses aujourd'hui proposées tiennent compte d'un important travail collaboratif ayant associé tous les partenaires concernés et différents plans ont vu le jour. En quelques années s'est amorcé un rééquilibrage entre le sanitaire et l'éducatif, avec une prise en compte plus déterminée du soutien dédié à la scolarisation adaptée des enfants en milieu ordinaire ainsi que du soutien proposé aux parents. Les enjeux éthiques ont solidairement été considérés tant au regard des personnes avec autisme qu'à celui de leurs proches directement impliqués. Nous resituerons les points cardinaux des orientations qui aujourd'hui se dégagent pour répondre au mieux à la situation des personnes, adultes ou enfants, souffrant d'autisme et nous insisterons tout particulièrement sur l'importance du diagnostic et des interventions précoces.

A8 - MODALITE DE PRISE EN CHARGE DE LA DEPRESSION EN AMBULATOIRE

Dr. Stéphane MOUCHABAC, CHU Saint Antoine, Paris

Les paradigmes de la prise en charge de la dépression ont beaucoup évolué ces derniers années : d'une part les données scientifiques ont permis d'enrichir les recommandations et d'autre part des concepts tels que la rémission fonctionnelle, le rétablissement, la qualité de vie sont devenus des critères d'évaluation de l'efficacité de nos actions thérapeutiques.

Pourtant, si l'exercice hospitalier permet d'utiliser plus aisément certaines de ces stratégies, les conditions de la prise en charge ambulatoire sont parfois plus restrictives ou demandent des adaptations importantes.

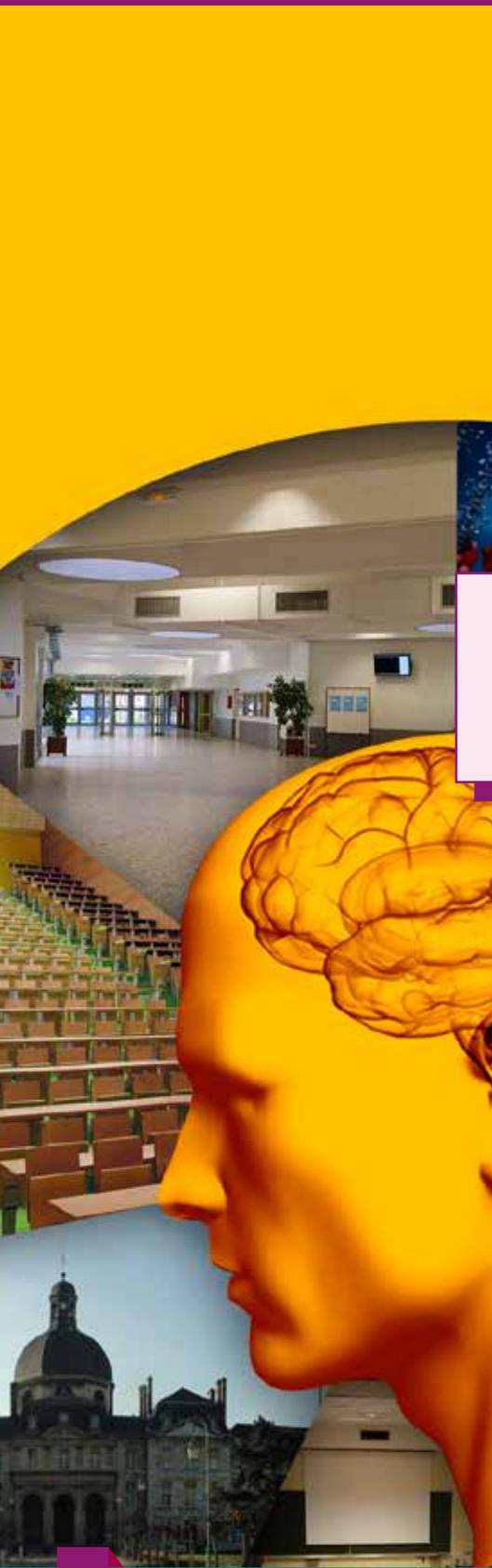
Nous proposons, dans cet atelier, de faire le point sur les données récentes du traitement de la dépression et surtout de discuter de la manière de les mettre en œuvre en ambulatoire.



Psychiatrie, sciences et société :

nouveautés, enjeux et débats

LIVRE D'ABSTRACTS
COMMUNICATIONS POSTERS



P01 - STRATÉGIES D'AJUSTEMENT ET FACTEURS ASSOCIÉS AUX PROBLÈMES PSYCHOSOCIAUX DES ADOLESCENTS EN SITUATION DIFFICILE A KINSHASA (RDC)

Ally NDJUKENDI Omba*, Daniel OKITUNDU LEA*, Adelin N'SITU Mankubu*, Davin MPAKA Mbeya*, Thierry LUKEBA Nguamba*, Valentin NGOMA Malanda*, Bruno FALISSARD**.

*Centre Neuro Psycho Pathologique du Mont-Amba, Faculté de médecine, Université de Kinshasa, B.P.825 Kinshasa XI, République Démocratique du Congo.
**Unité de recherche Institut Nationale de la Santé Et de la Recherche Médicale U669 / Paris Sud Innovation Group In Adolescent Mental Health, Maison de Solenn, Hôpital Cochin, 97 Boulevard du Port-Royal 75679, Paris cedex 14, France.

Contexte
Plusieurs recherches ciblées sur la gestion du stress ont mis en évidence leur aspect dysfonctionnel chez les adolescents en difficulté, mais à Kinshasa malgré la recrudescence de ce phénomène d'adolescents en situation difficile, aggravée par l'expulsion des ressortissants congolais de Congo-Brazzaville, il n'existe pas de publications relatives aux stratégies d'ajustement. C'est ainsi que la présente étude vise à déterminer les stratégies d'ajustement adoptées par des adolescents en situation difficile et les facteurs associés face à leurs problèmes psychosociaux à Kinshasa (RDC).

Sujets et méthodes
Cette étude transversale a été menée dans la Zone de santé de Masina 2 à Kinshasa entre Mai et Octobre 2010. Elle a concerné 66 adolescents en situation difficile âgés de 12 à 20 ans. Les variables d'intérêt étaient : les caractéristiques socio-démographiques et psychologiques, le tempérament selon Eysenck, le style parental selon Baumrind, l'attachement maternel par l'entrevue d'attachement à l'âge adulte et le coping par le Kidcope, les tests de Khi2 ou de Fisher exact en cas de petits effectifs ont été utilisés avec $p < 0,05$ pour déterminer les relations entre les différentes variables étudiées et les problèmes psychosociaux desdits adolescents.

Résultats
Les associations identifiées étaient : la distraction à la toxicomanie ($p=0,0009$), le retrait social à la sorcellerie ($p=0,0136$), le blâmer les autres au comportement antisocial ($p=0,0059$), l'autocritique ($p=0,0297$) et la régulation émotionnelle ($p=0,0130$) aux grossesses et maternités précoces, le soutien social à l'enfant de la rue ($p=0,0024$) et la résignation à la maltraitance ($p=0,0019$). La structuration cognitive (11,5%), la pensée magique (11,0 %) et la résolution de problème (2,1%) étaient moins exploitées. Ce choix était déterminé par le sexe ($p < 0,0001$), le tempérament ($p=0,0010$), le style parental ($p=0,0119$), l'attachement maternel ($p=0,0265$) et l'assignation des rôles ($p=0,0107$).

Conclusion
L'étude sur les stratégies d'ajustement adoptées par les adolescents en situation difficile à Kinshasa est dominée par des styles dysfonctionnels spécifiques à chaque problème psychosocial qui constituerait aussi un style d'adaptation et souligne le rôle modérateur de certains facteurs. D'où la focalisation sur le renforcement de leurs ressources adaptatives aussi bien familiales qu'individuelles dans les interventions.

Mots clés : Adolescents en situation difficile, stratégies d'ajustement, facteurs associés, problèmes psychosociaux, Kinshasa (RDC).

P02 - ENTRE REJET (EXPULSION) ET ATTRACTION (ABSORPTION) : QUELLE RENCONTRE SOIGNANT/ SOIGNÉ ADDICTÉ ?

Nathalie PETIT
Centre Hospitalier Camille Claudel

Pourquoi la Rencontre avec un patient addicté semble ne pas être une rencontre comme les autres, une rencontre qui rejette qui éjecte, qui absorbe qui attrape ?

J'entends... des services hospitaliers
« Pas d'adhésion au soin, pas de demande »
« Manipulation, séduction, mensonge »
« Toute puissance, intolérance à la frustration »

J'observe... dans le CSAPA
« Que nous faisons à leur place »
« Que nous les remplissons »
« Que nous ne voulons ni les frustrer, ni les faire attendre »

Ces écueils que nous rencontrons dans la relation soignant/soigné addicté sont fonction de la place qu'occupent les patients et l'objet-drogue dans l'économie psychique des soignants.
Cette place est corrélée à la représentation que nous avons de l'objet-drogue et de sa fonction. Pharmakon Poison - Remède

Les soignants hospitaliers sont identifiés (par les patients) à l'objet-drogue manquant et identifient les patients à l'objet-drogue poison, expulsant un objet destructeur qui attaque de front le prendre soin.



Psychiatrie, sciences et société : nouveau, enjeux et débats

Le soin hospitalier semble ne pas être à la hauteur. Le traitement médicamenteux est difficilement adéquat face à une « cuisine chimique » interne longtemps expérimentée. L'expérience de sevrage vient dans la relation, faire s'entrechoquer certaines émotions et faire émerger des figures internes maltraitantes, jusque-là camouflées par l'aménagement du processus d'addiction. Cette relation active vivement l'impuissance soignante dans laquelle nous peinons à trouver une juste distance : un bras de fer entre détruire et soigner. L'objet d'addiction, « le poison », celui qui détruit, qui manipule, n'a d'autre destin que celui d'être expulsé hors du « ventre » (service).

Les soignants CSAPA s'identifient et sont identifiés à l'objet-drogue remède, se substituant, apaisant les tensions, remplissant, se laissant ainsi absorber.

Lorsque nous donnons des solutions immédiates, nous sommes pris dans la même économie psychique qui sous-tend le processus d'addiction : se débarrasser le plus rapidement possible des sentiments, tensions provoqués ici par la relation. Il nous faut supporter ces tensions, ouvrir un espace et non le clôturer, envisager une attente possible, concevoir le cadre de soin comme un pare-excitation qui sert de filtre aux stimulations et de résistance à l'absorption. Cette rencontre exigeante, demande au soignant de ne pas être tout puissant, de ne pas exiger de l'autre de se soigner à tout prix, de supporter la jouissance, d'accepter d'être frustrant. Elle demande d'interroger notre désir pour l'autre en souffrance, d'être patient (à notre tour).

Interrogeant les mouvements identificatoires, rendant consciente la place qu'occupent le patient et l'objet-drogue, redéfinissant des concepts pour une compréhension de ce qu'est une expérience toxicomaniaque singulière, nous pouvons tenter d'assouplir certaines représentations auprès des soignants et ainsi améliorer le soin et le traitement psychique des sujets en souffrance.

P03 - MANIFESTATIONS PSYCHIATRIQUES CONSÉCUTIVE À UNE SÉRIE DE PSYCHOTRAUMATISME : À PROPOS DE DEUX CAS

LUKEBA N.T1, NSIALA N.M1, NDJUKENDI A.1, MANANGA L.G.1, NGALAMULUME 2, MAMPUNZA M.S 1

1. Centre Neuro-Psycho-Pathologique de l'Université de Kinshasa.

2. Psychologue Clinicien, Service Médico-psycho-social des Forces Armées de la République Démocratique du Congo.

Auteur correspondant

Dr. Thierry LUKEBA NGUAMBA, Neuropsychiatre, Service de Réhabilitation Psychosociale et Psychiatrie

de Liaison, C.N.P.P./UNIKIN

Tél. : 00243999501622, E-mail : thierry_lukeba@yahoo.fr

Introduction

Le psychotraumatisme peut se révéler par des manifestations psychotiques chez certaines personnes et sa prise en charge reste un grand défi. Une personne sera d'autant plus à risque de développer un trouble psychotique, comme un syndrome psychotraumatique, si elle a vécu antérieurement d'autres événements potentiellement traumatisants.

Les auteurs rapportent deux cas cliniques avec comme point commun, une série de psychotraumatisme cumulatif, sans notion de trouble psychotique antérieur, faisant le lit à des manifestations psychotiques qui avaient bien évolué sous un traitement à base de psychotrope et de psychothérapie d'inspiration psychanalytique pour le premier cas et de psychothérapie de soutien pour le second, dans une équipe multidisciplinaire.

Cas cliniques

Cas n°1 :

Il s'agit d'un trouble psychotique avec facteur de stress marqué selon DSM IV qui a été déclenché chez une dame de 35 ans par l'explosion de l'Armurerie du « Régiment Blindé » de Mpila à Brazzaville. Ses antécédents sont en effet marqués par une série de psychotraumatismes cumulatifs et successifs faits de mort en famille, des maladies, des violences sexuelles au début de son adolescence, la catastrophe comme facteur déclenchant. Un traitement à base de psychotrope et de psychothérapie d'inspiration psychanalytique dans une équipe multidisciplinaire, a stabilisé cette patiente au bout de 12 semaines.

Cas n° 2 :

Il s'agit d'une dame de 25 ans référée au Centre-Neuro-Psycho-Pathologique pour prise en charge des manifestations psychotiques survenues 7 jours après une intervention chirurgicale d'une fistule vésico-vaginale réalisée à l'Hôpital Saint Joseph. Ses antécédents signalent qu'elle avait déjà subi 4 autres interventions chirurgicales auparavant en moins de 2 ans : une césarienne suivie d'une hystérectomie, 3 interventions chirurgicales non réussies de sa fistule vésico-vaginale. Un traitement à base de psychotrope et une psychothérapie de soutien a permis de stabiliser cette patiente au bout de 8 semaines.

Conclusion

Le psychotraumatisme récent produit les troubles psychotiques chez des personnes ayant déjà été soumises aux psychotraumatismes antérieurs et prend le rôle d'un facteur déclenchant. Il est important face à de tels patients d'explorer leur histoire personnelle pour relever d'autres traumatismes méconnus ou banalisés par la personne. Et la prise en charge doit prendre en compte ces traumatismes pour une stabilisation rapide et durable de la personne.

Mots clés : Stress, psychotraumatisme cumulatif, manifestations psychotiques.



P04 - FAMILLE, JE T'AIME

Dr. Gilbert LETUFFE, Psychiatre.

Nous nous rappelons tous le cri du cœur de l'écrivain nobélisé, André Gide, jeté dans les « Nourritures Terrestres » à la face du monde « Famille, je te hais ! » Certes, c'était à l'orée du XX^{ème} siècle, en 1897 avec une structure familiale plutôt bien plantée, côté patriarcat. On ne badinait pas avec le père avec tous ses inconvénients et en particulier ce qu'a constaté Freud quant au processus névrotique attelé au refoulement du désir sexuel. Bien entendu, les effets de ce patriarcat se faisaient aussi sentir dans nos relations sociales tant politiques (les guerres) que familiales et conjugales (les relations homme/femme). Il imprégnait notre lien social, notre éducation, nos manières d'être. Tout ceci est un truisme mais à rappeler cependant pour asseoir notre propos et en particulier la loi de 1970 qui tranche la tête du Pater Familias pour y substituer « l'autorité parentale », autorité partagée paritairment entre père et mère. La famille s'est transformée de tout temps et se transformera sans aucun doute encore. Si nous distinguons « pouvoir » et « autorité », nous pouvons dire que celle-ci a pris le dessus avec des tendances égalitaristes entre père et mère. À noter que les parents d'André Gide étaient en quelque sorte des précurseurs en la matière puisque sa mère avait une autorité toute matriarcale eu égard à un père disparu trop tôt, aimant et aimé par son fils. À ce sujet, nous lirons avec profit le texte de Jacques Lacan dans les Ecrits « Jeunesse de Gide ».

Ainsi, cette transformation de la famille aboutit à l'heure actuelle à certaines difficultés pour les adolescents et les jeunes adultes, en particulier cette problématique à la quitter pour faire leur vie.

Bien entendu, il ne s'agit pas pour nous de dire que cette situation est nouvelle mais pour attirer l'attention sur le fait que, selon nous, elle tend à augmenter dans l'état actuel des choses. Certes, la morosité du climat économique y contribue certainement mais à notre avis, c'est d'une autre économie qui est là en cause, cette « économie psychique » pour employer le terme freudien. Une vignette clinique facilitera, peut-être, notre démonstration :

Il y a quelques années, Mme B vient nous consulter avec son compagnon que nous nommerons Mr A, pour nous parler d'Aurélien, fils aîné d'une trentaine d'années d'une fratrie de deux enfants dont le père est mort lorsqu'ils avaient 9 et 7 ans. Mme B est restée seule pendant quelques années avant de rencontrer Mr A avec qui elle vit jusqu'à ce jour. Ce dernier semble avoir eu une relation privilégiée avec la soeur d'Aurélien qui a quitté le domicile familial à un âge assez précoce tant pour faire des études supérieures que pour vivre une vie de couple relativement stable. Ainsi, la soeur paraît mieux se tirer d'affaire que le frère qui se fixe chez sa mère et son compagnon, échouant dans ses tentatives de travail et restant enfermé seul dans sa chambre en pianotant sur son ordinateur à l'affût de quelque rencontre inédite ou de quelque jeu virtuel, le tout arrosé parfois trop abondamment lors de soirées festives avec des copains sans oublier les « joints » fumés quotidiennement pour juguler une angoisse devenue harcelante. Aurélien est cependant loin d'être « bête » et même doté d'un excellent niveau intellectuel qui l'a conduit à réussir dans des études techniques. Alors, qu'est-ce qui ne va pas ? Pourquoi reste-t-il cloîtré dans sa chambre, véritable capharnaüm, volets clos le plus souvent (car il a honte d'être vu par les voisins, oisif et inactif) et ne sortant qu'à la nuit tombante ? Ne croyez pas qu'il soit psychotique ! Pas du tout ! Certes, la névrose bat son plein : échec dans ses relations de travail, dans ses relations amoureuses ; il en veut trop me dira sa mère : Fille parfaite, salaire élevé, poste de commandement car il ne supporte pas les chefs, prétention frisant un narcissisme quelque peu « mégalomane ». Bien entendu, il ne veut consulter personne et pense y arriver « tout seul ». Voilà grosso modo le tableau peint par les parents désarmés qui viennent demander conseil et prêts à revenir nous voir pour reparler de cette situation de plus en plus intenable. Nous les recevrons ainsi une fois par mois sur leur demande (Il ne faut pas brusquer les choses) « pour parler d'Aurélien » fils prodige et prodigue mais dont le retour est impossible puisqu'il n'est pas parti !

Le trio familial fonctionne dans une économie située dans le registre imaginaire, 2+1, dans lequel le couple des parents fait face à l'autre, l'unique qui permet sans doute de resserrer les liens du conjugo ayant élu son « bouc émissaire ». A noter cependant que ce n'est pas si simple puisque nous constatons aussi l'amour quasi inconditionnel de la mère pour le fils (Différence essentielle comme le rappelle Charles Melman entre l'amour d'une mère et celui d'un père, ce dernier soumis à la condition de l'opération de la castration). Au fil des mois, cet amour de la mère pour le fils va déterminer des remarques de Mr A vis à vis de sa compagne qui va devoir reconsidérer sa relation d'autant que le fils n'est pas toujours tendre avec elle, voire parfois agressif. Il s'en suit un appel de plus en plus criant au tiers que peut représenter Mr A qu'Aurélien accepte de mieux en mieux au grand étonnement du couple « comme s'il n'attendait que cela ». Les limites imposées par Mr A sont données avec parcimonie et tact tant et si bien que nous constatons un changement dans l'économie familiale : Aurélien, après de nombreuses tentatives infructueuses, trouve un travail à sa convenance dans lequel il est apprécié et reconnu pour ses qualités de vendeur. Il accepte mieux les remarques de son superviseur et, miracle, il travaille maintenant depuis plus d'un an dans la même entreprise.

A noter qu'entre temps, sa soeur s'est mariée, a eu un enfant et que son beau-frère l'a soutenu dans ses démarches. Le tableau n'est pas complètement idyllique puisqu'Aurélien demeure toujours chez ses parents, dans son capharnaüm, qu'il quitte tous les matins précipitamment alors qu'il pourrait habiter à proximité de son entreprise. De plus, ses relations amoureuses restent peu investies, superficielles mais cependant existantes ce qui n'est pas si mal après ce « no man's land », reclus dans sa cellule tel un prisonnier. Ses va-et-vient entre la maison familiale et son lieu de travail vont peut-être contribuer à la survenue d'une autre étape, celle de son envolée du nid, du passage d'une rive à l'autre du fleuve si l'attache maternelle peut être métaphorisée par un lien au tiers, paternel ajouterons-nous. Mais, patience ! Nous n'en sommes pas là ! Combien de mois a-t-il fallu pour que les choses frémissent ? Nous ne les comptons pas. Que pourrions-nous dire d'autre dans ce contexte d'accompagnement parental ? Il nous semble bien illustrer la formule lacanienne que « le désir de l'homme, est le désir de l'Autre », que le déplacement, par la parole, des positions subjectives des parents dans leur relation à l'autre a permis à Aurélien de mieux cerner sa place pour tenter d'assumer son propre désir. Curieusement, dans ce climat de « dé-père-dition », où les familles se décomposent pour se recomposer, nous constatons que c'est l'appel au tiers, en somme au « père » et sa fonction qui va remettre quelque chose en route car n'oublions pas que si le père représente cette fonction d'interdit, la prohibition de l'inceste avec la mère (Ceci est un pléonisme car pour un psychanalyste, il n'y a d'inceste que maternel), celui-ci autorise par voie de conséquence, le désir. Bien entendu, loin de nous l'idée de faire de cet exemple une recette universelle car nous le savons, chaque cas est singulier et il nous faudra inventer pas à pas une autre façon d'être, de procéder mais à remarquer que dans notre exemple, ce sont les parents eux-mêmes qui ont proposé la méthode, discours de la méthode à entendre et à recevoir tant faire se peut par le psychanalyste où le « je ne pense pas » pousse à l'être de l'Autre.



Psychiatrie, sciences et société : nouveau, enjeux et débats

P05 - LA PARANOÏA D'HITLER, TROIS GÉNÉRATIONS À L'ŒUVRE

Michel GRANGEON

Le délire paranoïaque d'Hitler désigne à la vindicte, un unique ennemi, ce qui fait sa force. Le Juif est stigmatisé comme tel dans son premier écrit, comme litanie à la fin de ses discours et conclura pour finir son testament. L'antisémitisme florissant dans la population générale a pu dans une certaine mesure conjurer son caractère délirant chez le Führer. La projection délirante sur les Juifs de sa problématique familiale incestueuse, se dévoile en confrontant ses écrits et discours à sa biographie que caractérise la pratique incestueuse : Bluetschande et pire encore « la bouillie raciale » le crime proprement nazi : Rassenschande. Sa grand-mère paternelle fille-mère, garda secret jusque dans la tombe, l'identité du géniteur, donnant ainsi libre cours aux hypothèses, et notamment à celle tenace d'un grand-père Juif, désormais unanimement rejetée par les historiens. Cette dernière épousa un meunier itinérant Johann Georg Hiedler, qui ne reconnut jamais l'enfant avant de quitter définitivement la région. Il avait un frère agriculteur, Johann Nepomuk Hüttler, père de la mère d'Hitler (l'orthographe des patronymes demeurait à l'époque fluctuante). L'hypothèse de Maser, la plus probable, fait de ce frère le véritable géniteur, lequel aurait attendu le décès de son épouse pour mettre en acte une carambouille visant à faire reconnaître officiellement la paternité de son frère mort par le prêtre inexpérimenté du village qui transforma le Heidler en Hitler, en vue de faire hériter ce fils illégitime au détriment de ses quatre filles.

L'inceste caractérise la filiation officielle du Führer, son père et sa mère étant parents, mais bien plus encore si l'on retient l'hypothèse de Maser : le grand-père du Führer est alors en même temps le grand-père de la mère d'Hitler. L'inceste entre Adolf et sa nièce Geli est en outre des plus probables. J'ai découvert que le mot ÜDE, proche de JUDEN était ce qui chutait de la condensation de HIEDLER et HÜTTLER en : HHITTLERR. C'est à mon sens ce ÜDE qui a pu fixer le délire du Führer sur les Juifs, lesquels étaient accusés des deux crimes de consanguinité et pire, du crime contre la pureté raciale, « la bouillie raciale ». Deux logiques incompatibles gouvernent ce délire, l'opposition de contrariété qui fait de l'Aryen l'exact envers du Juif et celle plus obscure propre au délire passionnel d'Hitler rendant le persécuteur omnipotent : la précipitation dernière du massacre des Juifs répond de cette logique, faisant d'eux seuls, la cause possible des revers militaires des Aryens. Hitler hante certes notre actualité avec la crise économique, mais plus obscurément avec la censure du « politiquement correct », envers de l'apologie de la haine, qui du coup, pourrait déboucher sur la violence physique.

P06 - LA CONSULTATION-LIAISON DU SUJET ÂGÉ AU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE MARTINIQUE

Catherine MARCHAND, Gilbert URSULET, Jérôme LACOSTE

Praticiens Hospitaliers - Service de Psychiatrie et Addictologie – CHU de Martinique – CS 90632 - 97261 Fort-de-France cedex.

catherine.marchand@chu-fortdefrance.fr

Nos confrères somaticiens se sont depuis longtemps intéressés aux intrications psychologiques des pathologies somatiques retrouvées dans la Caraïbe, dans une démarche globale, diagnostique et thérapeutique,

Ainsi, une activité de psychiatrie de liaison auprès des personnes âgées a été organisée dès 1995 au sein de cet hôpital à vocation régionale. Elle concerne actuellement 44 % des demandes de consultation-liaison faites auprès du service de psychiatrie. Nous avons mené pendant les 3 premiers mois de l'année 2014 une étude observationnelle, dont l'objectif principal était de faire un point sur nos pratiques : évaluer les pathologies psychiatriques du sujet âgé rencontrées lors de notre activité de liaison, d'analyser les intrications entre les pathologies somatiques pouvant amener une personne âgée à être hospitalisée et enfin d'identifier les difficultés psychopathologiques qui peuvent soit être la cause soit découler de ces hospitalisations.

Dans notre expérience, les spécificités de la consultation – liaison auprès des personnes âgées reflètent une grande sensibilité aux stress, aux pertes affectives et sociales, souvent dans un contexte de rupture brutale avec l'environnement familial habituel favorisé d'une part par des hospitalisations souvent effectuées dans un contexte d'urgence somatique, et d'autre part par la plus grande fréquence de plusieurs pathologies somatiques intercurrentes, facteur aggravant de difficultés psychosociales. Comme observé dans d'autres publications (Camus, 2009 – Consoli, 1998), les troubles de l'adaptation sont les diagnostics les plus fréquemment retrouvés dans notre étude, et les pathologies psychiques d'origine organique ne sont pas négligeables.

Notre intervention a pour finalité de favoriser une prise en charge globale, afin d'améliorer la qualité de soins dans un souci éthique de position bien traitante, en facilitant un accompagnement de la personne âgée mais aussi des équipes soignantes dans une trajectoire de soins la plus respectueuse possible des spécificités de cette population, bien souvent vulnérable. La consultation-liaison nous paraît indispensable tant sur le plan du repérage de la pathologie psychiatrique et des difficultés rencontrées dans l'intrication des pathologies organiques et leur symptomatologie psychiatrique, que dans le lien à construire ou reconstruire entre le patient (ses pathologies médicales et/ou psychiatriques et ses difficultés psycho-sociales), les familles, les équipes médicales et l'institution au sens large.

Enfin, il apparaît que l'histoire de la Martinique et les croyances magico-religieuses fortement présentes dans notre région, marquent d'une certaine spécificité les tableaux cliniques. Il nous a ainsi semblé important de s'intéresser aux croyances et à la créolité aux Antilles, avec la lecture signifiante que ces croyances ou cette culture créole vont donner aux manifestations psychiatriques observées comme modèle d'explication des pathologies.

Références :

Camus V, Lefebvre des Noettes, Rigaud S. Consultation-liaison en psychiatrie de la personne âgée. In : Léger JM, Clément JP, Wertheimer J, eds. Psychiatrie de la personne âgée. Paris : Flammarion, 2009 : 357-365.

Consoli SM. Psychiatrie à l'hôpital général. Encyclopédie Médico-Chirurgicale, Psychiatrie. Paris : Elsevier, 1998 : 37-958-A-10.



P07 - DANGÉROSITÉ ENVERS SOI : À PROPOS D'UN CAS

Dr. R. DAOUDI, H. LAKAF, Pr. H. OUKALI Hôpital Frantz-Fanon Blida

De tous temps, les représentations sociales de la folie et des maladies mentales ont lourdement pâti des passages à actes imputables aux malades mentaux. Pourtant ces actes sont exceptionnels si on les oppose aux faits et délits relevant de la population non psychotique.

L'opinion publique en arrive presque à oublier que le malade mental, est d'abord dangereux pour lui-même.

L'observation rapportée ici nous a paru illustrer au mieux ces données en ce qu'elles sont portées à degrés extrêmes tant cliniques que factuels.

Mademoiselle Fatima vit avec ses parents dans un village des hauts plateaux. Elle est âgée de 22 ans et n'a aucun passé pathologique notable. À la fin du mois de juillet passé apparaissent les premiers signes cliniques : elle se plaint d'angoisse sans cause et d'une baisse de l'appétit et un sommeil perturbé. Il lui arrive de se lever la nuit pour déambuler quelques moments dans la maison. Les jours suivants, elle développe un discours délirant : "des inconnus menacent de la violer et de violer ses sœurs". Puis arriva le drame.

Par une nuit calme de Ramadan et aussitôt dans son lit, elle se couvre la tête de son drap et, dans un cri strident, se crève à l'aide des doigts son œil droit, l'arrache, se lève le visage en sang, son œil à la main puis, devant les siens horrifiés, porte cet œil à la bouche, le mâche, l'avale. Tout aussi machinalement, elle mord de toutes ses forces son pouce droit, jusqu'à totalement le sectionner, l'amputer entièrement à sa base carpienne.

P08 - REPRÉSENTATIONS ET ADHÉSION AUX ANTIDÉPRESSEURS : QUELLE INFLUENCE DES MÉDIA ?

J.V. BLANC (1), Dr. P. NUSS(1), F. CURT(2), N. BRUNO(1)

(1) Service de Psychiatrie et Psychologie Médicale, CHU Saint-Antoine - Paris

(2) Département de Psychiatrie, Institut Mutualiste Montsouris - Paris

Introduction : La non-adhésion diminue largement l'efficacité des antidépresseurs, dont la représentation évolue dans un contexte particulièrement défiant et médiatiquement tendu.

Objectifs : 1) Évaluer l'adhésion aux antidépresseurs chez des patients hospitalisés pour Episode Dépressif Majeur.

2) Explorer les représentations que les patients ont des antidépresseurs et de la dépression, ainsi que la perception de la stigmatisation aux troubles mentaux.

3) Analyser la relation entre attitudes face aux antidépresseurs et paramètres sociodémographiques et cliniques.

Méthode : L'adhérence était évaluée chez 40 patients en utilisant le Drug Attitude Inventory (DAI-10), complétée par un questionnaire mesurant les connaissances, craintes, impact des médias et stigmatisation liés aux antidépresseurs. Des entretiens d'investigation étaient ensuite menés à l'aide de celui-ci.

Résultats : L'âge moyen de l'échantillon est de 43 ans, dont 27 % d'homme. Il s'agit d'un premier épisode pour 40 % des patients. La médiane du DAI est de 3.5 (échelle de -10 à +10), et 30 % des patients ne sont pas adhérents. Les hommes de l'échantillon ont une plus mauvaise représentation des antidépresseurs (-2 VS 4 ; U de Mann-Whitney=90,50;p=0,0035). 70 % des patients ont des craintes par rapport à leur antidépresseur (prise de poids et dépendance au premier rang). 20% des patients n'ont pas dit à leur entourage qu'ils prenaient des médicaments contre la dépression.

Discussion : Une intervention à de multiples niveaux pourrait augmenter les connaissances des patients ainsi que de l'opinion publique. Une collaboration spécifique entre journalistes et psychiatres permettrait une meilleure connaissance et une diffusion plus représentative des enjeux de santé mentale dans les médias. Des actions de santé publique et initiatives citoyennes pourraient aussi être profitables aux patients.

Conclusion : L'adhérence aux antidépresseurs peut largement être améliorée, la stigmatisation restant une barrière aux traitements et à la prise en charge.

P09 - CONSANGUINITÉ, CULTURE ET GÉNÉTIQUE : OÙ EN SOMMES-NOUS ?

O. BENELMOULOUD, M. BENABBAS, M.T. BENATMANE.

Faire la part de la consanguinité, de la culture ou de la génétique, tel est posé ce dilemme concernant les croyances et le préjugé concernant cette problématique de transmission des maladies mentales au Maghreb et plus précisément en Algérie.

C'est à travers une étude de dossier de malades schizophrènes hospitalisés que certaines conclusions, qui nous paraissent spécifiques, sont énoncées.



Psychiatrie, sciences et société : nouveau, enjeux et débats

P10 - À PROPOS DE LA FORMATION DU PERSONNEL PARAMÉDICAL EN SOINS

O. BENELMOULOUD, M. BENABBAS, M.T. BENATMANE Faculté de Médecine, Université de Constantine 3. Algérie

Il s'agit d'une enquête dont les objectifs convergent vers la nature de la formation inculquée pour les infirmiers en soins psychiatriques à Constantine. La manière d'administrer des traitements par le personnel paramédical pour les malades mentaux, la motivation des infirmiers pour leur travail, ont-ils une formation spécialisée pour mieux aborder le malade en pleine crise de folie, étaient-ils prêts psychologiquement à soutenir l'angoisse des autres, leur caractère peut-il être influencé par la maladie mentale, existe-t-il des spécificités de soins par rapport aux autres disciplines et tant d'autres interrogations qu'on s'est mis à élucider afin de connaître réellement quels types de difficultés pouvaient entraver le rôle de l'infirmier dans la prise en charge du malade mental.

P11 - LES CONDUITES D'IMMOLATION : QUE RESTE-T-IL ?

M. BENABBAS, O. BENELMOULOUD, M.T. BENATMANE - HMRUC/5ème RM. Constantine. Algérie

Il s'agit d'un tour d'horizon concernant les 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.

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

P12 - RÉSULTATS PRÉLIMINAIRES DU PROJET E.D.A.C.S (ÉVALUATION DE LA DÉPRESSION ET DE L'ANXIÉTÉ DANS LE CANCER DU SEIN)

Pr. M. BENABBAS, A. KHODJA, M. YKHLEF, H. MOUSSAOUI, Z. BOUALLAG, Y. BENREDJEM, O. RAHMOUN, L. TEMHACHET, N. BENHADID, L. BOULAKROUN, Z. BOUSTIL, A. BENRABOUH - Hôpital militaire universitaire de Constantine. Algérie.

Il s'agit d'une étude prospective qui évalue la dépression et l'anxiété chez des femmes atteintes de cancer du sein quelque soit le stade évolutif.

L'évaluation se fait quelques mois après l'annonce de la maladie et juste avant le début de la chimiothérapie.

L'échelle utilisée est l'HAD, et l'étude s'étend sur une année.

L'objectif est de déterminer la prévalence de cette comorbidité, et dans un deuxième temps un travail de synthèse sur l'intention de traiter.

P13 - LE SYNDROME MÉTABOLIQUE POST-THÉRAPEUTIQUE EN PSYCHIATRIE : MYTHE OU RÉALITÉ ?

M. BENABBAS, O. BENELMOULOUD, M.T. BENATMANE - H.M.R.U. Constantine. Algérie

Il s'agit d'un suivi d'une population de malades présentant le diagnostic de schizophrénie (DSM IV) et répartie en 3 groupes selon les principes de la randomisation (chaque groupe recevra un traitement spécifique).

L'objectif de cette étude est de comparer la problématique de la survenue d'un syndrome métabolique post-thérapeutique chez des malades sous traitement antipsychotiques de première et de deuxième génération.

Le premier groupe sera mis sous neuroleptiques classiques (Halopéridol), le 2^{ème} sous antipsychotique atypique type Olanzapine et le 3^{ème} sous Risperidone.

P14 - CONSIDÉRATIONS PRATIQUES DE LA CHRONICISATION DE L'ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE

O. BENELMOULOUD, M. BENABBAS, M.T. BENATMANE - Faculté de Médecine, Université de Constantine 3. Algérie

La difficulté d'établir l'imputabilité lors de l'ESPT chronicisé pose toujours problème.

Pourrait-on prédire des facteurs de risque de passage à la chronicité par des prises en charge plus structurées et spécialisées ?

Existe-t-il des facteurs de protection pour mettre un recueil standardisé évaluatif dès les premiers jours de recrutement ?

C'est à travers cette communication affichée que nous répondrons par des esquisses de recommandations.



P15 - IMPACT DES PATHOLOGIES THYROÏDIENNES SUR LE DIAGNOSTIC EN PSYCHIATRIE

M. BENABBAS, O. BENELMOULOU, M.T. BENATMANE - Hôpital militaire universitaire de Constantine. Algérie

L'intrication de la pathologie endocrinienne et plus spécifiquement la pathologie thyroïdienne et ses expressions cliniques sous formes de symptômes psychiatriques a de tout temps dérouté les psychiatres non avertis concernant cette comorbidité et la nécessité d'y penser surtout lors des troubles de l'humeur. Et pour étayer le versant théorique de cette association, nous présentons un cas clinique illustratif.

P16 - PERCEPTION DE LA SEXUALITÉ DE LA FEMME PENDANT LES MENSTRUATIONS, LA GROSSESSE ET APRÈS LA MÉNopause DANS LES PAYS DU MAGHREB

M. BENSAIDA (1), M. DJIDJLI (2)
(1) Professeur en psychiatrie, Hopital Psychiatrique d'Annaba, Algérie
(2) Maitre assistante en psychiatrie, Hopital Drid Hocine, Alger

Dans les pays du Maghreb, la sexualité de la femme est sujette à des idées préconçues liées au manque d'éducation sexuelle et d'information sur la sexualité durant les périodes de la menstruation, de la grossesse et de la ménopause.

Une étude descriptive menée auprès d'une cinquantaine de personnes (25 hommes et 25 femmes) a été menée en population générale. Les participants ont répondu à un auto-questionnaire anonyme de 23 items explorant les connaissances des participants correspondant soit à des données scientifiques, soit à des idées préconçues répandues en population générale.

Les résultats de notre étude ont été comparés à ceux de l'enquête menée en Tunisie auprès de la population générale. Ils ont montré que les idées préconçues dominaient les croyances des enquêtés quant à la sexualité de la femme pendant les périodes concernées par l'étude.

P17 - TABAC ET SCHIZOPHRÉNIE : QUEL LIEN ?

M. BENSAIDA (1), M. DJIDJLI (2)
(1) Professeur en psychiatrie, Hopital Psychiatrique d'Annaba, Algérie
(2) Maitre assistante en psychiatrie, Hopital Drid Hocine, Alger

90% des schizophrènes fument (3 fois plus que dans la population générale). Les patients psychotiques fument plus, plus longtemps et sont moins compliants aux traitements.

Même si les affections psychiatriques et tabagisme sont fréquemment associés, cet aspect est négligé dans l'organisation des soins psychiatriques. La mauvaise compliance aux traitements est liée aux interactions pharmacocinétiques par induction des enzymes (CYP450) ainsi qu'aux interactions pharmacodynamiques par les substances psychoactives présentes dans le tabac.

Notre étude a consisté à estimer la prévalence du tabagisme chez les patients schizophrènes hospitalisés et à comparer les critères sociodémographiques, cliniques et évolutifs entre les fumeurs et les non-fumeurs.

P18 - SYNDROME DU QT LONG ET FACTEURS DE RISQUE CHEZ LES PATIENTS SOUFFRANT DE TROUBLES PSYCHIATRIQUES

M. BENSAIDA (1), M. DJIDJLI (2)
(1) Professeur en psychiatrie, Hopital Psychiatrique d'Annaba, Algérie
(2) Maitre assistante en psychiatrie, Hopital Drid Hocine, Alger

Les patients souffrant de maladie psychiatrique présentent une surmortalité cardiovasculaire par mort subite occasionnée par la prise de neuroleptiques surtout. L'allongement du segment QT de l'électrocardiogramme est à l'origine d'une arythmie type torsade de pointes.

L'étude menée a eu comme objectif de déterminer les facteurs de risque et mettre l'accent sur la nécessité d'une surveillance accrue du risque lié au QT long chez les patients sous association de psychotropes.



Psychiatrie, sciences et société : nouveau, enjeux et débats

P19 - LES CONDUITES ADDICTIVES À L'ADOLESCENCE : FACTEURS DE RISQUE INDIVIDUELS ET ENVIRONNEMENTAUX

S. MOUFFOK, I. SADKI

Introduction et objectifs : Les addictions à l'adolescence constituent depuis les deux dernières décennies, un véritable problème de santé publique. L'objectif principal de notre étude est le dépistage des facteurs de risque individuels environnementaux permettant une attitude préventive et de prise en charge précoce.

Matériels et méthodes : Il s'agit d'une étude de type cas-témoins ; elle a duré deux années de janvier 2012 à décembre 2013 portant sur 304 patients repartis en une population de 152 adolescents addictes et une population de 152 témoins.

Résultats : A l'analyse univariée, 23 facteurs de risque ont été identifiés : parmi eux l'élevage par la mère seule (OR : 4.68, IC95%:1.85-12.32), la présence d'une addiction dans la famille (OR : 2.94, IC95%:1.77-4.87), le contexte parental de conflit (OR : 2.52, IC95%: 1.19-5.41), faire partie d'une grande fratrie, la mauvaise intégration scolaire (OR : 105.71, IC95%:43.92-262.6), l'existence d'une comorbidité psychiatrique (OR : 9.81, IC95%:5.18-18.79). En régression multiple et logistique, 11 facteurs de risque ont été retenus avec les quatre méthodes : par régression des sous-ensembles, par sélection, par élimination et pas à pas.

Conclusion : Notre étude cas-témoin confirme les résultats rapportés par la littérature. Il existe des facteurs de risque individuels, environnementaux responsables de l'émergence des addictions à l'adolescence.

Mots clés : Adolescence, addictions, facteurs de risque.

P20 - PSYCHOSE À L'ADOLESCENCE

Dr. O. RIHANE, Pr. B. SEMAOUNE - Hôpital central de l'Armée Mohamed Séghir Nekkache Ain Naadja Alger (Algérie)

L'adolescence est un moment de profonde mutation et une période de développement où du point de vue psychodynamique peuvent être activés des mécanismes de défenses archaïques ou psychotiques pour répondre aux difficultés psychiques que peut induire le processus adolescence lui-même et la crise vitale qu'il provoque.

C'est aussi une période critique favorable au déclenchement des maladies psychiatriques de l'âge adulte puisque c'est à cet âge que débutent un nombre de schizophrénies et de troubles bipolaires.

Position du problème :

1) Les différentes études et observations cliniques nous amènent à réfléchir sur l'origine de la psychose à l'adolescence :

- Psychose aiguës ou chronique ?

- Psychose durable ou transitoire ?

- Et /ou bien éventuel trouble de l'évolution de la personnalité venant exprimer de façon très polymorphe la souffrance psychique à cet âge ?

2) Une autre préoccupation majeure concernant cette tranche d'âge : est celle des psychiatres de l'adolescent et la plupart des travaux confondants : un premier épisode psychotique et un premier épisode schizophrénique.

3) Or la symptomatologie d'un premier épisode psychotique aigu à l'adolescence est tellement polymorphe, déroutante, empruntant à plusieurs registres qu'il serait envisageable d'éliminer un large éventail de diagnostics différentiels rendant ainsi l'évaluation pronostic très difficile ; ailleurs il n'existe pas de symptômes pathognomoniques ou prédictifs de la schizophrénie devant un premier épisode psychotique aigu chez l'adolescent, l'affirmation diagnostic nécessite des critères évolutifs temporels pouvant s'étendre sur plusieurs mois ou sur plusieurs années.

4) Alors que certaines études laissent à penser qu'un traitement précoce d'une schizophrénie ou d'un trouble bipolaire débutant permettrait de modifier le pronostic à long ? Et donc quel choix thérapeutique adopter au début ?

Ainsi pour lever tout cet amalgame nous vous proposons une revue de la littérature précisant certaines particularités cliniques entre la schizophrénie et le trouble bipolaire à cet âge et démontrant l'impact de la dynamique pubertaire comme une période favorable au déclenchement du processus psychotique qui peut être transitoire ou durable selon le cas et le contexte d'apparition.

Nous envisagerons d'élucider ces informations par des vignettes cliniques montrant l'intérêt de prendre en compte chaque cas au cas par cas selon son histoire biopsychosociale et ses antécédents personnels et familiaux ; ceci dit rien n'est déterminé à l'avance, seule l'évolution ultérieure prédira du pronostic et quant au choix thérapeutique, il reste très discuté et lié aux symptômes cliniques présents entre les tenants d'antipsychotiques et ceux préférant les thymorégulateurs.



P21 - ÉVALUATION DE LA DANGÉROSITÉ ET PRÉVENTION DES RÉCIDIVES QUEL PARTENARIAT SANTÉ/JUSTICE ?

Dr. L. KHERROUBI, M. V. BREME
Pôle de soins aux détenus, CHI Clermont de l'Oise 02 rue des finets 60600 Clermont

HISTORIQUE ET DÉFINITION DU CONCEPT DANGÉROSITÉ :

- Etymologiquement, la dangerosité provient des mots latins « damnarium » et « dominarium » : elle se situe entre dommage et pouvoir.
- Dangerosité = risque de violence physique ou psychique.
- Fédération française de psychiatrie (2007) :
 - . La dangerosité psychiatrique est une manifestation symptomatique liée à l'expression directe de la maladie.
 - . La dangerosité criminologique prend en compte l'ensemble des facteurs environnementaux et les situations susceptibles de favoriser l'émergence du passage à l'acte.
- Le grand dictionnaire de la psychologie Larousse définit la dangerosité comme « un état qui caractérise une personne qui menace ou compromet la sûreté d'existence d'une personne ou d'une chose ».

APPROCHE CLINIQUE :

- La psychiatrie est une discipline complexe qui traite de la maladie mentale mais qui ne peut être utilisée comme un élément de contrôle social à travers la question de la dangerosité.
- La personne souffrant de troubles mentaux n'est que rarement impliquée dans une violence faite aux tiers, elle en est plus souvent la victime...

LE RÔLE DU PSYCHIATRE ET ETHIQUE DE L'ÉVALUATION DE LA DANGÉROSITÉ ET DU RISQUE DE RÉCIDIVE :

Trois conditions :

- 1- Information du patient sur le cadre légal, sur ses droits et sur les enjeux du processus d'évaluation.
- 2- Que l'évaluation repose sur des critères reconnus et consensuels, elle nécessite cependant une grande expérience, réflexions, compétence, et même formation pour cette appréciation qui ne peut être uniquement la froideur d'un diagnostic porté sur le papier, parce que derrière, se trouve le devenir social de ce condamné.
- 3- Que la personne concernée ait la possibilité d'évoluer avec des soins, des prises en charges et des interventions appropriées.

SYNTHÈSE ATELIER ET BILANS :

« Évaluation de la dangerosité : intérêt et limites »

La notion de dangerosité

- Un concept très présent dans le champ pénal, pénitentiaire et sanitaire qui révolutionne nos métiers.
- La dangerosité d'un individu n'est pas permanente et résulte d'un contexte plurifactoriel évolutif.
- Le risque de stigmatisation inhérent à l'usage de ce terme.
- Recommandations :
 - . Nécessité de former les différents acteurs
 - . Nécessité d'apprécier la dangerosité tout au long du parcours de peine
 - . Pourquoi ne pas utiliser le terme de « risque de violence »?

L'évaluation

- Hétérogénéité des méthodes d'évaluation sur le territoire.
- Méconnaissance des travaux de recherche sur les outils validés à l'étranger.
- Manque de transmission entre les services des éléments d'information sur les condamnés.
- Absence d'évaluation des dispositifs d'évaluation.
- Recommandations :
 - . Nécessité d'harmoniser et d'objectiver les méthodes d'évaluation
 - . Expérimentation en France des outils d'évaluation semi structurés tels que décrits hier
 - . Transmission de la synthèse d'évaluation des CNE au CPIP chargé du suivi
 - . Impulser un partenariat entre les praticiens et les chercheurs

Prévention du risque

- La prise en charge est peut être trop axée sur le soin.
- La prise en charge repose trop sur un suivi individuel du condamné.
- La prise en charge est trop cloisonnée.
- Recommandations :
 - . Développer des accompagnements pluridisciplinaires
 - . Mettre en place des programmes spécifiques pour des groupes de condamnés présentant les mêmes facteurs de risque
 - . Formaliser les modalités d'un partenariat efficace



Psychiatrie, sciences et société : nouveautés, enjeux et débats

P22 - LE SYNDROME MALIN LORS DU PREMIER CONTACT AVEC LES NEUROLEPTIQUES : ÉTUDE DESCRIPTIVE

A. AOUADI, N.I. HOUADEF, R. ALIBENSAAD (1), H. ZEGHIB (1), N. DJENDI (2)

(1) EHS ERRAZI, ANNABA, ALGÉRIE;
(2) EHS ERRAZI ANNABA, Annaba, ALGÉRIE

Le syndrome malin est une complication grave liée aux neuroleptiques, elle impose l'arrêt immédiat du traitement et une prise en charge en réanimation. Nous avons réalisé une étude rétrospective descriptive sur dossiers médicaux, ayant pour objectif de déterminer la prévalence du syndrome malin en milieu psychiatrique chez les patients sans antécédents de prise de neuroleptiques et qui ont été hospitalisés à l'EHS ERRAZI d'Annaba pour la première fois durant les années 2012, 2013, 2014. Les données sociodémographiques, et cliniques seront présentées.

Mots clés : neuroleptiques, syndrome malin, prévalence

P23 - TROUBLES BIPOLAIRES ET MALADIE DE WILSON

N.I. HOUADEF, A. AOUADI, H. ZEGHIB, A. MOKHTARI
EHS ERRAZI, ANNABA, ALGÉRIE

La maladie de Wilson est une affection héréditaire au cours de laquelle il existe un défaut de l'excrétion biliaire du cuivre. Elle se manifeste par des anomalies hépatiques et des symptômes neuropsychiatriques. Une vignette clinique sera présentée concernant le cas d'un patient présentant la maladie de Wilson et qui se traite en psychiatrie pour des troubles bipolaires. Il a été hospitalisé à plusieurs reprises au niveau de l'EHS Errazi d'Annaba. Les motifs, le tableau clinique, les discussions diagnostiques, ainsi que l'évolution clinique durant 5 ans seront présentés.

Mots clés : maladie de Wilson - troubles bipolaires

P24 - EFFET PLACÉBO ET LUMINOSITÉ CHEZ LES PATIENTS DÉPRIMÉS

J. GAILLEDREAU

Objectif : Étudier la participation de l'ensoleillement dans l'effet placebo, au cours d'un essai clinique en double aveugle, dans la dépression.

Matériel et méthodes : Les essais cliniques dans la dépression majeure, conduits en double-aveugle contre placebo et produits de référence dans un centre français, avec la MADRS comme critère principal d'évaluation, ont été examinés. Les patients ayant reçu le placebo ou le produit de référence ont été extraits. Pour chacun de ces patients, la différence entre la ligne de base et la dernière évaluation après traitement (W6 et W8) a été calculée, et la médiane extraite pour évaluer les effets respectifs du placebo et du produit de référence dans le centre. De plus, pour chacun des patients, et pour chaque visite depuis celle suivant la ligne de base jusqu'à celle de fin de traitement, la différence entre le score MADRS à la visite précédente et celui de la visite actuelle (Delta MADRS) a été calculée, et rapportée à la luminosité entre les deux visites. Cette luminosité est exprimée comme la moyenne des luminosités constatées à midi (données fournies par Météo-France) en Joules/cm². Chaque Delta MADRS a été classé parmi trois catégories de luminosité, définies par météo France : faible luminosité (< 1000 Joules/cm²), luminosité moyenne (1000-2000 Joules/cm²) et forte luminosité (>2000 Joules/cm²). La médiane des Delta MADRS au sein de chaque catégorie de luminosité a été calculée avec Microsoft Excel, pour les patients ayant reçu le produit de référence, et ceux ayant reçu le placebo.



Prise en compte du Delta MADRS et de l'ensoleillement pour chaque intervalle entre deux visites. Ce patient (fictif) va générer ainsi 6 paires de données.

Résultats : Huit études ont été analysées. Les produits de référence utilisés étaient la duloxétine, l'escitalopram, la fluoxétine et la venlafaxine. Pour chacune de ces études, le placebo était toujours moins efficace que le produit de référence. L'analyse des chutes des scores entre deux visites, rapportés à l'ensoleillement, suggère que les résultats sous produit de référence sont peu ou pas influencés par la luminosité, alors que l'effet placebo s'accroît nettement avec la luminosité. Ces résultats seront discutés.

P25 - INTERNALIZING PROBLEMS IN FORMER COMBATANTS IN KOSOVO

E. KRAJA PhD Candidate - Department of psychology, FAMA College, Prishtine, Kosovo
M. SHAHINI MD, PhD - Child and Adolescent Psychiatry, University Clinical center of Kosovo

Background : War as an experience filled with events that affect fairly physical and mental integrity of the individual and may have an impact on his later life especially to soldiers who are faced with severe traumatic events but at the same time with personal challenges. The war in Kosova in 1999 can be seen as a long-term severe factor impacting not only on the economy, but having implication on mental health of war veterans and their families. People who face war have predisposition to develop emotional problems that last for a long time even years after the war.

Methods : In the course of gathering the subjects for the sample we divided the Kosovar territory into six regions to achieve a representative sample. Upon this, we randomly selected the towns in each region. The towns thus selected were Prishtina, Mitrovica, Peja, Lipjani, Skenderaj, Suhareka. Further, in each town we contacted the representative of Veterans Association in order to get the list of the veterans on that region. 702 participants were so identified and included in the study. Mean age at the time of the interviews was 42.3 (SD = 9.1). A general demographic questionnaire developed for the study assessed social status, demographic characteristics, treatment use and seeking, and additional stressors such as unemployment not covered by the HTQ. The Harvard Trauma Questionnaire (Military Version) and The General Health Questionnaire have been used. A general demographic questionnaire developed for the study assessed social status, demographic characteristics, and additional stressors not covered by the HTQ

Results : Severe levels of distress were recorded for half of respondents as measured by the GHQ-28 (n = 364, 52.1%). Clinical levels of depression (n = 187, 26.9%) as well as anxiety (n = 189, 27.1%) were found in more than a quarter of subjects. Post-traumatic stress disorder prevalence was ranked at more than 16 percent or one out of seven cases (n = 110, 15.9%). Roughly half of them had been displaced during armed fights (n = 339, 49.3%). Most were separated from their families (n = 607, 87.1%). A quarter had lost at least a member of their family during the times of war (n = 165, 23.9%).

Conclusion : The results showed that former combatants are having high scores on internalizing problems even 10 years after the war ended. It is important for health care services in Kosovo to provide help for these group with high risk for other mental health problems too. Results indicate the need of further research in the impact of war fare and on combatants that is conducted in a situation of enmeshment of civilians, professional and untrained combatants, that is seen with increasing frequency in war fare.

P26 - IMPULSIVENESS AND QUALITY OF LIFE IN PEOPLE WITH CLINICAL DEPRESSION IN A COMMUNITY SAMPLE

N. BARDHI, PhD Candidate - Department of psychology, FAMA College, Prishtine, Kosovo
M. SHAHINI MD, PhD - Child and Adolescent Psychiatry, University Clinical center of Kosovo

Background : For several decades, studies have explored the connection of impulsiveness with a number of psychiatric problems but not with depression. Even where this relationship is studied, data are limited and less conclusive. Depression is associated with suicidal thoughts and impulsiveness remains an important part of its structure. Depression is a mental health problem who through his clinical framework affects the quality of life of individuals.

Methods : This is a cross sectional study. This study was performed with 700 participants. Depression is assessed with Beck Depression Inventory. The Barratt Impulsiveness Scale was used to assess impulsiveness. This instrument with 35 items is a Self-assessment questionnaire that is designed to assess the construct of impulsiveness. Quality of life was measured with The Quality of Life Scale (QOLS).

Results : The study found a significant positive correlation but not very strong between depression with three constructs scales of the impulsiveness (Attentional Impulsiveness, Motor Impulsiveness, Non Planning Impulsiveness). Participants with a high scores on suicidal ideas have been reporting significant differences on scores of Motor Impulsiveness, Nonplanning Impulsiveness compare to those without suicidal ideas. Negative correlation was found between depression and quality of life (r = .40, p <.001)

Conclusion : the findings of this study show the importance of screening for impulsiveness as a tool that may help professional to identify high risk for attempted suicide in people with clinical depression.



Psychiatrie, sciences et société : nouveau, enjeux et débats

P27 - ICV- INTÉGRATION DU CYCLE DE LA VIE

C. CLEMENT, J. SMIT, L. MANN

AFICV- Association francophone d'Intégration du cycle de la vie

Thérapie visant l'intégration (Pierre Janet, 1889 : « La santé mentale se caractérise par une capacité élevée à intégrer. »), élaborée à partir de 2003 par Peggy Pace psychothérapeute américaine (Pratiquer l'ICV, P Pace, 2014, Paris- ed Dunod). Les indications en sont :

a) le traitement de l'ESPT : les souvenirs traumatiques sont associés à une activation de l'hémisphère droit (stimulation sensorielle et émotionnelle dans le présent) et une extinction de l'hémisphère gauche (fonction cognitive). L'ICV permet de prouver au système que le temps a passé, de relancer le travail de l'hippocampe (repérage spatio temporel des événements traumatiques).

b) La mise en place d'un attachement de type sécure acquis, facteur de résilience (Cyrułnik). Il est aujourd'hui de plus en plus accepté qu'un attachement insécure (évitant, ambivalent ou désorganisé) est le socle de la souffrance psychopathologique chez l'adulte. Le type d'attachement se met en place entre 0 et 2 ans ; il est fortement corrélé à l'environnement dans lequel le nourrisson et petit enfant évoluent. L'Intégration du Cycle de la Vie se propose de réparer un attachement insécure avec amélioration de la symptomatologie psychopathologique de l'adulte. Ces troubles précoces de l'attachement se manifestent chez l'adulte sous différentes formes : troubles de la régulation des affects (attaque de panique, AG, états dépressifs, TCA, addictions, etc) ; troubles dissociatifs ; border-line. Les deux outils principaux de l'ICV sont :

1) une ligne du temps composée de souvenirs vrais du patient dans l'ordre chronologique ;

2) l'accordage « exquis » du thérapeute avec le patient, mimant l'accordage du parent suffisamment bon avec le nouveau-né (Winnicott), au cours de répétitions successives de cette liste, prouvant au système corps-esprit du patient, que les expériences marquantes sur lesquelles il s'est construit sont passées, lui permettant de réagir différemment à son présent.

A ce jour, une seule étude a été menée à terme aux E-U par B Balkus PsyD dans un centre de traitement pour femmes ; 17 participantes ayant choisi un trauma à traiter avec le protocole Standard de l'ICV sur 2 séances, les traumas allant de l'accident de voiture aux violences conjugales. Auto-évaluation de chaque femme avec l'Echelle de l'impact des événements (IES, Horowitz) avant la 1ère séance. Les deux séances sont menées par 2 thérapeutes expérimentés en ICV. 2ème IES après les 2 séances puis 3ème un mois plus tard sans autre séance entre temps. Les résultats montrent des niveaux élevés d'évitement et d'intrusion (entre 28 et 30/30) pour le premier IES ; après 2 séances d'ICV une baisse notable (moyenne de 6/30) et un mois après à la 3ème mesure, la baisse des niveaux d'intrusion et d'évitement s'est poursuivie (3,75/30) montrant que l'ICV diminue la symptomatologie liée au trauma. Deux autres études sont en cours au Canada et en Suède.

L'intérêt non négligeable de l'ICV apparaît aussi dans le traitement des traumatismes précoces, non verbaux (avant 2-3 ans).

P28 - LES TRAUMATISMES CRANIENS EN PSYCHIATRIE : DÉFI OU ÉCHEC ?

S. PRADAYROL, M. HODY, R. CROUE, R. COURCIERAS, S. VOILLET, M. MARINESCU

C.H.S. G. Mazurelle, 85000 LA ROCHE SUR YON

Les manifestations comportementales des cérébro-lésés les font souvent arriver, à un moment de leur parcours, dans les services de psychiatrie. Les lésions psycho-organiques, en général, mais en particulier les traumatismes cranio-cérébraux, touchent une population jeune, qui doit faire le deuil de tout un projet de vie qui doit être repensé après l'accident. Il s'agit là d'une « épidémie silencieuse », dont l'importance de l'articulation des diverses étapes de la prise en charge n'est plus à souligner. Du ramassage au service de réanimation neurochirurgicale, puis dans les services de rééducation, l'accent est posé sur les lésions neurologiques déficitaires, motrices, du langage, de l'équilibre. Les troubles cognitifs et comportementaux sont souvent mal évalués, souvent mal compris et mal pris en charge. Il n'est pas rare que pour ces patients, la dernière articulation, celle du retour au milieu familial, soit complètement défailante, source de naufrage et, bien souvent, d'hospitalisation en unité psychiatrique.

Les auteurs évoquent, à partir de trois cas de sujets jeunes traumatisés crâniens, hospitalisés en milieu psychiatrique, les difficultés inhérentes à des prises en charge dans des lieux inadaptés pour accueillir des tels patients, la complexité de l'évaluation neurocognitive obligatoire et les approches chimiothérapeutiques, souvent décevantes ou mal tolérées pour diminuer les troubles du comportement et la supportabilité du milieu familial. Un état des lieux des prises en charge des traumatisés crâniens est proposé, avec l'évocation de l'évaluation par le document EBIS (European Brain Injury Society) qui existe depuis 1992 et qui reste méconnu, en passant par les UEROS, qui peuvent fournir une évaluation pluridisciplinaire du patient et par l'échelle de qualité de vie QOLIBRI, validée depuis 2009, et qui pourrait être utilisée d'une façon plus large. Les moyens à mettre en œuvre et les collaborations nécessaires sont illustrés par les auteurs, tout en mettant l'accent sur l'importance d'une approche systémique dans la prise en charge du traumatisé crânien et de sa famille. Enfin, quelques hypothèses pour mieux aider ces patients « à traverser le pont », c'est-à-dire, de passer des services ultra spécialisés à la vie communautaire, sont proposées.

Bibliographie :

1. Marinescu M., Truelle J.L. : Retentissement des troubles cognitifs et du comportement sur le handicap social, familial et professionnel. Neuropsychologie des traumatismes crâniens graves de l'adulte. Ed. Doin, Paris, 1996, 275-92



P29 - MODÉLISATION DE LA THÉRAPIE DU PARTENAIRE D'UN PERVERS NARCISSIQUE

A. BOYER-LABROUCHE

Bien que le pervers narcissique agisse sur son partenaire de façon sournoise, son action destructrice est particulièrement lisible. Il est donc possible de modéliser le traitement psychothérapeutique d'une personne sortie de l'emprise et qui doit se reconstruire. Le modèle présenté décrit les différentes étapes du traitement. Deux événements apparaissent, autour desquels s'articulent le déroulé de la thérapie. Le premier est le dévoilement du système relationnel pervers qui entraîne un choc salutaire. Celui-ci est à l'origine de l'acceptation de ce qui a été et d'une reprise en main de soi. A partir de là, est créée une perspective. Le deuxième est le positionnement par rapport au système pervers qui permet au partenaire de sortir de l'emprise. Dès lors, il est possible de mettre en place la phase de reconstruction dont les étapes sont codifiées de façon centrifuge ; du recentrage sur soi à la projection dans l'avenir et dans le monde extérieur. Ainsi, la personne se pose en tant que sujet, élève son estime de soi et valorise de façon créative ses capacités. Les étapes de ce travail sur soi, long et douloureux, sont précisées. Elles débutent par la prise de décision qui enclenche le processus de changement – psychiquement, le travail de deuil – matériellement, l'organisation d'une nouvelle vie. Il s'agit d'abandonner la dépendance. Être dans son désir propre et non dans celui de l'autre. Techniquement, le thérapeute a réintroduit l'analyse du conflit pour mettre de la profondeur dans la thérapie, de façon à ce que la personne blessée récupère son jugement critique et accepte ses émotions : sidération, étonnement, indignation, colère, soulagement, enthousiasme. Dans la dernière étape, la personne reprend la main sur sa vie. Cela commence par la capacité à dire non. La notion de responsabilisation est ensuite travaillée. En dernier lieu, la personne apaisée apprend à reconnaître ses capacités et sa valeur à travers un travail de restauration narcissique. Cette dernière étape assure une perspective sur l'avenir. Le modèle proposé est décrit en détail, en particulier les processus de changement.

P30 - ETP ET PSYCHOÉDUCATION - PRISE EN CHARGE DES PATIENTS ATTEINTS DE TROUBLES BIPOLAIRES DE L'HUMEUR

C. GORNEANU*, P. PIRON**, V. LEROUX**, M.C. CABIE***

* Psychiatre, PH, Hôpitaux de Saint Maurice

** Médecin de santé publique, Hôpitaux de Saint Maurice

*** Psychiatre, PH et chef de pôle, Hôpitaux de Saint Maurice

Introduction

Peu de programmes d'éducation thérapeutique existent en psychiatrie et une faible part de ceux-ci s'adressent aux personnes atteintes de troubles bipolaires (4 sur 680 en Ile-de-France, en 2014).

Ce faible développement local pousse le Pôle Paris 11 à développer son action afin de faire évoluer et de pérenniser l'approche éducative de la prise en charge de la pathologie, qui semble bénéfique à la fois au patient et aux équipes soignantes.

Méthode

A partir de l'action menée par une équipe soignante depuis 2005, un projet expérimental d'éducation thérapeutique a été mis en place aux Hôpitaux de Saint Maurice pour les patients atteints de troubles bipolaires de l'humeur ainsi que leur entourage en 2013.

Le projet s'est adressé à la population ambulatoire de psychiatrie générale adulte. Une équipe multidisciplinaire a assuré les séances mensuelles pour des groupes "fermés" de 10 à 12 patients maximum, en 8 séances de 1h30. Une séance de retour et d'évaluation a été réalisée à distance de la fin du projet.

Les séances collectives se déroulaient à l'aide d'un support visuel sous forme de diaporama.

Les aspects éthiques étaient respectés puisque le consentement des patients était recueilli dès le début du programme. Une charte déontologique était signée par chaque intervenant ainsi qu'une charte de fonctionnement par chaque participant.

Résultats

Au total, plus de 60 patients et proches ont suivi ce programme éducatif depuis 2005. L'ensemble des personnes s'estime « très » à « complètement satisfait » par le contenu, la présentation, l'organisation des séances. Certains auront connu des rechutes, d'autres des diminutions voire des arrêts de traitement. Selon un patient « ces groupes permettent la restauration du lien social après une crise et une mise à distance de son parcours thérapeutique ... des échanges avec des professionnels et avec d'autres patients sur les points qui nous angoissent le plus ».

Discussion

Ce projet d'éducation thérapeutique, soutenu par l'ARS, semble bénéfique pour les patients, leur entourage et l'équipe soignante. Trois pistes à explorer sont mises en évidence : l'évaluation des rechutes, le délai de la rechute par rapport à l'arrêt des séances, et la formalisation /le bénéfice de séances de renforcement éducatif.



Psychiatrie, sciences et société : nouveau, enjeux et débats

P31 - UN VIEUX NEUROLEPTIQUE PROVOQUE UN PRIAPISME CHEZ UN VIEUX PSYCHOTIQUE

W. YAKHLEF, H. OUKALI
Service de psychiatrie "D" - EHS FRANTZ Fanon Blida

Le priapisme veineux est une érection prolongée, douloureuse et persistante en dehors de toute stimulation sexuelle ou de désir. Il peut s'agir d'un effet indésirable, rare mais redoutable, de certains neuroleptiques.

La littérature médicale mentionne des cas de priapisme veineux chez des patients traités par des neuroleptiques classiques ou atypiques. Environ 30 % des priapismes veineux pourraient être rapportés à des médicaments dont environ 50 % aux neuroleptiques. Cet effet secondaire est lié aux propriétés alpha 1-adrénergique bloquante de ces traitements, plus ou moins importantes selon les médicaments de cette classe.

Cas clinique : notre cas concerne un patient âgé de 65 ans suivi pour une psychose de type schizophrénique avec mauvaise observance thérapeutique qui a présenté après injection de fluphénazine, un priapisme veineux. Aucun autre facteur étiologique n'a été mis en évidence.

Conclusion : le priapisme veineux est une urgence uro-andrologique. Il constitue un des effets secondaires des neuroleptiques, à ne pas méconnaître pour éviter des séquelles érectiles.

P32 - LE STALKING

W. YAKHLEF, H. OUKALI
Service de psychiatrie "D" - EHS FRANTZ Fanon Blida

Après le harcèlement sexuel et moral, un troisième type de harcèlement est décrit dans les pays anglo-saxons : le stalking ou harcèlement obsessionnel généralement défini comme : la poursuite malveillante, préméditée, répétée et le harcèlement d'autrui de manière à menacer sa sécurité.

Il a été criminalisé pour la première fois en 1990 dans l'État de Californie.

De nature "prédatrice" le stalking plonge la victime, le plus souvent des femmes, dans un monde de terreur et peut conduire à des états de stress post-traumatique.

P33 - ET SI LES PATIENTS EN HOSPITALISATION LIBRE AVAIENT LE CHOIX : HOSPITALISATION CLASSIQUE OU HOSPITALISATION À DOMICILE ?

P. SERMAGE, L. PIRAS, A. PASQUIER, F. OLIVIER, K. PARERA
Centre hospitalier de Montauban

« Près de 70 % (1) des personnes souffrant de troubles psychiques bénéficient aujourd'hui de soins dispensés en ambulatoire. La diminution de 56% (2) des lits de psychiatrie générale au cours des 25 dernières années et une politique de santé orientée vers la prise en charge en ambulatoire ont contribué à développer les interventions à domicile (IAD) (3). »

Ceci conduit à interroger l'évolution des soins psychiatriques avec un changement de paradigme : une bascule de l'axe des soins du service d'hospitalisation vers le domicile du patient.

Dans cette logique, pourquoi un patient nécessitant une hospitalisation psychiatrique (en dehors de certains cas particuliers : gravité clinique, nécessité d'une surveillance continue ou besoin de rupture avec le lieu de vie..) n'aurait-il pas le choix : hospitalisation classique ou hospitalisation à domicile ?

Les auteurs proposent le résultat d'une enquête réalisée auprès de patients hospitalisés en HL dans un service classique.

1- DREES, les rapports d'activité en psychiatrie (RAPSY), 22 novembre 2010.

2- IGAS-IGF, établissements et services pour personnes handicapées - offre et besoins, modalités de financement, octobre 2012.

3- Intervention à domicile des équipes de psychiatrie – retours d'expérience – ANAP (Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux) – janvier 2015.

P34 - AMBIGÜITÉS SEXUELLES : INFLUENCE DE LA CULTURE SUR LE CHOIX DU SEXE : À PROPOS D'UN CAS

F.Z. MADOU, N. BOUSSAA, A. ABLA, A. BENDALI, C. SEGHIR

La plupart des ambiguïtés sexuelles sont d'origine génétique et souvent elles découlent des anomalies des chromosomes. Il existe un autre type d'ambiguïtés sexuelles d'origine génétique (anomalies de l'ADN). Ces ambiguïtés peuvent apparaître plusieurs fois dans une même famille (exemple : l'hyperplasie congénitale des surrénales qui est à l'origine d'une ambiguïté sexuelle chez les filles qui ont subi au cours de la grossesse une stimulation anormale par des hormones virilisantes). Reconnaître ces familles, après la naissance d'un premier enfant atteint, permet d'éviter la naissance d'un deuxième enfant atteint de cette maladie par un traitement hormonal en cours de grossesse. Les interventions réparatrices ne posent pas, en général, des problèmes de technicité chirurgicale, mais toute la difficulté est de pouvoir décider du sexe de l'enfant. Cette décision doit se faire sur des arguments scientifiques par une équipe multidisciplinaire et nécessite souvent des explorations spécialisées pour le choix du sexe de l'enfant. L'ambiguïté sexuelle est une tare qui vient mettre un terme aux rêves et fantasmes des parents pendant toute la durée de la grossesse, elle fait l'objet de représentations négatives et d'attitudes hostiles aussi bien vis-à-vis de l'ambigu lui-même que vis-à-vis de ses parents. À travers ce travail, nous évoquons les représentations sociales de l'ambiguïté sexuelle, et surtout leur influence sur le choix définitif du sexe futur de l'enfant, notamment quand cette décision est prise plusieurs années après la naissance. Comment les parents d'un ambigu sexuel accueillent-ils leur enfant taré ? Comment font-ils face à un environnement stigmatisant ? Qu'est-ce qui détermine le choix du sexe ? Comment l'enfant participera-t-il au choix de son propre sexe ? Autant d'interrogations, qui seront illustrées par une vignette.



P35 - BIPOLARITÉ ET ADDICTION

Y. BOUGUERMOUTH, M. DERGUINI
Service de toxicomanie ehs Frantz fanon Blida

De très nombreux auteurs s'accordent de plus en plus pour dire que la toxicomanie et l'alcoolisme seraient des conséquences des troubles bipolaires et non des maladies à part, ce qui expliquerait que de très nombreux toxicomanes s'avèrent répondre positivement aux critères des troubles bipolaires et que de très nombreux bipolaires relatent des abus de drogues et d'alcool.

Notre travail effectué dans notre service de toxicomanie de Blida est de contribuer à l'étude de cette relation. La méthode est basée sur une étude comparative de deux groupes de toxicomanes avec et sans troubles de l'humeur.

Ces résultats seront discutés à la lumière des théories explicatives de ce lien.

P36 - ÉTUDE DES EFFETS DE L'EMDR SUR L'ACTIVITÉ ONIRIQUE DE SUJETS ATTEINTS DE PATHOLOGIES PSYCHOSOMATIQUES

L. PONSON(1), D. DONNEAU(1), N. LELE(1), P. DE ROA(2), P. PARIS(1), A. HERON(3)(4)

(1) Psychiatrie CH Dreux
(2) Unité Douleur CH Dreux
(3) Unité de Recherche Clinique URC28 CH Dreux
(4) Université Paris Descartes

Introduction :

Au cours de notre pratique nous avons constaté que l'activité onirique pouvait être améliorée lors des prises en charge en EMDR (eye movement desensitization and reprocessing), notamment chez les sujets atteints d'une pathologie psychosomatique. La présente étude pilote a eu pour but de tester cette hypothèse.

Méthode :

Vingt sujets adultes atteints d'une pathologie somatique sans cause externe retrouvée ont été recrutés dans le service de psychiatrie et l'unité douleur de l'hôpital. La prise de somnifères, la présence de comorbidités impactant le sommeil ainsi que les contre-indications à l'EMDR ou des prises en charge EMDR précédentes, constituaient des critères de non-inclusion. Après avoir donné leur consentement éclairé et signé, les sujets ont répondu à un auto-questionnaire explorant les caractéristiques des rêves en 16 items (score global sur 39). Un second exemplaire du questionnaire a été donné aux sujets dont les réponses suggéraient un désinvestissement de l'activité onirique (score < 20, n=18). Ces sujets ont alors été aléatoirement répartis soit dans le groupe « Témoins » (n=8), soit dans le groupe « EMDR » (n=10), et ont complété une seconde fois le questionnaire, 48h plus tard. Les patients « EMDR » avaient reçu dans cet intervalle une séance de désensibilisation EMDR ciblée sur « Un évènement particulièrement marquant » de leur vie.

Résultats :

Les résultats de cette étude préliminaire montrent que 100 % des sujets « EMDR » ont une augmentation du score global d'activité onirique versus 25 % des témoins. On observe une diminution de la structuration logique et de l'organisation temporelle des rêves chez 40 % des sujets « EMDR » vs 12,5 % des sujets « Témoins », on constate également une augmentation de la valence affective des rêves chez 70 % des sujets « EMDR » vs 12,5 % des sujets « Témoins ».

Conclusion :

Ces résultats préliminaires sont de nature à confirmer que l'EMDR permet une amélioration quantitative et qualitative de l'activité onirique chez des patients l'ayant désinvestie.

P37 - STRESS, ANXIÉTÉ ET DÉPRESSION CHEZ LES ÉTUDIANTS ? DES REPRÉSENTATIONS AUX VÉCUS...

P. ESTINGOY (1), N. BETHON, N. DUFOUR, V. REGEMBAL, A.G. SALOME, C. AUCHAPT, M. FROSSARD, C. PARISOT (2)

(1) Psychiatre du SUMPPS Université Lyon 1
(2) Psychologues du SUMPPS Université Lyon 1

Dans le cadre d'une recherche-action en santé mentale, les étudiants de l'université Lyon 1 ont été questionnés en direct sur leurs représentations et leurs vécus liés au stress, à l'anxiété et à la dépression.

Méthode :

Le questionnaire, testé sur 40 étudiants en santé, comprenait 3 questions ouvertes (résumées en 3 mots clefs), 10 questions à choix multiples sur leurs représentations, puis une interrogation sur leurs vécus, leurs recours et leurs besoins en soins.

Lors de la journée « forum prévention » du 14 octobre 2014 sur le site de la Doua à Villeurbanne (69), des binômes d'étudiants infirmiers et psychologues ont été au contact des étudiants scientifiques pour leur soumettre individuellement ce questionnaire. Au décours de la passation, une démarche éducative ouvrait la discussion sur les besoins et les impressions liées à cette démarche à l'aide d'un livret explicatif avec adresses utiles.

Résultats :

1/ Les questionnaires ont été analysés selon la base d'une cohérence de profil : 275 étudiants d'une moyenne d'âge de 21 ans, en filière sciences, avec un taux légèrement supérieur de garçons par rapport aux filles, conformément au profil Lyon 1 science.

2/ Les réponses révèlent des représentations vagues mal différenciées entre stress et anxiété tandis que le concept de dépression est plus clairement attribué à une maladie.

3/ Les taux déclaratifs de vécus problématiques concernent plus de 80 % des étudiants pour le stress (surtout chez les filles), 60 % des étudiants pour l'anxiété et 10 % des étudiants pour la dépression mais moins de la moitié de ceux qui se déclarent les plus souffrants seraient déjà pris en charge.

4/ Le retour est massivement très positif sur la méthode de sensibilisation qui inciterait à souhaiter le conseil d'un professionnel.



Psychiatrie, sciences et société : nouveau, enjeux et débats

P38 - CASE REPORT : EFFICACITÉ D'UNE BITHÉRAPIE EMDR/PRAZOSINE DANS LA PRISE EN CHARGE HOSPITALIÈRE D'UN ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE ATYPIQUE

F. NICOLAS*, L. OSTERMANN*, P.F. ROUSSEAU*, V. VAUTIER**

* Interne de spécialité hospitalière, Service de Psychiatrie, HIA Sainte-Anne, Toulon.

** Chef de Service du Service de Psychiatrie, HIA Sainte-Anne, Toulon.

Nous rapportons ici le cas d'un patient de 46 ans victime en Juillet 2014 d'un accident de travail au cours duquel son bras et son héli-thorax gauche ont été écrasés par une machine agricole.

Quelques mois après la prise en charge chirurgicale, ce patient a déclenché un état de stress post-traumatique très bruyant sur le plan symptomatique. Outre les reviviscences traumatiques nocturnes et diurnes, ce patient présentait un syndrome douloureux thoraco-brachial sans substrat organique, très atypique du fait de son intensité. Nous notons de plus l'apparition brutale de manifestations comportementales à type de bégaiement, et de mouvements involontaires stéréotypés récurrents reproduisant à l'identique ceux qu'il avait eu dans sa tentative de repousser la machine au moment de l'accident. Ce bruyant tableau à l'origine d'un handicap social majeur s'est compliqué d'un état dépressif sévère avec apparition d'idées suicidaires, motivant l'hospitalisation de ce patient.

La prise en charge, outre le traitement de l'épisode dépressif par antidépresseur, a consisté en l'introduction de Prazosine et la réalisation de séances intensives d'EMDR pendant le temps d'hospitalisation. Nous présentons ici les résultats obtenus en termes de réduction de la douleur, d'amélioration de la qualité du sommeil et d'atténuation des manifestations comportementales.

P39 - EXPRESSION PSYCHIATRIQUE D'UNE ENCÉPHALITE AUTO-IMMUNE À ANTICORPS ANTI-RÉCEPTEUR NMDA

M. BEN BACHA (1), A. AMRANE (2), M. EL KHEL (3), A. AMARI (3), C. KOEGEL (3), F. MEZIANE (4)

(1) CHI de Clermont de l'Oise, SATINS, FRANCE; (2) CHI de Clermont, CLERMONT DE L'OISE, FRANCE; (3) Chi de Clermont de l'Oise, CLERMONT, FRANCE; (4) Ehpad paris, PARIS, FRANCE

Introduction

L'encéphalite auto-immune à anticorps anti-récepteur N-méthyl-D-aspartate du glutamate (NMDA-R) est une pathologie grave, de description récente et touchant principalement de jeunes patients.

Résumé

Nous décrivons ici le cas d'une jeune femme de 21 ans hospitalisée pour troubles de comportement graves avec tachypsychie et exaltation de l'humeur, ce qui a justifié son hospitalisation sous contrainte. Dans ses antécédents, on trouve deux hospitalisations en psychiatrie, une dystrophie ovarienne avec aménorrhée et d'importants symptômes mnésiques. Un traitement psychotrope a été mis en place. Sur le plan clinique hors la symptomatologie psychiatrique riche, on note un hirsutisme franc avec une obésité modérée. Un bilan étiologique a été entamé (bilan neurologique, endocrinien, gynécologique et radiologique).

Le bilan complet à la recherche d'une pathologie neuro-métabolique a donc été réalisé, notamment une ponction lombaire à la recherche d'une encéphalite auto-immune ou maladie métabolique. La PL montre une réaction cellulaire avec une protéinorachie normale et surtout des Ac anti NMDA.

Cette observation retrouve les caractéristiques des encéphalites à AC anti-NMDAR : âge jeune, prédominance féminine, tableau sévère, troubles psychiatriques, confusion, troubles neuroendocriniens, LCR inflammatoire et polykystose ovarienne. L'amélioration clinique après les cures d'immunoglobulines et de corticoïdes a été enregistrée.

Conclusion

Certaines affections somatiques sont particulièrement trompeuses quand les manifestations psychiatriques représentent la forme de début ou dominant le tableau clinique à la phase d'état avec le piège classique est représenté par l'absence d'exploration à la recherche d'étiologies somatiques.

L'encéphalite à AC anti NMDA-R n'est sans doute pas rare, elle peut être réversible, si elle est diagnostiquée et traitée précocement.

P40 - ÉVALUATION DE L'ANHÉDONIE CHEZ DES FEMMES BIPOLAIRES ET UNIPOLAIRES

X. PROUDNIKOVA, Y. HODÉ

Centre Hospitalier de Rouffach, 27 Rue du 4ème RSM, 68250, Rouffach France.

Introduction

L'anhédonie est une caractéristique de la symptomatologie dépressive qui résulte de plusieurs facteurs. Ainsi, il a pu être mis en évidence deux facteurs différents, la baisse du plaisir consommatoire et la baisse du plaisir anticipatoire. Dans la schizophrénie l'anhédonie paraît liée à une baisse du plaisir anticipatoire [1]. Dans les troubles dépressifs sans composante psychotique, l'influence relative de ces deux facteurs n'est pas connue. Nous avons évalué les scores de ces différents types de plaisir dans une population de sujets déprimés.

Méthode

29 femmes avec un score MADRS ≥ 20 (âge) présentant soit un trouble bipolaire de l'humeur (N=10) soit un trouble unipolaire (N=19) ont rempli le questionnaire EETP [2].

Le type de dépression a été transformé en une valeur binaire (1= bipolaire, 2= unipolaire) pour les études de corrélation. Les corrélations non paramétriques de Spearman ont été réalisées entre les scores MADRS, les scores de plaisir anticipatoire (PA) et de plaisir consommatoire (PC) de l'EETP ainsi qu'entre le type de dépression et les scores de plaisir.



Résultats

Corrélation MADRS et :	UNIPOLAIRES		BIPOLAIRES	
	PA	PC	PA	PC
Spearman r	-0,311	-0,585	-0,878	0,185
P (test bilatéral)	0,19	0,0086	0,0016	0,60

Le plaisir anticipatoire est inversement corrélé au score à la MADRS dans les troubles bipolaires alors que c'est le plaisir consommatoire qui est inversement corrélé au score à la MADRS dans les troubles unipolaires

Corrélation du type de dépression et PA et PC	PA	PC
Spearman r	0,28	0,57
P (test bilatéral)	0,138	0,0011

Le plaisir consommatoire est significativement plus bas chez les patients bipolaires, par rapport aux patients unipolaires.

	TYPE de dépression	PC	MADRS
TYPE de dépression	*		
PC	0,5747	*	
MADRS	0,09145	-0,2434	*

Cette relation persiste, après ajustement pour le score MADRS ($r=0.62$, $p<0.0004$, test bilatéral)

Discussion

Le plaisir consommatoire est déterminant dans la sévérité dépressive dans les troubles unipolaires alors que le plaisir consommatoire est déterminant dans la sévérité dépressive du trouble bipolaire. Cependant dans notre échantillon, la population bipolaire a un niveau de plaisir consommatoire et anticipatoire plus bas. Après ajustement sur le score à la MADRS, les troubles bipolaires présentent un plaisir consommatoire plus bas que les troubles unipolaires. Cette caractéristique pourrait être un facteur de trait alors que l'atteinte du plaisir anticipatoire pourrait être un facteur d'état du trouble bipolaire. La population étudiée était uniquement féminine pour des raisons de facilité de recrutement. Cette hypothèse doit encore être vérifiée sur une population masculine.

Bibliographie :

- Horan WP, Kring AM, Blanchard JJ, 2006. Anhedonia in schizophrenia: a review of assessment strategies. Schizophrenia bulletin 32, 259-273.
- Favrod J, Ernst F, Giuliani F, Bonsack C; 2009. Validation française de l'échelle de l'expérience temporelle du plaisir. L'encéphale 35, 241-248.

P41 - UTILITÉ DES THÉRAPIES D'ACCEPTATION ET D'ENGAGEMENT DANS LA PRISE EN CHARGE DES PATHOLOGIES POST-TRAUMATIQUES

L. BUSSIERE, C. SEZNEC, J.B. GARRE, B. GOHIER

Les pathologies du traumatisme produisent un impact sur la santé mentale qui va bien au-delà du classique trouble de stress-post traumatique. Elles sont un problème de santé publique. La pluralité des traumatismes induit un vaste répertoire de réactions, s'étalant de l'état de stress post-traumatique complexe au phénomène de résilience en passant par le trouble de stress post-traumatique (TSPT), certains troubles de la personnalité, les comorbidités addictives, anxieuses, dépressives et conduites suicidaires.

Du côté thérapeutique, les consensus d'expert favorisent actuellement des psychothérapies bien définies avec ou sans traitement pharmaceutique. Les thérapies recommandées dans le cadre du TSPT, sont essentiellement les TCC centrées sur le traumatisme avec la thérapie d'exposition prolongée ainsi que l'EMDR. Pour autant, leurs apprentissages, leurs accessibilités, leurs acceptabilités, la spécificité de leur indication, et leurs portées, sont soumises à amélioration.

L'ACT, Thérapie d'Acceptation et d'Engagement, issue du contextualisme fonctionnel et de la théorie des cadres relationnels, pourrait être une alternative. Elle fait partie de la 3ème vague des TCC, cible le processus d'évitement expérientiel afin d'accroître la flexibilité psychologique. L'évitement expérientiel est la réticence à entrer en contact avec des expériences privées aversives (sensations physiques, émotions, pensées, souvenirs, tendances à l'action) autant que la tendance à altérer la forme ou la fréquence de ces événements et d'éviter les contextes qui les occasionnent. Cette revue de la littérature tente de répondre à la place et utilité de la thérapie ACT dans la prise en charge des pathologies du traumatisme. Bien que l'ACT, soit transdiagnostique, elle présente dans cette indication deux intérêts potentiels.

Du point de vue des patients, l'approche transdiagnostique des troubles concorde avec le polymorphisme de l'impact traumatique et la souffrance qui peut en découler. Les applications de l'ACT sont consistantes avec une approche plus dimensionnelle que catégorielle de la symptomatologie post-traumatique défendue par de nombreux spécialistes. Elle cible l'évitement expérientiel au cœur du maintien du TSPT, des traumatismes complexes et des autres conséquences problématiques pour l'individu. Elle met l'accent sur les compétences d'acceptation et de pleine conscience, qui sont suspectés d'être des facteurs de résilience. Elle a présenté une efficacité dans les cas de syndrome de stress-post traumatique, anciens résistants et/ou comorbides. Elle permet la prise en charge de plusieurs troubles simultanément, psychiatriques ou somatiques. Elle propose une alternative à ceux qui rebute l'exposition traditionnelle et à leur échappement au soin. Dans les différentes études répertoriées, elle présente une bonne acceptabilité pour les patients et pour les thérapeutes. Elle

Psychiatrie, sciences et société : nouveau, enjeux et débats

améliore la symptomatologie mais porte surtout son intérêt sur la qualité de vie de l'individu. Son accessibilité et sa délivrance semblent s'adapter aux larges besoins de santé publique dans ce domaine car elle est de courte durée et une formation acceptable peut être dispensée rapidement, sous supervision, aux thérapeutes qui le désirent sans bagage particulier.

Du point de vue des professionnels travaillant avec les survivants, l'abord différent de la souffrance humaine pourrait apporter des réponses au burn-out de ces professionnels et une prévention vis-à-vis de la traumatisation vicariante.

Parmi les thérapies faisant partie du contextualisme fonctionnel, on remarque que la Thérapie Dialectique de Linehan est un traitement de référence des troubles de la personnalité borderline, dont on connaît l'intrication avec les expositions aux maltraitances infantiles. La FAP (Functional Analytic Therapy) quant à elle, permettrait conjointement à l'ACT, de prendre en compte les dysfonctionnements interpersonnels et la phobie de l'intimité au cœur des traumatismes complexes.

P42 - TELEPSYCHIATRIC FOLLOW-UP IN THE PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA: IS THE EFFECT?

B. OZKAN (*), E. ERDEM (**), S. OZSOY DEMIREL (***), A. OZTÜRK (****)

* PhD, Assistant Professor, Yildirim Beyazit University, Faculty of Health Sciences, Ankara, Turkey.

** PhD, Assistant Professor, Erciyes University, Faculty of Health Sciences, Kayseri, Turkey.

*** Dr. Associate Professor, Erciyes University, Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Kayseri, Turkey.

**** Associate Professor, Erciyes University Department of Biostatistics, Faculty of Medicine, Kayseri, Turkey.

Objective :

This randomized-controlled experimental study was conducted to determine the effects of telepsychiatric follow-up on social functioning, drug adherence of the patients with schizophrenia in society.

Method :

This study was designed as a long-term follow-up study. This study was performed on totally 53 patients with schizophrenia, assigned to experiment (n=25) and control (n=28) groups. After discharge, patients were interviewed by telephone for 18 months, every two weeks regularly in average for 15 minutes. A standard, semi-structured interview form consisting of 7 questions were used for telephone follow-up. The Scales of Medication Adherence Rating, Social Functioning were applied for the patients with schizophrenia in experiment and control groups before education, after education, after 6, 12, 18 months telephone follow-up.

Results & Conclusions :

The mean scores of the patients with schizophrenia in experiment group the mean scores for adherence to treatment and social functioning scores were increased after psychoeducation, after discharge, 6, 12, 18 months telephone follow-up and difference was significant (p<0.001).

According to these results, the telepsychiatric follow-up induced increases in adherence to treatment and social functioning for of the patients with schizophrenia. Supporting the patients with schizophrenia telepsychiatric follow-up had positive impact on these patients. Telepsychiatric follow-up facilitates the patient's life in society.

Key words : Patients with schizophrenia, telepsychiatry, social functioning, adherence to treatment

P43 - VARIATION DES TAUX SÉRIQUES DE S100-BETA ET NEURON SPECIFIC ENOLASE DE SUJETS ALCOOLO-DÉPENDANTS APRÈS SEVRAGE D'ALCOOL

M. GIRARD1, D. MALAUZAT 1, P. NUBUKPO 1, 2.

1. Unité de Recherche, Centre Hospitalier Esquirol, Limoges

2. UMR/INSERM 1094/NET – Faculté de Médecine Limoges

La recherche d'indices biologiques de dépendance à l'alcool est nécessaire pour le développement de nouvelles thérapeutiques. Elle implique d'explorer les mécanismes physiopathologiques qui peuvent être modifiés, de préférence au niveau périphérique afin d'en faciliter la mesure.

Les phénomènes inflammatoires, la possible altération de la barrière hémato-méningée et des soutiens gliaux, et les dommages au niveau neuronal, semblent contribuer à l'expression pathologique générale.

Au niveau sérique, les dommages neuronaux peuvent se traduire par une modification des taux de neuron-specific enolase (NSE) présente dans tous les neurones. Les modifications des taux de S100 calcium binding protein B (S100 beta) peuvent indiquer une activation gliale, support des neurones. Ces deux molécules ont été peu ou pas étudiées dans le cas de la dépendance alcoolique et lors du sevrage.

Nous avons mesuré, au moment du sevrage, les taux sériques de S100 beta et de NSE chez 115 sujets (27 femmes et 88 hommes) dépendants à l'alcool et hospitalisés ; cette mesure a été répétée à 28 jours (J28), 2, 4 et 6 mois (M2, M4, M6). L'objectif était d'en décrire les variations, et de rechercher leur lien avec l'abstinence, l'envie de boire, la quantité d'alcool consommée et l'intensité de symptômes dépressifs, l'IMC.

Les taux moyens de NSE ne varient pas significativement après sevrage, au contraire des taux sériques de S100 beta qui augmentent significativement à J28 puis baissent, indépendamment de l'abstinence à 6 mois.

Au moment du sevrage, les taux de NSE, et leur variation, sont liés à l'IMC et à la symptomatologie dépressive.

La compréhension de l'évolution de la synthèse de ces deux protéines peut être importante pour comprendre la physiologie du sevrage ou de la dépendance, ou encore caractériser l'état neuronal des sujets dépendants à l'alcool.



P44 - LES EFFETS INDÉSIRABLES DES PSYCHOTROPES : UNE ÉTUDE PROSPECTIVE

H. ELKHABBAZI¹, A. KHADMAOUI¹, R. BENKIRANE², H. HAMI¹, H. SEFIANI², A. QUYOU¹, A. SOULAYMANI¹, R. SOULAYMANI-BENCHEIKH²

¹ Laboratoire de Génétique et Biométrie, Faculté des Sciences, Université Ibn Tofail, Kénitra, Maroc

² Centre Anti Poison et de Pharmacovigilance du Maroc, Rabat, Maroc

Introduction :

Un effet indésirable médicamenteux est défini comme étant une réaction nocive et non voulue à un médicament, se produisant aux posologies normalement utilisées chez l'homme pour la prophylaxie, le diagnostic ou le traitement d'une maladie ou la modification d'une fonction physiologique. L'objectif principal de cette étude est d'évaluer les effets indésirables des psychotropes.

Méthodes :

Il s'agit d'une étude prospective portant sur les cas ayant présenté des effets indésirables liés aux médicaments psychotropes, colligés à l'hôpital El Idrissi à Kénitra durant la période Avril 2012-Avril 2013.

La relation de cause à effet entre chaque médicament pris et la survenue d'un événement clinique ou para-clinique déterminé a été établie selon la méthode d'imputabilité française avec 7 scores possibles de 0 à 6.

Résultats :

Parmi les 114 cas d'effets indésirables médicamenteux notifiés, 27 cas sont dus aux psychotropes, soit une incidence de 23,6%. L'âge moyen des patients est de 29±5 ans. Le sex-ratio (F/H) est de 1,12. La majorité des patients ont reçu des antiépileptiques, soit 41,6% des cas, suivis des psycholeptiques (33,3%), des psychoanaleptiques (12,5%) et des anesthésiques (8,3%). Les types d'effets indésirables le plus souvent observés sont les troubles neurologiques (43,3%), les troubles gastro-intestinaux (33,3%) et les toxidermies (33,3%). La méthode française d'imputabilité a donné les résultats suivants : 35,4% des couples médicament-effet ont un score d'imputabilité I4, 31,3% un score I3, 27,1% un score I2 et 6,3% un score I1.

Conclusions :

La connaissance des effets secondaires des psychotropes est essentielle pour assurer que les psychotropes soient pris de façon responsable et efficace.

P45 - LE PSYCHIATRE MAROCAIN ET FRANÇAIS FACE AUX PERSONNALITÉS BORDERLINE , ANTISOCIALE ET HISTRIIONIQUE : QUELLE PRISE EN CHARGE EN REALITÉ ?

S. AZZAOU, L. EJJAKI, A. AMINE, M. SABIR, A. OUANASS

Hôpital Arrazi de Salé, Maroc

Centre Hospitalier de Montperrin, Aix en Provence

Introduction:

Les troubles de personnalité se définissent, selon l'approche catégorielle du DSM-VI-TR, comme une modalité durable de l'expression vécue et des conduites, qui dévie notablement de ce qui est attendu dans la culture de l'individu, se manifestant dans le domaine de la cognition, l'affectivité, le fonctionnement interpersonnel et/ou le contrôle des impulsions et engendrant une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants de la vie, souvent décelable au début de l'âge adulte.

Les personnalités borderlines, antisociales et histrioniques ont été rassemblées dans un même groupe dit « Cluster B » ou « Cluster des personnalités dramatiques et émotionnelles ». Ce regroupement n'est pas hasardeux, car outre les théories étiopathogéniques, ces 3 types de personnalités se croisent en termes d'évolution et de répercussions lourdes.

La fréquence des comorbidités psychiatriques, le caractère saillant de leurs traits, l'ampleur des dégâts palpés tant au niveau individuel que social et juridique font de ces 3 personnalités la hantise de nombreux praticiens, d'autant plus qu'elles nous renvoient souvent à la problématique de l'échec en matière de l'efficacité de notre prise en charge.

Objectifs de l'enquête :

- Faire le point sur l'état de connaissance de nos praticiens Marocains et de leurs confrères Français concernant le diagnostic et la prise en charge de ces 3 personnalités « à problèmes ».
- Mettre en exergue, à travers leur expérience, les difficultés de prise en charge, pharmacologiques et psychosociales, rencontrées en pratique.

Méthodologie :

- Etude descriptive, de type transversale, menée auprès des médecins (psychiatres et résidents en psychiatrie) exerçant au sein de l'hôpital universitaire psychiatrique Ar-razi, de Salé, ainsi que des psychiatres et internes du Centre hospitalier de Montperrin à Aix en Provence, réalisée durant le mois de Février /Mars 2015.
- Instrument utilisé : un auto-questionnaire explorant les connaissances théoriques des praticiens (définition, diagnostic et prise en charge thérapeutique), et les difficultés rencontrées, en pratique, face à ces 3 personnalités.

Résultats : En cours

Mots clés :

Personnalité, borderline, antisociale, histrionique, prise en charge.

Psychiatrie, sciences et société : nouveau, enjeux et débats

P46 - SCHIZOPHRÉNIE ET STRESS SOCIAUX : À PROPOS D'UNE ÉTUDE À L'EHS DRID HOCINE – ALGER

EH. ADJA^{AB}, M. TEDJIZA^{AB}

A. Hôpital Universitaire en Psychiatrie, Drid Hocine – Alger - B. Faculté de Médecine d'Alger

Introduction :

L'étiologie sociale des troubles psychiatriques, qui propose un lien causal entre les conditions de vie et l'occurrence des décompensations (la première et les rechutes ultérieures), n'est valable que dans la mesure où une évaluation contextuelle des stressors psychosociaux est appliquée. En effet, si les événements de vie sont évalués de leurs conséquences environnementales, ils perdent leur pouvoir explicatif dans l'incidence de ces troubles mentaux. Cependant, lorsqu'ils sont évalués en fonction des conditions de vie de la personne, ils deviennent des déclencheurs et des facteurs de maintien significatifs.

Méthodologie :

L'échantillon se compose de 270 patients (N = 270), qui ont reçu le diagnostic de trouble schizophrénique selon les critères du DSM IV- TR.

La collecte des événements de vie affrontés au cours des 12 derniers mois s'effectue au moyen de l'inventaire des événements de vie de Paykel.

Nous avons procédé selon deux étapes.

La première comprend une entrevue semi-structurée pour identifier les événements vécus dans dix domaines de vie. La seconde étape consiste à décrire les événements et à procéder à la cotation de plusieurs dimensions (le moment de survenue de l'événement, l'indépendance de l'événement et l'impact négatif objectif).

Résultats :

Pour l'ensemble de l'échantillon, nous avons identifié un total de 560 événements. Le domaine de vie dans lequel le pourcentage d'événements de vie stressant est le plus élevé est celui de la santé (30%). Le second domaine est celui des événements socio-familiaux (20%). Puis, les domaines des finances, du travail, des relations amoureuses et des événements conjugaux pour les patients mariés, regroupent respectivement 10 %, 07 %, 07% et 05% des événements pour l'ensemble de l'échantillon.

L'impact objectif négatif de l'évènement causal est jugé sévère ou marqué chez 43% des patients et comme modéré à léger chez 40% de cas. Tandis qu'on ne retrouve pas d'impact objectif négatif chez 17% des patients.

La certitude de la dépendance ou de l'indépendance de l'évènement est retrouvée dans seulement 32% des cas, soit 1/3 malade environ. Dans 2/3 des cas (68%), les événements étaient probablement dépendants ou indépendants voir incertitude totale quand à la dépendance ou pas de la maladie (33%).

Le moment de survenue : nous relevons que chez 1/2 malade (47,5%), les événements se sont produits dans les trois mois précédents l'hospitalisation.

Nombre d'EVS par malade : Près d'1/2 patient, a rapporté deux, trois voir plus EVS, tandis que 1/3 des patients en ont rapporté un seul EVS. 20% des cas n'ont pas rapporté d'EVS.

P47 - EMOTION EXPRIMÉE (EE) : A PROPOS D'UNE ÉTUDE A L'EHS DRID HOCINE – ALGER

EH.ADJA^{AB}, M. TEDJIZA^{AB}

A Hôpital universitaires de Psychiatrie, Drid Hocine Alger - B Faculté de médecine d'Alger

Introduction :

L'application en clinique du concept d'émotion exprimée (EE), développée en Angleterre a permis de montrer que les patients vivant dans des familles critiques et surimplyquées rechutaient significativement plus que les patients qui vivaient dans des familles ne présentant pas ces caractéristiques.

Des questionnaires semi-structurés, tels que le « Camberwell Family Interview », ont été élaborés afin d'évaluer ces attitudes familiales.

Méthode :

Les patients évalués avaient entre 20 et 56 ans et ont reçu le diagnostic de schizophrénie confirmé par les critères du DSM IV – TR (soit 33 patients au total).

L'atmosphère familiale a été évaluée au moyen de la cotation d'un discours de cinq minutes. Ce questionnaire permet d'évaluer le niveau d'émotion exprimée, correspondant au nombre de commentaires critiques et à la surimplycation émotionnelle mise en évidence.

Trois variables ont permis de décrire l'évolution de ces patients : La survenue d'une rechute, le nombre et la durée des hospitalisations et l'adaptation psychosociale.

Résultats :

Le taux de rechute est significativement plus élevé (33%) chez les patients vivant dans une famille à haute EE par rapport à ceux qui vivaient dans une famille à basse EE (13%).

Concernant le nombre d'hospitalisation, on observe une même tendance pour les deux groupes de patients, respectivement 55% pour les premiers (EE) et 60% pour les seconds (EE)

La proportion de patients avec un handicap important dans leur fonctionnement social est peu significative entre les deux groupes de patients. Elle est respectivement de 88% pour les patients vivant dans les familles à haute EE et de 73% pour les patients vivant dans une famille à basse EE.



L'ŒUDIPISME : A PROPOS D'UN CAS

MANAMANI R, FALK-VAIRANT M, GHODHBANE S, BEAUDET G, HASSAINE A.
Centre Hospitalier Interdépartemental, CLERMONT

Introduction :

L'auto-énucléation ou œdipisme est une forme d'automutilation majeure. Elle peut être uni ou bilatérale. Déjà décrite par Bergman en 1846, c'est Blonnel en 1906 qui utilise le terme œdipisme en référence à la légende d'œdipe roi de Sophocle.

Cas clinique : Homme de 54 ans admis en SPDT après un séjour aux urgences d'ophtalmologie, pour une auto-énucléation de l'œil droit avec ses doigts, à l'origine d'une endophtalmie et d'une cécité, ayant nécessité une prothèse oculaire. Ce patient n'a jamais eu de suivi psychiatrique. Fils unique, célibataire et sans emploi, il vit avec ses parents qui le décrivent comme passif, solitaire et introverti. Depuis 5 ans il s'est confiné au domicile, mange seul, présente un comportement bizarre, et se frotte parfois les yeux. Inquiète, sa mère l'a sollicité plusieurs fois pour consulter un médecin. Devant le refus et l'agressivité dont il fait preuve elle abandonne. Dès l'admission, son comportement est marqué par des gestes manuels stéréotypés, brefs, impulsifs et dirigés vers son œil gauche avec intention de le mutiler. Ils s'arrêtent brusquement, peuvent se répéter plusieurs fois par jour et ont tendance à disparaître pendant le sommeil. A cette gestuelle s'associent retrait, passivité, perte de l'initiative, émoussement de l'affect, hermétisme, pauvreté du discours, banalisation et indifférence totale vis-à-vis de la gravité de son geste. Il n'exprime pas d'idéation délirante, ni d'hallucination. Il ne manifeste pas de rituel obsessionnel. L'évaluation psychométrique n'a pas objectivé de déficit intellectuel. Le bilan toxicologique est sans anomalies. Le diagnostic d'une schizophrénie déficitaire a été retenu. Un traitement associant neuroleptiques incisifs, anxiolytiques, bandages protecteurs des mains et surveillance stricte a amélioré considérablement ses troubles avec notamment disparition quasi complète des mouvements stéréotypés même après l'enlèvement des bandes de protection. A noter que le suivi en ophtalmologie a été maintenu.

Discussion : l'œdipisme peut être symptomatique d'un état psychotique aigu ou chronique notamment schizophrénique. Il peut aussi s'observer chez les toxicomanes, les états limites et dans certains déficits intellectuels ou pathologies autistiques. Dans le cas de notre patient l'auto-énucléation a été la manifestation pathologique majeure bien que les troubles semblent évoluer depuis quelques années sous forme d'un état psychotique déficitaire sans suivi psychiatrique. La gravité de ce passage à l'acte pourrait en partie s'expliquer par le retard du diagnostic et l'absence de prise en charge.

Conclusion : L'œdipisme est une urgence rare et grave. Elle nécessite un suivi multidisciplinaire. Son pronostic dépend de la rigueur de la prise en charge qui met en jeu une coopération étroite entre l'ophtalmologiste, le psychiatre et le neurochirurgien si nécessaire.

HOPPER, UN ABSOLU DE SOLITUDE.

Dr. Joëlle Skriabine
Praticien Hospitalier
GH Paul Guiraud
94800 Villejuif

Argument :

Nous partons du principe qu'une œuvre d'art témoigne de la vie inconsciente de son auteur. La peinture de Hopper nous transmet un vécu d'intense solitude. Que peut ajouter un regard orienté par les concepts psychanalytiques freudiens revisités par Lacan.

L'objet regard est mis en œuvre par la tache de couleur rouge toujours présente dans ses tableaux. Cette tache d'un rouge plus ou moins profond sollicite notre regard pour l'obliger à s'en détacher et regarder le reste du tableau.

Les hommes et les femmes, le regard ailleurs, semblent être toujours côte à côte, sans que leur regard se croise.

C'est comme s'il n'y avait pas de rencontre possible entre ces hommes et ces femmes, mais une juxtaposition d'existences. Il n'y a pas non plus d'enfant peint dans ses toiles, pas d'enfant qui fasse lien.

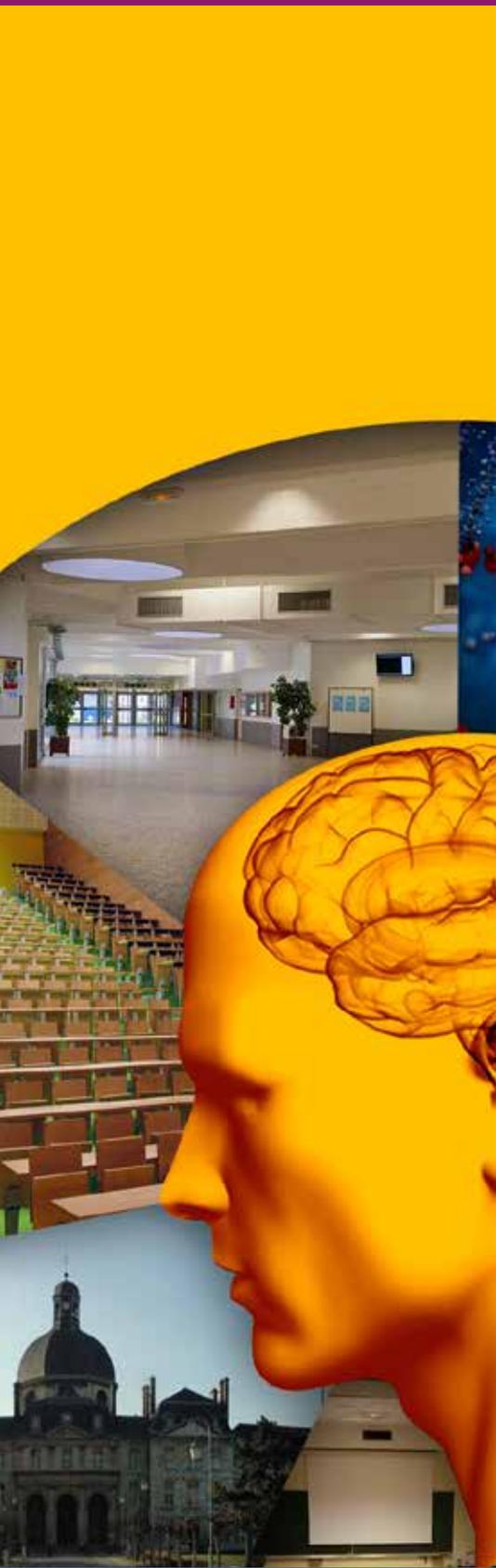
Nous est rendu sensible une impasse entre les sexes, où l'homme semble parler, la femme écouter, attendre. Position défensive de l'un qui utilise les mots pour dire son désir, position d'attente de l'autre qui dans l'expression de ce désir espère y trouver un écho en elle avant d'y répondre.

Lacan nous parle des impasses du désir sexuel qui s'exaspèrent quand un sujet obsessionnel va craindre fantasmatiquement que l'autre ne lui ravisse son organe phallique, ou quand un sujet hystérique va être insatisfait de ne se penser que dépositaire des objets sexuels sous tendus par le fantasme du désir de l'autre.

A cet absolu de regard mis en scène dans le tableau répond un autre absolu, celui de solitude entre les deux sexes qui est comme retranscrit via l'émotion qui nous submerge à la contemplation de ces tableaux.



INDEX DES AUTEURS



Psychiatrie, sciences et société :

nouveautés, enjeux et débats

ABLA	P34	COURCIERAS	P28
ADJA	P46 - P47	CROUE	P28
ALIBENSAAD	P22	CURT	P08
AMARI	P39	DAOUDI	P07
AMINE	P45	DE ROA	P36
AMRANE	P39	DELAMILLIEURE	O604
AOUADI	P22 - P23	DERGUINI	P35
AUCHAPT	P37	DJENDI	P22
AZZAOUI	P45	DJIDJLI	P16 - P17 - P18
BARDHI	P26	DONNEAU	P36
BAUD	O601	DUBOC	O801
BAYLE	A2	DUBOIS	O502
BEAUREPAIRE (de)	A5	DUBOIS	O503
BELAID	O902	DUFOUR	P37
BEN BACHA	P39	EDEL	A4
BENABBAS	P09 - P10 - P11 - P12 - P13 - P14 - P15	EJJAKI	P45
BENATMANE	O901 - P09 - P10 - P11 - P13 - P14 - P15	EL KIHHEL	P39
BENDALI	P34	ELKHABBAZI	P44
BENELMOULOU	P09 - P10 - P11 - P13 - P14 - P15	ERDEM	P42
BENHADID	P12	ESTINGOY	P37
BENKIRANE	P44	FERRERI	O302
BENOIT	O1002	FROSSARD	P37
BENRABOUH	P12	GAILLEDREAU	P24
BENREDJEM	P12	GARRE	P41
BENSAIDA	P16 - P17 - P18	GHEYSEN	O604
BETHON	P37	GIRARD	P43
BLACHERE	O202	GOHIER	P41
BLANC	P08	GORNEANU	P30
BONVALOT	O603	GRANGEON	P05
BOUALLAG	P12	HAMI	P44
BOUGUERMOUH	P35	HERON	P36
BOULAKROUN	P12	HODÉ	O701 - P40
BOUSSAA	P34	HODY	P28
BOUSTIL	P12	HOUADEF	P22 - P23
BOYER-LABROUCHE	P29	HUET	O402
BRUNO	P08	JAMAIN	O303
BUSSIERE	P41	KEBIR	O802
CABIE	P30	KHADMAOUI	P44
CAPURON	O1102	KHERROUBI	P21
CHOPIN	A3	KHODJA	P12
CLEMENT	P27	KOEGEL	P39



KRAJA	P25	PARERA	P33
LACOSTE	P06	PARIS	P36
LAKAF	P07	PARISOT	P37
LE STRAT	O602	PASQUIER	P33
LELE	P36	PETIT	P02
LEROUX	P30	PIRAS	P33
LETROUIT	O301	PIRON	P30
LETUFFE	P04	PONSON	P36
LUKEBA	P03	PRADAYROL	P28
MADOUÏ	P34	PROUDNIKOVA	P40
MALAUZAT	P43	QUYOU	P44
MAMPUNZA	P03	RAHMOUN	P12
MANANGA	P03	REGEMBAL	P37
MANETTI	A6	REVOL	O402
MANN	P27	RIHANE	P20
MARCHAND	P06	ROUSSEAU	P38
MARINESCU	P28	SABIR	P45
MARZLOFF	O304	SADKI	P19
MEZIANE	P39	SALOME	P37
MOKHTARI	P23	SEFIANI	P44
MONTELEAU (de)	O101	SEGHIR	P34
MOUCHABAC	O1103 - A8	SEMAOUNE	P20
MOUFFOK	P19	SERMAGE	P33
MOUSSAOUI	P12	SEZNEC	P41
NABHAN-ABOU	O1003	SHAHINI	P25 - P26
NDJUKENDI	P03	SMIT	P27
NGALAMULUME	P03	SOULAYMANI	P44
NICOLAIEFF	A1	SOULAYMANI-BENCHEIKH	P44
NICOLAS	P38	TEDJIZA	P46 - P47
NOBLE	O501	TEMHACHET	P12
NSIALA	P03	THIBAUT	O201
NUBUKPO	P43	TOURNEMIRE (de)	O1001
NUSS	O803 - P08	URSULET	P06
OLIVIER	P33	VANIER	O401
ORAIN-PELISSOLO	O1101	VAUTIER	O102 - P38
OSTERMANN	P38	VERRECCHIA	A7
OUANASS	P45	VIOLLET	P28
OUKALI	P07 - P31 - P32	WILLARD	O702
OZKAN	P42	YAKHLEF	P31 - P32
OZSOY DEMIREL	P42	YKHLEF	P12
OZTÜRK	P42	ZEGHIB	P22 - P23P

La
Psychiatrie
dans **TOUS** ses états

13 ème
CONGRÈS INTERNATIONAL
DE L'ASSOCIATION DE RECHERCHE ET
DE SOUTIEN DE SOINS EN PSYCHIATRIE GÉNÉRALE