

La Psychiatrie

dans TOUS ses états

SITE INTERNET:
www.arspg.org

Psychiatrie des Amériques : dialogue, renouveau et renouvellement



DU 25 AU 28 MARS 2014

LES SALONS DE L'AVEYRON
17, rue de l'Aubrac - Paris 12^{ème}

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

PROGRAMME FINAL / LIVRE DES ABSTRACTS

Contact : arspg@d-s-o.fr
Inscriptions : 01 53 26 03 70
Logistique : 04 74 96 93 07

2^{ème} journée francophone de la Psychiatrie
Vendredi 28 mars 2014
Salons de L'Aveyron (salle CARLADES)

UPMC
SORBONNE UNIVERSITÉS



La psychiatrie des Amériques : dialogue, renouveau et renouvellement

PRÉSIDENTE DU CONGRÈS

Pr. Dawn VELLIGAN (San Antonio, USA)

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)
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

ÉDITORIAL DU CONGRÈS ARSPG 2014

ACTUALITÉ ET RICHESSE DU DIALOGUE DE LA PSYCHIATRIE FRANCOPHONE AVEC CELLE DES AMÉRIQUES

Une porte s'entrouvre aux urgences ou dans un service de psychiatrie. On entrevoit furtivement un homme, une femme en prise avec les tourments de la pathologie mentale. Ils se débattent ou se tiennent immobiles, leur expression est perdue ou désespérée. Pour le regard exercé d'un psychiatre qu'il soit de Californie, du Brésil ou de France, quelques secondes à peine suffisent pour concevoir la nature du trouble entrevu et assembler mentalement un cortège sémiologique et contextuel vraisemblable. Peut-on à ce titre considérer que la pathologie mentale est identique partout dans le monde ? Ou bien cela n'est-il vrai que pour ses formes extrêmes ? Faudrait-il donc œuvrer encore davantage pour des définitions et une analyse communes de la pathologie mentale en raison de son universalité ? Mais alors comment expliquer la persistance de différences notables dans les traditions psychiatriques des différents pays du monde ? Ne sont-elles que culturelles ?

Afin de concevoir la nature de la pathologie mentale, deux universaux apparemment opposés semblent encore aujourd'hui vouloir se partager les faveurs des cliniciens ou des chercheurs. Pour certains, les contraintes neurobiologiques associées aux maladies mentales sont identiques sous toutes les latitudes car elles correspondent aux contraintes liées aux modalités de fonctionnement du système nerveux central de l'espèce humaine. De même qu'une sclérose en plaque ou une insuffisance coronarienne présentent des caractéristiques identiques d'un continent à l'autre, de même, le substratum de l'angoisse, du délire, de la dépression sont-ils superposables d'un sujet à l'autre quelle que soit son origine ? Tout au plus, accepte-t-on l'existence de différences d'expressivité du trouble en fonction des particularités culturelles de chaque pays, de chaque région. Pour d'autres, la construction identitaire autant que celle des réseaux neuronaux ne se conçoit qu'au sein d'une société. L'homme, animal social, presque plus que cellulaire, met en œuvre au cours de son développement des stratégies d'intégration autant que d'individuation afin de participer et de se développer au sein de son groupe social. Les pathologies mentales sont alors comprises comme le témoignage de la faillite autant des modalités en jeu lors des processus d'individuation/intégration que de celle de l'ajustement aux difficultés environnementales passées ou contemporaines. Dans un cas, une psychiatrie universelle neurobiologique à expressivité culturelle, dans un autre, une psychiatrie psycho-développementale à engrammage neurocognitif ne pouvant être comprise que dans son contexte socio-culturel.

Lorsqu'on part à la rencontre des différentes traditions psychiatriques de notre planète, une question se pose donc. Est-il préférable d'en identifier les invariants et de cerner ce qui ferait le cœur de notre spécialité, une sorte de plus petit dénominateur commun psychopathologique, ou, au contraire, est-il plus fructueux d'être attentif et de comprendre les différences développées par chaque tradition afin de mieux concevoir la diversité et la plasticité des états mentaux ? Dans ce contexte, et à titre d'exemple, la publication récente du DSM 5 nous donne l'occasion d'une réflexion sur les difficultés à définir une classification des troubles mentaux à la fois exacte, opératoire et universelle. La lettre S du DSM – le S de statistique –, peut servir de pivot à cette réflexion. Si, comme dans la société nord-américaine, le S vise à identifier les items statistiquement différents de la norme chez les malades lorsqu'ils sont examinés par un regard quantitatif, ce même S dans les sociétés latines est davantage représentatif de la dispersion des données et comment un principe organisateur qualitatif permet d'identifier un même trouble sous deux apparences différentes. Il s'agit certes de différences importantes de point de vue, mais les cliniciens d'ici ou de là sont d'accord sur un point : la perte de fonctionnalité des individus dans un environnement donné et le besoin manifeste d'aide psychopharmacologique réunit ces deux approches.

Conscient des importants mouvements d'idées dans le champ psychiatrique, mais aussi des enjeux socio-économiques qui contraignent les pratiques de soin et de recherche, nous avons souhaité cette année élargir la réflexion sur nos référentiels et nos pratiques en mettant en présence, à propos de sujets psychiatriques communs, des acteurs du soin des maladies mentales de trois grandes traditions psychiatriques. C'est ainsi que l'Amérique du Nord, celle du Sud et la psychiatrie francophone proposeront leurs visions, priorités, pratiques, fondements et limites dans le champ du soin des pathologies mentales. Cette approche ne vise pas à parvenir à une sorte d'Espéranto psychiatrique, mais cherche à aider à mieux comprendre les équilibres qui permettent à chacune de ces traditions psychiatriques de mettre en œuvre un soin adapté et pertinent. Car il s'agit bien de cela, de parvenir à mieux comprendre le barycentre de chaque tradition, cet équilibre dynamique entre invariants et particularismes, modèles de référence et contraintes socioéconomiques et réglementaires, dogmes et pratiques. Pour ce faire, nous accueillerons cette année des collègues des États-Unis d'Amérique et du Canada, du Brésil, de Suisse, d'Algérie, du Liban et du Maroc toujours dans cet esprit de dialogue et de partage des pratiques qui caractérise notre réunion annuelle, La psychiatrie dans tous ses états.

A l'issue des communications, un temps de discussion sera toujours proposé afin de permettre d'échanger avec les intervenants, de faire part de son expérience. Des moments informels aux périodes de pause et de repas permettront aussi de poursuivre de façon conviviale cette 12^{ème} édition de notre Congrès.

Bon congrès à tous et merci de votre fidélité.

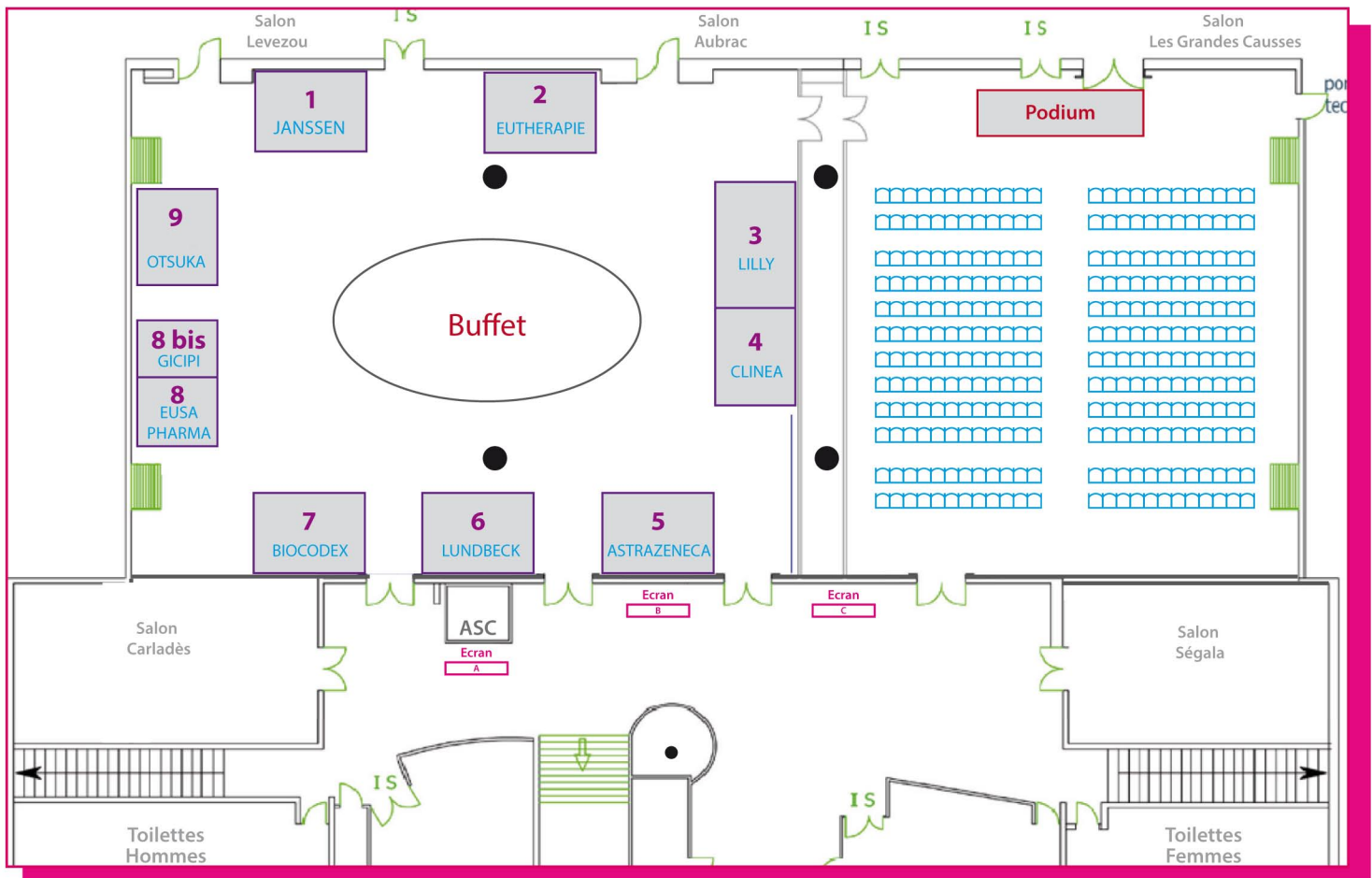
Professeur Charles-Siegfried PERETTI
Président de l'ARSPG

SOMMAIRE

Éditorial	2
Plan de l'exposition et liste des exposants	4
Synopsis	5
Les ateliers de formation	6
PROGRAMME DÉTAILLÉ	
Mardi 25 mars 2014	7
Mercredi 26 mars 2014	8
Jeudi 27 mars 2014	9
Vendredi 28 mars 2014	10
2ème journée francophone	11
INFORMATIONS IMPORTANTES	
Informations générales	12
Informations Air France	13
Informations aux intervenants et auteurs	14
Le congrès de A à Z	15
LIVRE D'ABSTRACTS	
Communications orales	16
Communications posters	30
Index des auteurs	49

La psychiatrie des Amériques : dialogue, renouveau et renouvellement

PLAN DE L'EXPOSITION



Liste des exposants







Remerciements :

Le Professeur Dawn VELLIGAN, présidente du congrès, le Professeur Charles-Siegfried PERETTI, président de l'ARSPG, ainsi que les membres des Comités Scientifique et d'Organisation adressent leurs plus vifs remerciements aux partenaires et sponsors.



SYNOPSIS

MARDI 25 MARS 2014	MERCREDI 26 MARS 2014	JEUDI 27 MARS 2014	VENREDI 28 MARS 2014
	<p>ATELIER N°2 SPONSORISÉ PAR LE LABORATOIRE ASTRAZENECA : TROUBLE BIPOLAIRE ET COMORBIDITÉS 8h30-9h30</p> <p>RÉHABILITATION : CONFRONTATION DES PRATIQUES USA – FRANCE 9h30 - 10h30</p> <p>SYMPOSIUM  EUTHÉRAPIE Dépression et comorbidités : quelles conséquences dans nos pratiques ? 11h00 - 12h30</p> <p>INTERVENTION CLINÉA 12h30 - 12h40</p>	<p>ATELIER N°4 : TRAITER L'AGITATION AUJOURD'HUI 8h30-9h30</p> <p>STRESS POST TRAUMATIQUE 9h30 - 10h30</p> <p>SYMPOSIUM  Antipsychotiques d'action prolongée dans la schizophrénie : quelle expertise, quelles pratiques en 2014 ? 11h00 - 12h00</p>	<p>ATELIER N°6 : QUEL CONTINUUM ENTRE L'HYPERACTIVITÉ CHEZ L'ENFANT ET LES TROUBLES DE L'HUMEUR CHEZ L'ADULTE ? 9h00-10h00</p> <p>LES ÉTATS DÉPRESSIFS 10h00 - 11h30</p> <p>REMISE DES PRIX POSTERS 11h30 - 12h00</p>
	COCKTAIL DÉJEUNATOIRE	COCKTAIL DÉJEUNATOIRE	COCKTAIL DÉJEUNATOIRE
<p>OUVERTURE DU CONGRÈS 14h00-14h30</p> <p>APPORTS DE LA PSYCHANALYSE EN PSYCHIATRIE AUJOURD'HUI : REGARDS CROISÉS AVEC L'AMÉRIQUE DU SUD 14h30 - 16h00</p> <p>PSYCHIATRIE ET SOCIÉTÉ : PROBLÈMES ÉMERGENTS 16h30 - 18h00</p> <p>ATELIER N°1 : L'HYPNOSE AUJOURD'HUI : APPLICATION EN PSYCHOPATHOLOGIE 18h00-19h00</p>	<p>SYMPOSIUM  Prise en charge de la schizophrénie : les enjeux de la continuité des soins 14h00 - 15h00</p> <p>TROUBLE BIPOLAIRE, SOCIÉTÉ ET ENJEUX 15h30 - 17h00</p> <p>ATELIER N°3 : NEUROMODULATION DANS L'ANXIÉTÉ : ENJEUX CLINIQUES ET PHARMACOLOGIQUES 17h00 - 18h00</p>	<p>SYMPOSIUM  Otsuka Pharmaceutical France SAS Stratégie thérapeutique dans la prise en charge des schizophrénies 13h30 - 14h30</p> <p>CLASSER ET TRAITER LES PSYCHOSES AUJOURD'HUI 14h30 - 15h30</p> <p>PÉRINATALITÉ 16h00 - 18h00</p> <p>ATELIER N°5 : LES EFFETS INDÉSIRABLES DES TRAITEMENTS : QUELLE APPROCHE ET QUELLE PRISE EN CHARGE ? 18h00 - 19h00</p>	<p>2ÈME JOURNÉE FRANCO-PHONE DE PSYCHIATRIE SALON CARLADES 8h45 - 16h00</p> <p>NOUVEAU SESSION SUGGESTIONS DES CONGRÉSSISTES 13h30 - 16h30</p>

La psychiatrie des Amériques : dialogue, renouveau et renouvellement

LES ATELIERS DE FORMATION

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

**ATELIER N°1 : L'HYPNOSE AUJOURD'HUI :
APPLICATION EN PSYCHOPATHOLOGIE**

Dr. Marie-Victoire CHOPIN (Paris)

Mardi 25 mars 2014 de 18h00 à 19h00

**ATELIER N°2 : SPONSORISÉ PAR LE LABORATOIRE ASTRAZENCA
TROUBLE BIPOLAIRE ET COMORBIDITÉS**



Dr. Florian FERRERI (Paris)

Mercredi 26 mars 2014 de 8h30 à 9h30

**ATELIER N°3 : NEUROMODULATION DANS L'ANXIÉTÉ :
ENJEUX CLINIQUES ET PHARMACOLOGIQUES**

Dr. Philippe NUSS (Paris)

Mercredi 26 mars 2014 de 17h00 à 18h00

ATELIER N°4 : TRAITER L'AGITATION AUJOURD'HUI

Dr. Bluenn QUILLEROU (Paris)

Judi 27 mars 2014 de 8h30 à 9h30

**ATELIER N°5 : LES EFFETS INDÉSIRABLES DES TRAITEMENTS :
QUELLE APPROCHE ET QUELLE PRISE EN CHARGE ?**

Dr. Stéphane MOUCHABAC (Paris)

Judi 27 mars 2014 de 18h00 à 19h00

**ATELIER N°6 : QUEL CONTINUUM ENTRE L'HYPERACTIVITÉ CHEZ
L'ENFANT ET LES TROUBLES DE L'HUMEUR CHEZ L'ADULTE ?**

Dr. Naïma BOUKHALFA (Pontoise) et Dr. Xavier FARGEAS (Beaumont-sur-Oise)

Vendredi 28 mars 2014 de 9h00 à 10h00

RAPPEL : COÛT DE L'ATELIER SUPPLÉMENTAIRE :

Tarif jusqu'au
19 février 2014 inclus

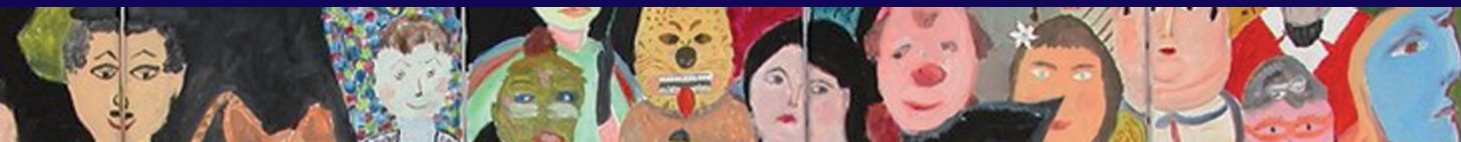
55 € TTC / atelier

Tarif à partir du
20 février 2014

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 25 MARS 2014

14h00 - 14h30 OUVERTURE DU CONGRÈS
Pr. Dawn VELLIGAN (San Antonio, USA)
Pr. Charles-Siegfried PERETTI (Paris)

APPORTS DE LA PSYCHANALYSE EN PSYCHIATRIE AUJOURD'HUI : REGARDS CROISÉS AVEC L'AMÉRIQUE DU SUD O1

Président de séance : Pr. Christian HOFFMANN (Paris)

14h30 - 15h00 IMAGES DU CORPS O1.01
Pr. Joël BIRMAN (Rio de Janeiro, Brésil)

15h00 - 15h30 BRÉSIL : QUELS ENJEUX ? O1.02
Mme Tereza PINTO (Savador de Bahia, Brésil)

15h30 - 16h00 PSYCHANALYSE ET PSYCHIATRIE AU BRÉSIL : ÉTATS DES LIEUX O1.03
Pr. Christian HOFFMANN (Paris)

16h00 - 16h30 PAUSE CAFÉ

PSYCHIATRIE ET SOCIÉTÉ : PROBLÈMES ÉMERGENTS O2

Président de séance : Pr. Gérard SCHMIT (Reims)

16h30 - 17h00 NOUVELLES PARENTALITÉS O2.01
Pr. Gérard SCHMIT (Reims)

17h00 - 17h30 NOUVEAUX STRESS PROFESSIONNELS O2.02
Dr. Fabienne JAWORSKI (Garches)

17h30 - 18h00 LES ENTREPRENEURS SUR LE DIVAN : UNE APPROCHE PSYCHOLOGIQUE, DES
PERSPECTIVES THÉRAPEUTIQUES O2.03
Dr. Marie-Victoire CHOPIN (Paris)

18h00 - 19h00 ATELIER N°1
L'HYPNOSE AUJOURD'HUI :
APPLICATION EN PSYCHOPATHOLOGIE
Dr. Marie-Victoire CHOPIN (Paris)

La psychiatrie des Amériques : dialogue, renouveau et renouvellement

MERCREDI 26 MARS 2014

8h30 - 9h30

ATELIER N°2 SPONSORISÉ PAR LE LABORATOIRE ASTRAZENECA
TROUBLE BIPOLAIRE ET COMORBIDITÉS
Dr. Florian FERRERI (Paris)

RÉHABILITATION : CONFRONTATION DES PRATIQUES USA - FRANCE O3
Président de séance : Dr. Christian GAY (Garches)

9h30 - 10h00

**HOW TO PERFORM REHABILITATION IN SCHIZOPHRENIA:
HOW TO IMPROVE SOCIAL SKILLS ? O3.01**
Pr. Dawn VELLIGAN (San Antonio, USA)

10h00 - 10h30

**LE CLUBHOUSE : UNE EXPÉRIENCE INNOVANTE EN FRANCE
REPOSANT SUR 65 ANS DE PRATIQUE AUX ÉTATS-UNIS O3.02**
Dr. Christian GAY (Garches)

10h30 - 11h00

PAUSE CAFÉ

11h00 - 12h30

SYMPOSIUM LABORATOIRE EUTHÉRAPIE
Dépression et comorbidités : quelles conséquences dans nos pratiques ?
Président de séance : Pr. Charles-Siegfried PERETTI (Paris)
1- Dépression et TAG : nouvelles données – Pr. Philippe COURTET (Montpellier)
2- Dépression et troubles psychotiques : état des lieux – Pr. Guillaume VAIVA (Lille)
3- Dépression et comorbidités somatiques : en pratique – Dr. Stéphane MOUCHABAC (Paris)

 EUTHÉRAPIE

12h30 - 12h40

INTERVENTION CLINÉA - FAUT-IL CONDAMNER LES BENZODIAZÉPINES? - Dr. Patrick LEMOINE

12h40 - 14h00

COCKTAIL DÉJEUNATOIRE

14h00 - 15h00

SYMPOSIUM LABORATOIRE ASTRAZENECA
Prise en charge de la schizophrénie : les enjeux de la continuité des soins
Président de séance : Dr. David MISDRAHI (Bordeaux)
1- L'alliance thérapeutique dès la prise en charge d'un épisode psychotique aigu – Dr. Michel BENOIT (Nice)
2- Optimisation de la continuité des soins après l'hospitalisation – Dr. Marie-Cécile BRALET (Clermont de l'Oise)

 AstraZeneca

15h00 - 15h30

PAUSE CAFÉ

TROUBLE BIPOLAIRE, SOCIÉTÉ ET ENJEUX O4
Président de séance : Pr. Christophe ARBUS (Toulouse)

15h30 - 16h00

TROUBLE BIPOLAIRE CHEZ L'ENFANT ET L'ADOLESCENT O4.01
Pr. David COHEN (Paris)

16h00 - 16h30

TROUBLE BIPOLAIRE CHEZ L'ÂGÉ O4.02
Pr. Christophe ARBUS (Toulouse)

16h30 - 17h00

UNE CONSULTATION DE BIPOLAIRES EN VILLE : QUELS ENJEUX ? O4.03
Dr. Didier PAPETA (Brest)

17h00 - 18h00

ATELIER N°3
NEUROMODULATION DANS L'ANXIÉTÉ : ENJEUX CLINIQUES ET PHARMACOLOGIQUES
Dr. Philippe NUSS (Paris)

JEUDI 27 MARS 2014

8h30 - 9h30

ATELIER N°4

TRAITER L'AGITATION AUJOURD'HUI
Dr. Bluenn QUILLEROU (Paris)

STRESS POST-TRAUMATIQUE O5

Président de séance : Dr. Gaëlle ABGRALL-BARBRY (Paris)

9h30 - 10h00

LES INTERVENTIONS MENTALES BRÈVES EN SITUATION DE CONFLIT ARMÉ OU DE CATASTROPHE ONT-ELLES UN IMPACT SUR LE DÉVELOPPEMENT DES ÉTATS DE STRESS POST-TRAUMATIQUE ? : UNE ÉTUDE DE MÉDECINS SANS FRONTIÈRES O5.01

Dr. Matthew COLDIRON (Paris)

10h00 - 10h30

PRISE EN CHARGE HOSPITALIÈRE DU PTSD O5.02

Dr. Gaëlle ABGRALL-BARBRY (Paris)

10h30 - 11h00

PAUSE CAFÉ

11h00 - 12h00

SYMPOSIUM LABORATOIRE JANSSEN

Antipsychotiques d'action prolongée dans la schizophrénie : quelle expertise, quelles pratiques en 2014?

Président de séance : Pr. Philippe COURTET (Montpellier)

Intervenants : Dr. Ludovic SAMALIN (Clermont-Ferrand) et Dr. Bruno GIORDANA (Nice)



12h00 - 13h30

COCKTAIL DÉJEUNATOIRE

13h30 - 14h30

SYMPOSIUM LABORATOIRE OTSUKA

Stratégie thérapeutique dans la prise en charge des schizophrénies

Président de séance : Pr. Charles-Siegfried PERETTI (Paris)

1- Les aspects déterminants du pronostic lors d'une prise en charge précoce - Dr. Maxime BUBROVSZKY (Lille)

2- Quelle posologie pour votre antipsychotique ? Dr. Ludovic SAMALIN (Clermont-Ferrand)



CLASSER ET TRAITER LES PSYCHOSES AUJOURD'HUI O6

Président de séance : Dr. Gilles VIDON (Paris)

14h30 - 15h00

SCHIZOPHRÉNIES ET DSM 5 O6.01

Pr. Charles PULL (Luxembourg)

15h00 - 15h30

COMPLIANCE THÉRAPEUTIQUE DES PSYCHOTIQUES O6.02

Dr. Gilles VIDON (Paris)

15h30 - 16h00

PAUSE CAFÉ

PÉRINATALITÉ O7

Président de séance : Pr. Alain VANIER (Paris)

16h00 - 16h30

LA SPÉCIFICITÉ DU DIAGNOSTIC EN PÉRINATALITÉ O7.01

Pr. Bernard GOLSE (Paris) et Dr. Monique BYDLOWSKI (Paris)

16h30 - 17h00

LES TROUBLES DE L'HUMEUR EN PÉRINATALITÉ :
DE L'APPROCHE BIOLOGIQUE À LA TRANSPARENCE PSYCHIQUE O7.02

Dr. Naïma BOUKHALFA (Pontoise)

17h00 - 17h30

LA PÉRINATALITÉ EN HÔPITAL GÉNÉRAL O7.03

Dr. Catherine AGBOKOU (Paris)

17h30 - 18h00

CONCLUSION SUR L'APPORT DE LA PSYCHOPATHOLOGIE À LA NEUROBIOLOGIE O7.04

Pr. Alain VANIER (Paris)

18h00 - 19h00

ATELIER N°5

LES EFFETS INDÉSIRABLES DES TRAITEMENTS :
QUELLE APPROCHE ET QUELLE PRISE EN CHARGE ?

Dr. Stéphane MOUCHABAC (Paris)

La psychiatrie des Amériques : dialogue, renouveau et renouvellement

VENDREDI 28 MARS 2014

9h00 - 10h00

ATELIER N°6

QUEL CONTINUUM ENTRE L'HYPERACTIVITÉ CHEZ L'ENFANT ET LES TROUBLES DE L'HUMEUR CHEZ L'ADULTE ? APPROCHES NEUROBIOLOGIQUE, PSYCHOPATHOLOGIQUE ET THÉRAPEUTIQUE
Dr. Naïma BOUKHALFA (Pontoise) et Dr. Xavier FARGEAS (Beaumont sur Oise)

LES ÉTATS DÉPRESSIFS 08

Président de séance : Pr. Louis JEHEL (Fort de France)

10h00 - 10h30

GUIDELINE DES TRAITEMENTS DES DÉPRESSIONS CHRONIQUES 08.01

Dr. Florian FERRERI (Paris)

10h30 - 11h00

PRATIQUES THÉRAPEUTIQUES ANTIDÉPRESSIVES : L'EXPÉRIENCE CANADIENNE 08.02

Pr. Guy CHOUNARD (Montréal, Québec)

11h00 - 11h30

DEUIL OU DÉPRESSION ? POSITION DU DSM 5 08.03

Pr. Louis JEHEL (Fort de France)

11h30 - 12h00

REMISE DES PRIX POSTERS

12h00 - 13h30

COCKTAIL DÉJEUNATOIRE

NOUVEAU - SESSION SUGGESTIONS DES CONGRÉSSISTES 09

Président de séance : Pr. Dominique PRINGUEY (Nice)

13h30 - 14h00

LES PSEUDOMAINS CHIRURGICALES :
SYMPTOMATOLOGIES PSYCHOSOMATIQUES EN CHIRURGIE 09.01

Pr. Alain-Charles MASQUELET (Paris)

14h00 - 14h30

PREMIER ÉPISODE BIPOLAIRE OU PSYCHOSE DÉBUTANTE ?
VARIABLES PRONOSTIQUES 09.02

Dr. Frédéric KOCHMAN (Lille)

14h30 - 15h00

TRAITER LES TROUBLES DU SOMMEIL CHRONIQUES 09.03

Pr. Dominique PRINGUEY (Nice)

15h00 - 15h30

TCC DES TROUBLES ANXIEUX 09.04

Dr. Eric TANNEAU (Paris)

15h30 - 16h00

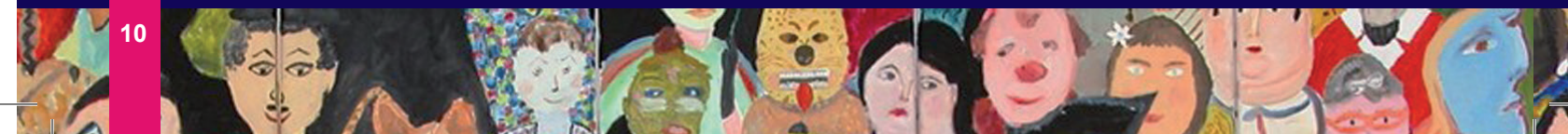
PRISES EN CHARGE DES VICTIMES DE TRAUMATISME :
LE POINT DE VUE DE L'AVOCAT 09.05

Me Martine MOSCOVICI (Paris)

16h00 - 16h30

PROPOS DE CONCLUSION GÉNÉRALE

Pr. Charles-Siegfried PERETTI (Paris)



VENDREDI 28 MARS 2014

SALLE CARLADES : 2^{ÈME} JOURNÉE FRANCOPHONE DE PSYCHIATRIE

Présidents de séance : Pr. Sami TAWIL (Paris) et Dr. Amine MIHOUBI (Paris)

8h45 - 9h00	INTRODUCTION Pr. Charles-Siegfried PERETTI (Paris) et Dr. Amine MIHOUBI (Paris)
9h00 - 9h30	LA MODERNITÉ, L'ÉVACUATION DE LA DIMENSION TRANSCENDANTALE, L'IMPACT SUR LES MODALITÉS DE LA MANIFESTATION DE L'ANXIÉTÉ Dr. Hamza BENAÏSSA et Pr. Abdelkrim KELLOU (Alger, Algérie)
9h30 - 10h00	EMPIRISME, RATIONALISME ET PARTICULARISMES ÉPISTÉMOLOGIQUES EN PSYCHIATRIE : ENTRE GAIN D'ORDRE ET RÉSERVES MÉTHODOLOGIQUES Pr. Mohamed TEDJIZA (Alger, Algérie)
10h00 - 10h30	L'IDÉALISME PASSIONNÉ : PEUT-IL ENCORE PASSIONNER LE PSYCHIATRE ? Pr. Farid KACHA (Alger, Algérie)
10h30 - 11h00	PAUSE CAFÉ
11h00 - 11h30	ÉCOLE FRANCOPHONE DE PSYCHIATRIE ET DSM 5 : OPPOSITION OU COMPLÉMENTARITÉ ? Pr. Wadih NAJA (Beyrouth, Liban)
11h30 - 12h00	LA PSYCHIATRIE LIBANAISE : CREUSET DU DIALOGUE FRANCO-AMÉRICAIN Pr. Sami RICHA (Beyrouth, Liban)
12h00 - 13h30	COCKTAIL DÉJEUNATOIRE
13h30 - 14h00	PRATIQUE DE SOINS EN ADDICTOLOGIE AU MAROC Pr. Jallal TOUFIQ (Salé, Maroc)
14h00 - 14h30	CONCEPTUALISATION ET ADÉQUATION DES DIFFÉRENTS DSM AU COURS DE CES SOIXANTE DERNIÈRES ANNÉES, UNE ÉVOLUTION, UNE TRADUCTION DE LEURS ÉPOQUES ? Pr. André DE NAYER (Biesme, Belgique)
14h30 - 15h00	DES CLINIQUES PSYCHIATRIQUES PRIVÉES AU MAGHREB : RÉALITÉ OU UTOPIE ? L'EXPÉRIENCE MAROCAINE Dr. Hachem TYAL (Casablanca, Maroc)
15h00 - 16h00	TABLE RONDE : IVRESSE, ÉTATS MODIFIÉS DE CONSCIENCE : PLACE DE L'ALCOOL M. Eric TUBIANA (Paris), Pr. Abdelkrim KELLOU (Alger), Dr. Hamza BENAÏSSA (Alger)

La psychiatrie des Amériques : dialogue, renouveau et renouvellement

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 également 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 25 au 28 mars 2014 (soit 3,5 jours) AVEC 1 ATELIER AU CHOIX OFFERT	336 € TTC jusqu'au 19 février 2014 inclus	396 € TTC à partir du 20 février 2014
Forfait Psychologue du 25 au 28 mars 2014 (soit 3,5 jours) AVEC 1 ATELIER AU CHOIX OFFERT	226 € TTC jusqu'au 19 février 2014 inclus	280 € TTC à partir du 20 février 2014
Forfait interne / infirmier / étudiant en psychologie du 25 au 28 mars 2014 (soit 3,5 jours) AVEC 1 ATELIER AU CHOIX OFFERT	210 € TTC jusqu'au 19 février 2014 inclus	246 € TTC à partir du 20 février 2014

FORMATIONS

L'ARSPG est inscrite auprès de la DIRECCTE et en respecte les règles.
L'ARSPG dispose d'un numéro de formation n° 11940676994.

ACCÈS

COMMENT SE RENDRE AUX SALONS DE L'AVEYRON ?

En voiture : sortie Porte de Bercy, direction Paris centre, 1ère sortie Bercy Cour Saint-Emilion.

Par métro : station Cour Saint-Emilion, ligne 14.

Par autobus : ligne 24 ou 64, Arrêt Dijon Lachambaudie

Parking à proximité :

Parking Saint-Emilion, Vinci Park

Parking Bercy Terroir, Vinci Park

Parking Gare de Bercy, Effia,



BUREAU DU CONGRÈS • ORGANISATION LOGISTIQUE

• PENDANT LE CONGRÈS :

Bureau d'accueil du congrès, niveau RDC
Les Salons de l'Aveyron
17, rue de l'Aubrac 75012 Paris
Tél. : 01 44 74 88 07
Fax : 01 44 74 88 12

• OUVERTURE :

Mardi 25 mars 2014 : 13h00 – 19h00
Mercredi 26 mars 2014 : 8h00 – 18h00
Jeudi 27 mars 2014 : 8h00 – 19h00
Vendredi 28 mars 2014 : 8h30 – 16h00

• APRÈS LE CONGRÈS :

DSO
Eric TORDJMAN
Nadège SCOTTON
Sophie MARGERIDON

15, rue Cugnot 75018 PARIS
Tél. : 01 53 26 03 70
Fax : 01 53 26 03 72
arspg@d-s-o.fr



INFORMATIONS AIR FRANCE



AIR FRANCE ET KLM GLOBAL MEETINGS

ÉVÉNEMENT : 12^{ÈME} CONGRÈS DE L'ARSPG, LA PSYCHIATRIE DANS TOUS SES ÉTATS

- CODE IDENTIFIANT : 20552AF
- VALABLE POUR TRANSPORT : DU 20/03/2014 AU 02/04/2014
- 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 1.901.231.625 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

La psychiatrie des Amériques : dialogue, renouveau et renouvellement

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. 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 les Salons LEVEZOU et AUBRAC, et le foyer situés niveau -1 près de la Salle de conférences LES GRANDS CAUSSES.

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 13h00 le mardi 25 mars 2014

DÉMONTAGE : à partir de 13h30 le vendredi 28 mars 2014

Les posters qui ne seront pas récupérés le vendredi 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 vendredi 28 mars 2014 de 11h30 à 12h00.

VOUS ÊTES FORMATEUR :

Les ateliers de formation se déroulent dans la même salle que les sessions plénières située au niveau -1.

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 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 ont été mis en place. Participation optionnelle et sur inscription obligatoire. Les ateliers se déroulent dans la Salle de conférences située au niveau -1.

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 dans les Salons AUBRAC et LEVEZOU situés au niveau -1 (même niveau que la salle plénière), au coeur même de l'exposition afin de faciliter les échanges entre les partenaires de l'industrie pharmaceutique et les congressistes.

CONFÉRENCES :

Les conférences auront lieu dans le Salon LES GRANDS CAUSSES au niveau -1.

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

EXPOSITION :

L'exposition est située dans les Salons AUBRAC et LEVEZOU, niveau -1 (même niveau que la salle plénière).

JOURNÉE FRANCOPHONE :

Cette année la journée francophone a lieu en parallèle du congrès dans le salon CARLADES situé au niveau -1 le vendredi 28 mars 2014.

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.

TRADUCTION :

Certaines interventions seront traduites. Des casques vous seront remis à l'entrée de la conférence. N'oubliez pas de les rendre aux hôtesses à la sortie de la salle.

La psychiatrie des Amériques : dialogue, renouveau et renouvellement

LIVRE D'ABSTRACTS
COMMUNICATIONS ORALES

APPORTS DE LA PSYCHANALYSE EN PSYCHIATRIE AUJOURD'HUI : REGARDS CROISÉS AVEC L'AMÉRIQUE DU SUD

O101 - CORPS, IMAGE ET TRANSFORMATIONS CORPORELLES

Pr. Joël BIRMAN (Rio de Janeiro, Brésil) et Pr. Christian HOFFMANN (Paris)

On peut dire que dans la tradition culturelle brésilienne il n'y a pas seulement une acuité majeure au registre du corps, mais aussi un rapport plus souple à l'égard de l'identité sociale. On peut ajouter que ces traits culturels sont beaucoup plus présents dans les nouvelles modalités civilisatrices que dans les anciennes, qui sont représentés ici par la tradition européenne.

C'est sur ces axes de lecture qu'on peut comprendre qu'un pays comme le Brésil soit à l'avant-garde de la chirurgie esthétique au niveau international. En raison de la mouvance de l'identité sociale et des identifications, qui ne sont donc pas figées. C'est à cause de ça que les brésiliens peuvent croire refaçonner sans cesse la corporéité et les mouvements du corps, par des gymnastiques et la danse.

C'est à partir de cette interprétation d'ensemble qu'on peut remarquer, pas seulement la sensibilité de la tradition scientifique brésilienne à l'égard du corps, mais aussi comment les troubles du corps sont présents dans les expériences sociales et dans la clinique. Ce qui veut dire par conséquent que si le malaise contemporain se montre à outrance par le corps, le Brésil peut être un laboratoire scientifique et culturel pour la recherche de la condition du corps aujourd'hui.

O103 - PSYCHANALYSE ET PSYCHIATRIE AU BRÉSIL : ÉTATS DES LIEUX

Pr. Joël BIRMAN (Rio de Janeiro, Brésil) et Pr. Christian HOFFMANN (Paris)

On peut dire que la psychiatrie brésilienne a commencé à être construite au milieu du XIX^e siècle, à Rio de Janeiro, avec la construction de l'asile impérial Pedro II. C'était le point d'arrivée d'un ensemble de mesures de santé publique et d'hygiène sociale qui ont marqué la modernité de la société brésilienne dans la direction de la médicalisation de l'espace social. Tout cela est arrivé avec la transformation politique du Brésil qui s'est déplacé de la condition de colonie du Portugal vers la constitution de l'Empire. Ce que nous essayerons de développer en articulant cette construction de la psychiatrie au Brésil avec les différents paradigmes médicaux et psychanalytiques.

La psychiatrie des Amériques : dialogue, renouveau et renouvellement

PSYCHIATRIE ET SOCIÉTÉ : PROBLÈMES ÉMERGENTS

O201 - NOUVELLES PARENTALITÉS

Pr. Gérard SCHMIT, Professeur de Pédopsychiatrie, UFR de Médecine de Reims

La définition de la parentalité, l'exercice des fonctions parentales, dans chaque culture, sont étroitement liés aux normes culturelles s'appliquant à l'organisation familiale d'une part, aux processus de transmission intergénérationnelle, d'autre part.

Dans nos sociétés post-industrielles, la référence symbolique dominante de la famille reste celle de la famille nucléaire, famille composée de deux parents hétérosexuels et de leur(s) enfant(s), en relation plus ou moins étroite avec les familles élargies. S'ajoutait à cela, il y a encore peu, le partage des tâches parentales selon une différenciation en paternel/maternel. Avec l'arrivée des "nouveaux pères" dans les années 70/80, cette différenciation s'est estompée au profit d'un partage plus large des fonctions parentales entre père et mère.

La notion de nouvelles parentalités inclut un ensemble très hétérogène de conditions parentales en écart par rapport à la référence "famille nucléaire", parmi lesquelles celles issues des différents types de procréation médicalement assistée, de la grossesse pour autrui, de l'homoparentalité, de la monoparentalité juridique, de l'adoption, ... Pour certaines de ces conditions, très peu d'études sont disponibles.

En fait, le changement le plus important et le plus profond nous semble plutôt résider dans les modifications du rapport entre lien d'alliance et lien de filiation, telles que les a décrites, en 1989, le démographe Louis ROUSSEL, dans son livre "La famille incertaine". La fragilisation des liens d'alliance, l'augmentation de la divorcialité, la recherche du bonheur individuel au détriment de la stabilité familiale, mais aussi la place centrale prise par l'enfant au sein de la famille, ébranlent les représentations dites traditionnelles (en fait correspondant à la modernité) de la famille.

La séparation parentale a été étudiée par les psychologues et les psychiatres sous l'angle de l'étude de ses effets pathogènes directs sur la santé mentale infantile. Les sociologues, quant à eux, l'ont appréhendée sous l'angle de ses effets sur le niveau socio-économique des familles ou sous celui des particularités des "familles monoparentales" ou des "familles recomposées".

Les effets de la séparation parentale sur la réorganisation de l'environnement familial de l'enfant ont été moins étudiés. Pourtant, l'aide de spécialistes de l'enfance à un enfant en ayant besoin nécessite un certain degré de modélisation de son environnement familial, à partir de sa réalité d'ensemble. Ainsi, nous avons proposé le terme de "constellation familiale complexe" pour définir l'environnement familial de l'enfant, après la séparation de ses parents, constellation formée de deux noyaux familiaux ou plus. La structure de la constellation se différencie de celle de la famille (nucléaire ou non) par une hétérogénéité sur le plan de l'appartenance et sur celui du partage de mythes familiaux. Elle entraîne souvent une pluriparentalité de fait, n'ayant guère de support symbolique et encore moins de support juridique. Les particularités structurelles de la constellation ont des effets sur l'exercice de la parentalité mais aussi sur les relations réciproques entre parents et enfant. Un degré supplémentaire de complexité dans les relations familiales peut créer des risques supplémentaires de difficultés qu'il faut savoir reconnaître. L'acceptation de la réalité de la constellation par chacun de ses membres, ouvrant sur des pratiques nouvelles de coopération et d'échange, est susceptible d'en faire une structure aussi propice qu'une autre à l'éducation et à l'épanouissement des enfants.

O202 - NOUVEAUX STRESS PROFESSIONNELS

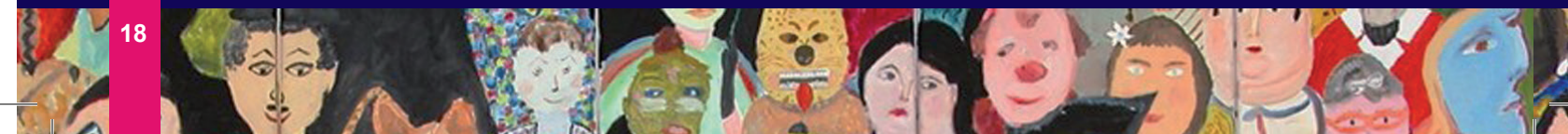
Dr. Fabienne JAWORSKI - Praticien attaché en consultation « souffrance et travail » Service de Pathologie Professionnelle du Pr. D'ESCATHA-Hôpital Raymond Poincaré

Les conditions de travail font souvent référence à la pénibilité physique ou l'inconfort au poste de travail. Si la pénibilité physique est de moins en moins importante, avec le développement des nouvelles technologies et l'avènement du secteur tertiaire, les conditions de travail sont de plus en plus difficiles, c'est un véritable paradoxe. Pour répondre à cette évolution, le terme « risques psycho-sociaux » est apparu au début des années 2000 pour évaluer et qualifier les conditions de travail et a été défini par le ministère du travail « comme risques professionnels d'origines et de natures variées, qui mettent en jeu l'intégrité physique et la santé mentale des salariés, et ont, par conséquent, un impact sur le bon fonctionnement des organisations ».

Nous n'avons jamais été autant envahi dans notre quotidien de termes comme stress au travail, risques psychosociaux, souffrance au travail, mal être professionnel, burn out... Sujet à la mode ou véritable fléau de notre société, dans tous les cas, assez inquiétant pour que le législateur s'y intéresse, après la loi de modernisation sociale, c'est le rapport Nasse-Légeron, puis le rapport « Bien-être et efficacité au travail » de Lachmann, qui font un constat et des propositions. Le stress au travail apparaît comme un risque professionnel auquel les entreprises, quelle que soit leur importance, doivent faire face.

Selon l'INRS, on parle de stress au travail quand une personne ressent un déséquilibre entre ce qu'on lui demande de faire dans le cadre professionnel et les ressources dont elle dispose pour y répondre. Si le stress défini de manière générale est positif quand il est maîtrisé, il devient problématique lorsqu'il submerge l'individu. Du stress aigu au stress chronique, différents modèles théoriques tentent d'expliquer le déséquilibre amenant à des manifestations de décompensation psychique, physique et/ou comportementale.

A travers cette présentation, nous allons tenter de répondre aux questions suivantes : Pourquoi parle-t-on de nouveaux stress ? Est-ce lié à l'évolution du monde du travail, de notre société et/ou des attentes de l'individu ? Quelle conséquence sur la santé ? Comment intervenir : acteurs et outils ?



O203 - LES ENTREPRENEURS SUR LE DIVAN : UNE APPROCHE PSYCHOLOGIQUE, DES PERSPECTIVES THÉRAPEUTIQUES

Dr. Marie-Victoire CHOPIN (Paris)

Malgré les bénéfices notoires de l'intelligence émotionnelle, les exigences de la vie en entreprise et le management classique ont toujours maintenu le monde interne des émotions à l'écart. La rationalité cartésienne est considérée comme supérieure aux émotions qui, elles, risquent de biaiser le bon jugement. Mais, comme nous le savons tous, les émotions sont un excellent moteur : elles soufflent la passion, elles motivent. Bonne humeur, confiance, paix intérieure... Mais aussi nostalgie, spleen, inquiétude, agacement... Toujours présentes, toujours influentes, elles accompagnent chaque moment de notre vie, et sans émotion il n'y a pas d'action.

Nombre de dirigeants s'inscrivent aujourd'hui à des programmes de coaching en intelligence émotionnelle ou entreprennent une démarche de psychothérapie visant, pour les uns, une recherche de bien-être et d'équilibre, et, pour les autres, une prise en charge des troubles anxieux, de l'humeur, du burn-out. L'objectif de la prise en charge est de dépasser les déceptions et une baisse d'estime de soi pour les aider à découvrir la façon dont leur personnalité et leurs affects déterminent leur manière de diriger et de manager leurs équipes.

RÉHABILITATION : CONFRONTATION DES PRATIQUES USA - FRANCE

O301 - REHABILITATION IN SCHIZOPHRENIA: IMPROVING OUTCOMES

Pr. Dawn I. Velligan (San Antonio, USA)

This presentation will describe two types of behaviorally based interventions have been found to improve social outcomes in schizophrenia Cognitive Adaptation Training and Social Cognition Training. Cognitive Adaptation Training is a psychosocial treatment designed to bypass cognitive impairments in schizophrenia and improve functional outcomes. CAT uses signs, alarms, checklists, and the organization of belongings to cue and sequence adaptive behavior in the home and work environment. A number of randomized, rater-blinded trials have found CAT to improve adherence to medication, reduce symptomatology, improve social and occupational functioning and to decrease rates of relapse in comparison to standard care and active control treatments. CAT sessions are conducted weekly for 9 months and treatment gains are maintained with monthly booster sessions. Implementation of CAT in other countries has shown improvements functional outcome with 4 months of treatment by a CAT specialist which is then turned over to a case manager. Social cognition refers to the ability to adaptively infer the thoughts and feelings of others in social situations. Social Cognition and Interaction Training (SCIT) and other methods of social cognition training improve social functioning for patients with schizophrenia by focusing on processing social information, and helping patients to make better guesses about the meaning of communications. A more recent adaptation of SCIT known as Mary, Eddie, Bill a simple heuristic to interpret social situations that can automatically be applied in everyday situations.

O302 - LE CLUBHOUSE : UNE EXPÉRIENCE INNOVANTE EN FRANCE REPOSANT SUR 65 ANS DE PRATIQUE AUX ÉTAT-UNIS

Pr. Christian GAY (Garches)

Le concept de clubhouse a été importé des Etats-Unis où a été créé il y a plus d'un demi-siècle le Fountain House.

Le principe du clubhouse est d'offrir un lieu de vie à des personnes fragilisées au plan psychique afin de faciliter leur socialisation et leur réinsertion professionnelle.

Son originalité est liée à l'absence de médicalisation, à une participation active de chaque membre dans le fonctionnement interne du club et une réinsertion professionnelle facilitée par des emplois de transition. Des contrats de partenariats ont été conclus avec des entreprises ou des administrations. Ils donnent accès à des emplois, occupés à plein temps ou à temps partiel, pour une durée de plusieurs mois renouvelables. Un cadre du clubhouse a accès au lieu de travail afin d'accompagner l'entreprise dans son embauche tout en soutenant un membre qui débute ou qui rencontre des difficultés.

L'intérêt du projet de réinsertion vient de ce qu'il articule les notions de « club » et de « travail » dans une approche globale de l'accompagnement.

La notion de « club » présente l'avantage de dé-stigmatiser les troubles mentaux en créant une communauté de personnes fragilisées (appelées membres) désireuses de sortir de leur isolement et de retrouver un lien social. Le principe est celui de la mobilisation de tous les membres du club en suscitant l'appropriation par chacun de l'institution et de ses programmes. Les participants sont appelés " membres ", pour souligner le sens d'appartenance à un groupe et l'importance de la contribution de chacun. On devient membre à vie, si souhaité et nécessaire.

Fonctionnant maintenant depuis plus de 2 ans, le « 80 quai de Jemmapes » est le premier club à avoir été créé en France et a rejoint la liste des 350 clubhouses répartis dans le monde qui accueillent 60.000 membres. L'ICDD (International Center for Clubhouse Development), constitué en 1994, a émis des règles de fonctionnement et des normes qui définissent le modèle type de clubhouse ayant pour but la réinsertion de ses membres.

La psychiatrie des Amériques : dialogue, renouveau et renouvellement

TROUBLE BIPOLAIRE, SOCIÉTÉ ET ENJEUX

O401 - BIPOLARITÉ CHEZ L'ENFANT ET L'ADOLESCENT

Pr. David COHEN - GH Pitié-Salpêtrière, APHP, UPMC - CNRS UMR 7222 Institut des Systèmes Intelligents et Robotiques

L'existence du trouble bipolaire chez l'adolescent est bien établie. Pourtant la question de savoir si la bipolarité existe chez l'enfant est beaucoup plus controversée malgré de nombreuses études publiées depuis 15 ans. Je propose de (1) rapidement lister les problèmes posés et les principales controverses ; (2) me centrer sur la forme typique de l'adolescent, qualifiée par certains de « phénotype étroit » et sa prise en charge en détaillant les études récentes ; (3) montrer en adoptant une perspective développementale que le trouble bipolaire de l'adolescent et le « trouble bipolaire pédiatrique » ne constituent pas une même entité ni deux troubles sur un même continuum ; (4) commenter brièvement l'introduction de la catégorie diagnostique « dysrégulation tempéramentale avec dysphorie » dans le DSM-V.

O402 - LES TROUBLES BIPOLAIRES DU SUJET ÂGÉ

Pr. Christophe ARBUS - Professeur des Universités - Praticien Hospitalier
Centre Hospitalier Universitaire de Toulouse-Purpan
Unité Inserm 825 « Imagerie et handicaps neurologiques »

Chez les sujets âgés, la prise en charge des troubles bipolaires, bien que moins fréquents que chez l'adulte jeune, se heurte à des difficultés à la fois diagnostiques, thérapeutiques et pronostiques. Au risque de trop simplifier la question, nous pouvons reconnaître chez une personne âgée présentant un épisode d'allure maniaque les deux situations suivantes : le vieillissement d'un trouble ancien et connu ; l'apparition de novo d'une symptomatologie qui est alors souvent secondaire à une affection organique. Il est parfois évoqué les cas de bipolarisation tardive d'un trouble de l'humeur. Ces situations sont sans doute rares mais ne doivent pas être ignorées. Les thymorégulateurs sont des molécules à fort « potentiel » cognitif chez le sujet âgé. Les malades ne bénéficient plus d'un suivi spécialisé structuré et les traitements ne sont plus adaptés depuis longtemps. Les décisions prises autour de l'utilisation de psychotropes ne trouvent pas d'arguments de preuve suffisamment robustes et les pratiques en deviennent hétérogènes. Les troubles cognitifs sont au cœur de la maladie bipolaire, même dans les phases intercurrentes. Chez le sujet âgé, le profil cognitif des patients bipolaires fait débat. Existe-t-il un déclin avec la durée d'évolution de la maladie ? Quel est l'impact de la sévérité des troubles sur le risque d'évoluer vers un syndrome démentiel ? Ces questions relancent les discussions autour du concept de démence vésanique. Les recherches doivent se développer avec l'utilisation des nouvelles techniques d'imagerie cérébrale et de mise en évidence de marqueurs biologiques.

O403 - UNE CONSULTATION POUR PATIENTS PORTEURS D'UN TROUBLE BIPOLAIRE EN VILLE : QUELS ENJEUX ?

Dr. Didier PAPETA - 60 rue de Lyon - 29200 Brest - d.papeta@orange.fr

Depuis une vingtaine d'années, les thérapeutiques des troubles bipolaires ont nettement évolué ainsi que les connaissances sur les mécanismes qui peuvent être mis en cause dans leur déclenchement. Les conséquences de ces avancées, en termes de suivi des patients, nécessitent donc une implication active des praticiens qui n'est pas toujours possible dans les structures de soins hospitalières ou extrahospitalières en dehors des centres Experts comme ceux de la fondation Fondamental. L'existence de praticiens libéraux spécialisés dans le repérage, le suivi et les thérapeutiques des patients porteurs de troubles bipolaires et donc capables de servir de relais en ambulatoire constitue probablement un atout complémentaire pour permettre à ces patients un meilleur fonctionnement quotidien, une meilleure adaptation sociale et pour optimiser leur qualité de vie.

Après une introduction sur les modalités de sa pratique quotidienne, l'auteur développera à partir de quelques exemples cliniques les intérêts et les enjeux d'un suivi rapproché en pratique libérale pour les sujets porteurs d'un trouble bipolaire.

STRESS POST-TRAUMATIQUE

O501 - INTERVENTIONS COURTES EN SANTÉ MENTALE DANS DES CONTEXTES DE CONFLITS ET D'URGENCES HUMANITAIRES : DONNÉES DE QUATRE PROGRAMMES DE MÉDECINS SANS FRONTIÈRES – FRANCE

Dr. Matthew COLDIRON (Paris)

Contexte

Les troubles mentaux, particulièrement les troubles anxieux et les troubles de l'humeur, sont prévalents dans le contexte des urgences humanitaires, que ce soit des catastrophes naturelles ou des urgences créées par l'homme. Les évidences soutenant les stratégies d'intervention les mieux adaptées sont limitées. Médecins Sans Frontières a fourni des soins de santé mentale pendant les urgences depuis plus de deux décennies. Dans le but de tirer des leçons communes, nous comparons les données de quatre expériences récentes.

Méthodes

Les soins de santé mentale offerts par MSF sont basés sur le modèle des consultations thérapeutiques de Winnicott pour les enfants. On a adapté ce modèle pour les adultes et pour différents contextes culturels, en utilisant des thérapeutes expatriés avec interprètes ainsi que des thérapeutes locaux. Nous suivons les principes de la psychothérapie psychodynamique et interpersonnelle. Les diagnostics ont été faits suivant les critères du DSM-IV.

Résultats

En Chine, 564 patients ont bénéficié d'un suivi moyen de 7 consultations après un séisme important. Les diagnostics les plus fréquents étaient le PTSD et d'autres troubles anxieux. Entre le moment de l'enregistrement et la sortie du programme, le GAF médian a augmenté de 65 à 80. Au moment de l'entrée dans le programme, 58 % des patients ont été évalués comme ayant une symptomatologie modérée ou sévère ; cette proportion avait diminué pour atteindre 14 % à la sortie du programme. En Colombie, dans un contexte de violence chronique, 2411 patients ont bénéficié d'un suivi moyen de deux consultations. Les troubles anxieux et la dépression sévère étaient les diagnostics les plus courants, et 76 % des patients avaient une symptomatologie modérée à sévère à l'entrée du programme ; 91 % ont présenté une amélioration symptomatique à la sortie. A Gaza, 1357 patients ont été suivis pendant une médiane de 9 consultations ; la majorité était âgée de <15 ans. Les PTSD et d'autres troubles anxieux étaient les diagnostics les plus courants, et 91 % avaient une symptomatologie modérée à sévère à l'entrée du programme ; 89 % ont présenté une amélioration symptomatique à la sortie. En Cisjordanie, les 1478 patients avaient des caractéristiques similaires à ceux enregistrés à Gaza ; 88 % avaient une symptomatologie modérée à sévère à l'entrée du programme ; 88 % ont présenté une amélioration clinique à leur sortie.

Discussion et évaluation

Ces données démontrent la faisabilité de la mise en place d'interventions de santé mentale à la fois courtes et efficaces dans une variété de contextes humanitaires – après des catastrophes naturelles, pendant un conflit armé, et lors des violences chroniques. Les diagnostics cliniques les plus courants étaient le PTSD, d'autres troubles anxieux et troubles d'humeur. L'utilisation de thérapeutes locaux ayant reçu une formation spécifique et s'étant focalisés sur les capacités d'adaptation et l'amélioration de la fonctionnalité à court terme a probablement contribué à l'amélioration symptomatique observée chez la majorité des patients sur les quatre sites.

Conclusions

Les soins de santé mentale sont une partie essentielle des soins de santé à offrir en réponse aux urgences humanitaires. Dans des contextes divers, nous avons montré des résultats positifs des interventions courtes. Des recherches approfondies sont nécessaires pour évaluer et pour améliorer davantage les interventions de santé mentale pendant les urgences humanitaires.

Une version de ce rapport a été publiée sous le titre suivant :

Coldiron ME, Llosa AE, Roederer T, Casas G, et Moro M-R. Brief mental health interventions in conflict and emergency settings: an overview of four Médecins Sans Frontières – France programs. *Conflict and Health* 2013, 7:23

La psychiatrie des Amériques : dialogue, renouveau et renouvellement

O502 - LA PRISE EN CHARGE HOSPITALIÈRE DE L'ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE

Dr. G. ABGRALL-BARBRY - Praticien Hospitalier, Responsable de l'Unité de Psychiatrie-Psychotraumatologie-Addiction
Hôpital Tenon, 4 rue de la Chine – 75020 Paris - gaelle.abgrall-barbry@tnn.aphp.fr

Les névroses traumatiques d'Oppenheim, l'automatisme psychologique de Janet, le syndrome de reviviscence, le stress dépassé, l'état de stress post-traumatique... Autant de termes utilisés au cours de l'histoire de la psychiatrie afin de décrire une réalité clinique qui a longtemps été niée ou ignorée des soignants.

Depuis plus de 10 ans, l'unité de psychiatrie de Tenon est identifiée par les instances de santé publique, les autorités judiciaires et administratives (conseil local de santé mentale) ainsi que par les associations de patients (victimes d'agressions, patients dépendants abstinentes) comme une unité de référence, en Ile de France, prenant en charge le psychotraumatisme tant dans le contexte aigu en soutien pour les CUMP que dans la prise en charge des états de stress post-traumatiques et de leurs troubles associés.

Dans le cadre de l'hospitalisation, 10 des 20 lits de l'unité sont dédiés à la prise en charge de l'état de stress post-traumatique. Lors de son hospitalisation, chaque patient va pouvoir bénéficier d'un traitement psychothérapeutique (en individuel et en groupe) et médicamenteux. Mais au-delà de cette prise en charge classique, nous avons souhaité prendre en compte la dimension de souffrance corporelle chez nos patients présentant un état de stress post-traumatique, ce d'autant que la majorité des patients hospitalisés dans l'unité ont été victimes d'agression physiques et sexuelles. Nous avons donc développé des prises en charges complémentaires à travers plusieurs types d'ateliers thérapeutiques et en particulier deux ateliers de danse thérapie, un atelier de QI-QUONG (gymnastique chinoise) et des séances d'acupuncture relationnelle.

CLASSER ET TRAITER LES PSYCHOSES AUJOURD'HUI

O601 - SCHIZOPHRÉNIES ET DSM-5

Pr. Charles PULL - Centre Hospitalier de Luxembourg

Pendant plus d'un siècle, la nosographie de la schizophrénie et de ses formes cliniques n'avait pas changé de façon significative depuis les descriptions initiales proposées par Kraepelin et Bleuler. Le Manuel Statistique et Diagnostique des Troubles Mentaux ou DSM avait certes introduit, dans sa troisième édition ou DSM-III, des critères diagnostiques explicites, monothétiques et polythétiques, pour préciser le diagnostic de la schizophrénie aussi bien que de ses formes cliniques, mais il s'était tenu par ailleurs, pour l'essentiel, aux concepts classiques, kraepelinien et bleulerien, à une exception près, dans la mesure où il accordait une importance particulière à certains symptômes, dits « de premier rang », de Kurt Schneider. Les éditions suivantes, le DSM-III-R et le DSM-IV (le DSM-IV-TR se limitant à une révision du texte mais ne changeant en rien ni la structure ni le contenu de la classification), n'ont apporté que peu de modifications à la version introduite dans le DSM-III. Il en va tout autrement du DSM-5 qui s'écarte sur de nombreux points des éditions précédentes et qui s'oriente avec détermination vers des directions nouvelles : abandon des formes cliniques de la schizophrénie en faveur d'une évaluation dimensionnelle des signes et des symptômes, relativisation de l'importance des symptômes de premier rang, place privilégiée accordée à la catatonie. Les principaux changements introduits dans le DSM-5 dans ce domaine seront détaillés, ensemble, avec les raisons qui les ont motivés.

O602 - COMPLIANCE THÉRAPEUTIQUE DES PSYCHOTIQUES

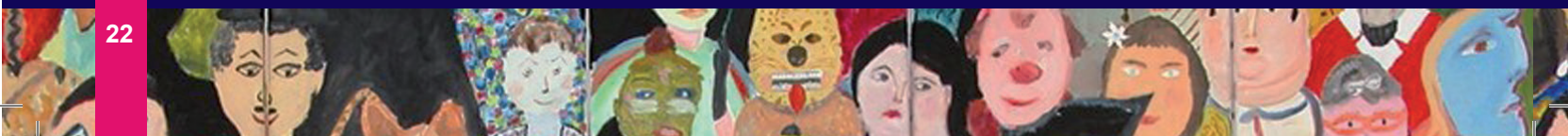
Dr. Gilles VIDON - Chef de Pôle - Hôpitaux de Saint-Maurice

La compliance ou l'observance thérapeutique sont habituellement médiocres dans toutes les maladies chroniques. La discipline psychiatrique ne déroge donc pas à cette règle générale. Toutefois, certaines particularités – liées au champ de la maladie mentale – occasionnent des difficultés récurrentes à suivre un traitement régulièrement, en particulier dans les psychoses.

Un certain nombre de recommandations pour améliorer la compliance est maintenant connu : schéma thérapeutique simple, bonne information, alliance thérapeutique, implication de l'entourage, etc.

Une Obligation de Soins en Ambulatoire vient d'être introduite dans notre cadre législatif alors qu'elle existe déjà depuis longtemps dans d'autres pays occidentaux.

Nous avons été les promoteurs d'une étude sur les Programmes de Soins mis en place en Ile-de-France depuis 2011 : nous en donnerons sommairement les résultats qui intéressent le cadre de cet exposé.



PÉRINATALITÉ

O701 - LA SPECIFICITÉ DU DIAGNOSTIC EN PÉRINATALITÉ

Pr. Bernard GOLSE et Dr. Monique BYDLOWSKI

Pr. Bernard GOLSE - Service de Pédopsychiatrie - Hôpital Necker-Enfants Malades
149 rue de Sèvres, 75015 Paris-Fr - bernard.golse@nck.aphp.fr

Le diagnostic psychopathologique et psychiatrique en périnatalité n'est que très peu aidé par les classifications internationales du type DSM4 ou DSM5 dans la mesure où l'acte diagnostique ne concerne pas un sujet différencié et unique, mais une dyade ou une triade potentielle ou actualisée et dans la mesure aussi où la nature du lien est encore plus la cible du diagnostic que les partenaires du lien en tant que tels.

C'est la raison pour laquelle le PMSI se trouve si peu adapté à l'acte diagnostique en périnatalité.

Nous distinguerons la consultation anténatale qui renvoie à la relation d'objet virtuel (S. Missonnier) et la consultation postnatale qui renvoie à la néoformation psychique originale qui s'instaure alors entre parents et enfant (B. Cramer et F. Palacio-Espasa).

Empathie et anticipation mesurée (sans objectif aucun de prédiction) se trouvent alors au centre de l'activité diagnostique en périnatalité, activité diagnostique qui se doit d'être fondamentalement pluridisciplinaire.

O702 - LES TROUBLES DE L'HUMEUR DE TYPE DÉPRESSIF PENDANT LA GROSSESSE

Dr. Naïma BOUKHALFA (Pédopsychiatre CH Pontoise)

Après plusieurs années de pratique pédopsychiatrique au sein d'un dispositif de psychopathologie périnatale adossé à la plus importante maternité de l'Île de France (celle du centre hospitalier René Dubos à Pontoise) avec près de 5000 accouchements par an (4769 naissances en 2012 et 4795 naissances en 2013), j'ai été interpellée par la fréquence des dépressions découvertes dans le post partum immédiat (en maternité) ou reçues dans l'urgence au dernier trimestre de grossesse. Nous avons constaté qu'un bon nombre de ces dépressions évoluaient déjà dans le prépartum sans être dépistées.

A ce jour, peu de recherches concernent la dépression anténatale contrairement à la dépression post natale.

La 1ère recherche documentée autour des facteurs de risque anténataux qui favoriseraient l'apparition d'une dépression post natale concerne celle de M. W.O'Hara et J-F Saucier et al.

A noter que ces facteurs sont d'ordre général et donc peu concluants.

Une autre recherche datant de 2004, effectuée par Jonathan Heron à l'université de Bristol, a conclu une prévalence des dépressions anténatales à hauteur de 17%. Il a aussi précisé que 50% des dépressions du post partum immédiat ne sont que la continuité de troubles anténataux non dépistés et non suivis. Malgré ces résultats, la grossesse reste associée au merveilleux et au sacré, il est donc « peu convenable » de dire son mal être au risque d'une blessure narcissique associée au sentiment d'incapacité, de porter et donner vie à un enfant.

Ce contexte est d'autant plus vrai que la femme est fragile ou fragilisée.

Une recherche a été menée sur l'année 2013 à la maternité de Pontoise, dans une démarche universitaire (Paris VII), autour « des troubles de l'humeur de type dépressif pendant la grossesse et leurs impacts possibles sur l'enfant ». Il ne sera présenté lors de cette journée ARSPG, que la partie concernant la dépression anténatale, compte tenu de l'exhaustivité de la recherche en rapport avec l'impact possible sur l'enfant.

Le but de cette partie de la recherche consiste en :

- L'élaboration d'un auto questionnaire (il n'existe aucun outil dans ce sens) à disposition des professionnels non surqualifiés en psychopathologie périnatale (sages femmes, gynécologues) avec la perspective de sa validation.
Cet auto questionnaire vise le dépistage précoce des facteurs prédisposants un risque de dépression périnatale d'une part et d'autre part il permet le dépistage de tableaux dépressifs potentiels.
- La mise en lumière de l'intérêt d'un traitement spécifique anténatal dans la démarche préventive des troubles post nataux.
- L'analyse des spécificités de la dépression anténatale à la fois au niveau clinique, biologique, psychodynamique et enfin classificatoire.
Cette analyse tient compte d'un modèle polyfactoriel qui met l'accent sur la spécificité du diagnostic et de la démarche thérapeutique en périnatalité.

La psychiatrie des Amériques : dialogue, renouveau et renouvellement

O703 - LA PÉRINATALITE EN HÔPITAL GÉNÉRAL

Dr. Catherine AGBOKOU

La situation de grossesse, qui n'est en soi pas une pathologie, peut néanmoins s'accompagner de moments pathologiques, parfois sévères, nécessitant une admission en hôpital général.

Les circonstances de l'hospitalisation peuvent être bénignes comme une fracture par exemple mais sont parfois dramatiques comme l'apparition d'une néoplasie. Dans ces conditions, les enjeux impliquant la patiente, l'enfant à venir et les impératifs médicaux nécessitent l'intervention d'un psychiatre spécialisé en périnatalité.

Dans un autre cas de figure, les enjeux de la périnatalité en service mères/enfants peuvent se justifier par exemple lorsqu'il existe une toxicomanie ou des troubles psychiatriques du post-partum. Cela nécessite une prise en charge faisant intervenir d'autres services hospitaliers comme les maladies infectieuses et le service de psychiatrie.

L'impératif du maintien d'une bonne relation mère/enfant nécessite la présence du psychiatre de périnatalité qui favorise le lien entre les différents intervenants et s'assure du maintien de ce lien.

O704 - CONCLUSION SUR L'APPORT DE LA PSYCHOPATHOLOGIE À LA NEUROBIOLOGIE

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

La neurobiologie n'est pas sans user de psychopathologie puisqu'elle se réfère à diverses nosographies qui comportent inévitablement un appui théorique explicite ou non.

En effet, comment déterminer ce qui doit faire ou non signe au clinicien si ce n'est un tel corpus ?

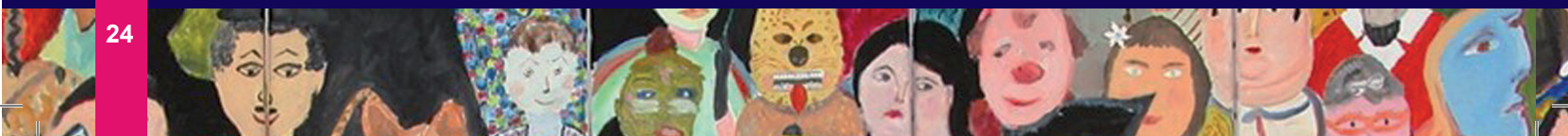
LES ÉTATS DÉPRESSIFS

O801 - GUIDELINE DES TRAITEMENTS DES DÉPRESSIONS CHRONIQUES

Dr. Florian FERRERI, Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier
Service de Psychiatrie et de Psychologie Médicale - Hôpital Universitaire Saint-Antoine, UMPC, Paris VI

La dépression est une pathologie fréquente, souvent récidivante et parfois chronique. Environ 10 % des patients unipolaires présentent une symptomatologie résiduelle dépressive dans les 5 ans suivants. La dysthymie est définie par une humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, plus d'un jour sur deux pendant au moins deux ans (sans répit de plus de deux mois). Quand la personne est déprimée, elle présente au moins deux des symptômes suivants : modification de l'appétit (perte ou gain), modification du sommeil (insomnie ou hypersomnie), asthénie, faible estime de soi, trouble de la concentration ou difficulté à prendre des décisions et sentiment de perte d'espoir. Le diagnostic de dysthymie implique que les symptômes amènent une souffrance significative ou une altération du fonctionnement.

Nous reviendrons brièvement sur les notions de rémission, de symptômes résiduels, de résistance et de dépression chronique et présenterons les dernières recommandations nationales et internationales médicamenteuses et non médicamenteuses pour la prise en charge des dépressions chroniques.



O802 - PRATIQUES THÉRAPEUTIQUES ANTIDÉPRESSIVES : L'EXPÉRIENCE CANADIENNE : SYNDROMES PERSISTANTS POST-SEVRAGES DES ANTIDÉPRESSEURS ISRS ET IRSN

Pr. Guy CHOUINARD (Montréal, Québec)

Les inhibiteurs sélectifs de recapture de la sérotonine (ISRSs) et les inhibiteurs de recapture de la sérotonine et la noradrénaline (IRSNs) sont les médicaments les plus utilisés comme antidépresseurs, mais aussi ils sont les plus utilisés pour leurs autres indications officielles, anxiolytiques, anti-paniques, anti-phobiques, anti-obsessif-compulsifs et anti-douleurs. Les tricycliques, en particulier l'amitriptyline et son amine secondaire (nortriptyline), sont réservés dans des indications particulières comme la dépression majeure chez les malades parkinsoniens.

La pratique médicale des antidépresseurs se concentre maintenant sur leurs complications associées à leur utilisation à long-terme, en particulier la paroxétine (Deroxat®), suite à plusieurs rapports de syndromes persistants post-sevrages.

Les syndromes de sevrage des antidépresseurs ISRS et IRSN peuvent être divisés en 3 catégories: 1) symptômes de sevrage classiques ou nouveaux symptômes; 2) symptômes rebonds; et 3) symptômes de supersensibilité. Les symptômes rebonds et de supersensibilité doivent être différenciés d'une rechute et d'un nouvel épisode dépressif.

Catégorie I: Les symptômes de sevrage classiques ou nouveaux symptômes parce qu'ils n'étaient pas présents initialement (les plus fréquents: étourdissement, céphalée, nausée, vomissement, sensation de choc électrique, irritabilité, insomnie) sont bien établis par plusieurs études contrôlées. De façon classique, ils apparaissent 1-2 jours après l'arrêt des médicaments, durent d'une à 4 semaines.

Catégorie II: Les symptômes rebonds consistent à un retour des symptômes déjà présents dans la maladie initiale mais augmentés. Ceux-ci incluent les troubles d'anxiété généralisée, panique, TOC, insomnie et dépression. Ils sont présents initialement, reviennent de façon augmentée et disparaissent généralement en dedans de 4 semaines. Ils doivent être différenciés d'une rechute et d'un nouvel épisode. Le malade réalise qu'il ne s'agit pas de sa maladie. Leur persistance plus de 8 semaines les place dans la catégorie III.

Catégorie III: Les symptômes de supersensibilité sont soit la continuation des symptômes rebonds qui persistent plus de 8 semaines soit l'apparition d'un nouveau trouble traité par ISRS et IRSN, TOC ou panique chez un malade traité pour trouble dépressif majeur. La paroxétine est le médicament le plus souvent impliqué, puis par ordre décroissant la fluvoxamine, le citalopram, l'escitalopram, la sertraline et la fluoxétine.

Prévention: le sevrage devra se faire graduellement, utiliser les antidépresseurs à longue demi-vie d'élimination, et éviter l'utilisation des deux médicaments (paroxétine et fluvoxamine) les plus souvent impliqués dans les trois catégories.

NOUVEAU - SESSION SUGGESTIONS DES CONGRÉSSISTES

O901 - LA CONTRACTURE PSYCHOGÈNE : UN PIÈGE POUR LES CHIRURGIENS ORTHOPÉDISTES

Pr. Alain Charles MASQUELET - Service de Chirurgie Orthopédique, Traumatologique et Réparatrice - SOS Mains - Hôpital Saint Antoine, Université Paris VI

La contracture psychogène est une entité mystérieuse qui entre dans le cadre des troubles de conversion, jadis regroupés sous le terme d'hystérie. Lorsqu'elle est localisée aux membres, la contracture psychogène offre le tableau clinique d'une posture en flexion ou en extension d'un ou de plusieurs segments articulaires. Cette posture, invincible à l'état de veille, se relâche sous narcose. L'examen sous anesthésie générale permet, le cas échéant, de déceler d'authentiques raideurs articulaires et rétractions tendineuses qui résultent d'une posture chronique de longue durée. Les patients sont souvent orientés à tort vers des consultations de chirurgie orthopédique dans la mesure où le trouble de conversion est apparu à la suite d'un traumatisme ou d'une intervention chirurgicale. Pour reprendre les mots de Freud, « il est de la plus haute importance que les chirurgiens aient une connaissance plus intime de ces cas rebelles pour éviter des opérations inutiles ». Sont rapportés dans la communication plusieurs observations cliniques dont un cas de contracture résolutive 7 ans après l'apparition de la posture, à l'occasion d'un événement familial majeur.

O902 - PREMIER ÉPISODE BIPOLAIRE OU PSYCHOSE DÉBUTANTE ? VARIABLES PRONOSTIQUES

Pr. Frédéric KOCHMAN

Un épisode psychopathologique aigu comporte presque toujours des éléments de nature affective et d'un trouble du rapport à la réalité.

Le pronostic de cet état est souvent difficile en raison de cette concomitance d'éléments cliniques et neuropsychotiques. Toutefois des données épidémiologiques peuvent aider les cliniciens à identifier une sémiologie en faveur de l'un ou l'autre de ces troubles.

Les formes débutantes plus insidieuses peuvent aussi être le prélude d'un trouble psychotique mais aussi d'un trouble de l'humeur. D'autres caractéristiques cliniques sont alors à prendre en compte afin de faire l'hypothèse diagnostique et surtout thérapeutique la plus adaptée.

La psychiatrie des Amériques : dialogue, renouveau et renouvellement

O903 - TRAITER LES TROUBLES DU SOMMEIL CHRONIQUES

Pr. Dominique PRINGUEY – Clinique de Psychiatrie et de Psychologie Médicale Pôle des Neurosciences Cliniques CHU de NICE

Les troubles du sommeil « chroniques », le plus souvent l'insomnie mais aussi l'hypersomnie, motivent une alerte de santé publique répétée et constituent un défi thérapeutique éclairé de nombreuses recommandations audacieuses mais peu pratiques. Un retour à la clinique suggère de recentrer le débat, et il nous faut au préalable accepter de reconnaître qu'il n'y a pas de maladie du sommeil, sauf certaines pathologies heureusement rares parce que sévères, mais qu'en revanche de nombreuses situations gênent le sommeil. L'insomnie et l'hypersomnie ne sont que symptômes, prévalence de la veille sur le sommeil et son inverse, difficulté d'équilibration entre sommeil et veille, à la jointure. L'insomnie est à la fois tension d'éveil et inertie du réveil : elle vaut pour une activité. L'approche psychopathologique fait valoir une expérience particulière du temps, qui lie le passé et le futur, un retour à l'histoire de la vie intérieure... depuis les projets jusqu'à l'enfance, ce que refuse l'hypersomnie, ce dont proteste la parasomnie. Dormir est une passivité, un abandon au corps anonyme et l'important n'est pas seulement comment on dort mais « avec qui » on dort et pourquoi on dort : pour réparer et préparer, pour choisir, inventer mais surtout pour oublier. Le DSM suggère de différencier les troubles selon leur étiologie : en rapport avec un autre trouble mental (anxiété, dépression), une affection médicale générale (apnées, maladies) ou encore l'utilisation ou l'arrêt récent d'une substance. Par défaut, les troubles primaires connaissent une évolution chronique après des semaines ou des mois. Hypersomnies et parasomnies motivent une approche clinique et psychologique individualisée. La narcolepsie requiert une prise en charge en centre expert. L'insomnie primaire, débutée à une époque sensible, enfance, puberté, examens, péripéties sentimentales, événements de vie, fluctue selon les conditions de vie, la personnalité du sujet aux traits anxieux ou dépressifs, et au gré des bilans et des thérapeutiques où il faudra retracer l'histoire des hypnotiques et des médicaments éveillants.

La clinique annonce les cibles : contexte de la plainte (motifs de la consultation), doléance typique : impatience des MI, symptômes somatiques gênants : douleurs, dyspnée, polyurie, prurit, symptômes digestifs, gynécologiques, sexuels, triade apnéique : céphalées matinales – obésité - impuissance sur un fond de ronflement et somnolence diurne. On note une tonalité affective angoissée ou dépressive. Le bilan justifie les explorations à visée diagnostique causale et orientation thérapeutique : PSG, TILE, révision et réajustement horaire des médicaments, tests psychologiques en cas de parasomnie. Mais, dans l'insomnie primaire notamment, l'outil d'investigation principal est l'agenda du sommeil, proposant un suivi quotidien apportant d'importantes informations sur les rapports veille/sommeil et le style de vie. Partie intégrale du bilan clinique, instaurant une relation nouvelle et active avec le patient en accordant quelque crédit à sa plainte, l'agenda prolonge la consultation et peut témoigner du degré d'instabilité du système veille-sommeil et de l'importance de la tendance à la dérive du libre cours, préparant utilement le projet thérapeutique.

L'objectif thérapeutique est de considérer plus l'insomniaque que l'insomnie, et de se concentrer sur la possibilité de stabiliser l'heure du réveil et son régime stationnaire infradien, en contrôle du stimulus, dans le respect des règles d'hygiène du sommeil et avec l'aide d'une réduction de la sieste et d'une exposition lumineuse suffisante le matin. La solution hypnotique, antique et « permissive » dans son action anti-éveil, conjugue les modes « Verveine », Z drugs : Zopiclone, mélatonine chez le sujet âgé, « sédatifs » antidépresseurs (timipramine, mirtazapine...) ou antipsychotiques à faible dose, un traitement psychotrope adapté si nécessaire, et aujourd'hui, dans la dépression un essai initial avec Agomélatine. Un sevrage BZD progressif et contrôlé, aidé si besoin par un sédatif alternatif est souvent nécessaire. Mais le vrai ressort thérapeutique est aux promoteurs d'un sommeil réparateur, vaste gamme qui complète le gain obtenu du contrôle du stimulus et où convergent la démarche d'un retour à un bon état de santé, la réduction d'un surpoids, un équilibre alimentaire, la pratique de la relaxation et du contrôle respiratoire (Qi Gong), une activité diurne suffisante, la marche, la reprise d'activités sportives, randonnées, natation, l'écoute musicale vespérale... Les différentes modalités thérapeutiques sont personnalisées au travers d'un protocole de soin prévoyant une progression par étapes, des évaluations régulières et un accompagnement en soutien psychothérapeutique à la recherche des ressources créatives du patient pour sa conquête d'une nouvelle identité dans un accord retrouvé avec son corps vivant.

O904 - LES THÉRAPIES COMPORTEMENTALES ET COGNITIVES DANS LES TROUBLES ANXIEUX

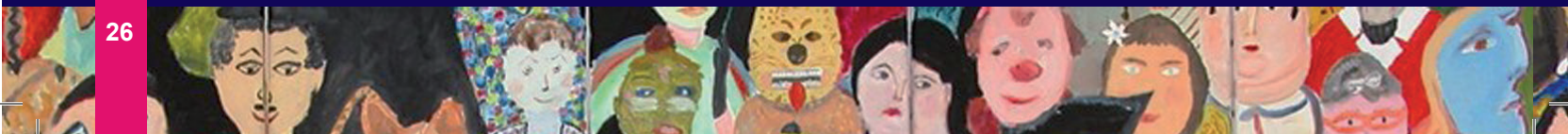
Dr. Eric TANNEAU

Les thérapies comportementales et cognitives sont désormais largement reconnues dans le traitement des troubles anxieux. Elles ont un support théorique commun : la démarche scientifique expérimentale et les théories de l'apprentissage. La thérapie visera, par un nouvel apprentissage, à remplacer le comportement inadapté par un autre comportement jugé plus pertinent. Les thérapies comportementales et cognitives se distinguent des autres thérapies par certaines caractéristiques :

- leur style relationnel et thérapeutique ;
- un accent mis sur les causes actuelles du comportement problème ;
- une évaluation du changement durable du comportement, considéré comme un critère de réussite de la thérapie ;
- une description objective et reproductible des procédures de traitement

Les techniques utilisées sont nombreuses. Le thérapeute choisit en fonction du patient et des résultats publiés pour des troubles similaires : désensibilisation systématique, techniques d'exposition variées, entraînement aux habiletés sociales, thérapies de groupes... Les thérapies comportementales se sont enrichies des approches cognitives qui, au-delà du seul comportement observable, s'intéressent aussi aux idées de l'individu sur lui-même, son avenir et son environnement.

Plus récemment, de nouvelles approches centrées sur l'émotion, l'acceptation et l'intéroception sont venues renforcer les approches classiques : ACT (Acceptation and Contextual Therapy), Exposition aux émotions et aux cognitions basée sur la Pleine Conscience.



2ÈME JOURNÉE FRANCOPHONE DE PSYCHIATRIE

O1F - LE MONDE MODERNE ET L'ÉVACUATION DE LA TRANSCENDANCE

Dr. Hamza BENAÏSSA et Pr. Abdelkrim KELLOU

L'évacuation de la transcendance dans le monde moderne entraîne l'exclusion de l'Esprit du champ du réel.

Il s'agit là, de la conséquence de quatre facteurs socio-historiques synergiques : le déclin intrinsèque de l'autorité de l'église romaine, l'ascension de l'absolutisme royal et celle de la caste marchande et la réforme protestante.

Pour résoudre la dissociation épistémologique correspondante il faut réhabiliter l'identité traditionnelle du connaître et de l'être.

O1F2 - LA MODERNITÉ, L'ÉVACUATION DE LA DIMENSION TRANSCENDANTE, L'IMPACT SUR LES MODALITÉS DE LA MANIFESTATION DE L'ANXIÉTÉ

Pr. Abdelkrim KELLOU

Est-il encore permis de s'interroger sur la dimension spirituelle notamment sur la conscience, du moins sur la connaissance que tout sujet humain pourrait en avoir ?

Peut-on émettre l'hypothèse traditionnelle, certes risquée et évidemment à contre courant des idées et des convictions qui priment dans la pensée moderne, que l'aliénation peut être de nature spirituelle, que l'anomie spirituelle peut concourir entre autres causes à la vulnérabilité psychique, ce, par l'émergence des niveaux inférieurs de la conscience ?

Si oui, il peut alors être postulé que ce type de rétrécissement du champ de la conscience se manifeste par de l'anxiété à l'échelle individuelle. Renforcé et entretenu dans les rapports sociaux par le primat de la matérialité conséquemment au principe sacro-saint de causalité, le rétrécissement ne peut que s'accroître et s'imposer à tout le corps social entraînant de fait le spectre permanent de l'anxiété collective qui catalyse, à son tour, selon certains, l'immaturation affective : source de nombreuses pathologies connues.

Les mécanismes de défense individuels seraient-ils alors ceux, paradoxalement qualifiés de matures dans le D.S.M ? Ces derniers ne renvoient-ils pas aux dimensions intrinsèques du « principe d'arrachement » cher à la notion de spiritualité ?

mots clefs : Spiritualité, théorie de l'évolution, structuralisme, aliénation, anomie, anxiété, mécanisme de défense.

O2F - EMPIRISME, RATIONALISME ET PARADIGMES PSYCHIATRIQUES : LE GAIN D'ORDRE AU PRIX D'EXIGENCES MÉTHODOLOGIQUES

Pr. Mohamed TEDJIZA

* Professeur à la faculté d'Alger

Chef de service à l'hôpital psychiatrique universitaire « Drid Hocine » Alger

Président de la société médico-psychologique algérienne

La théorie de la connaissance philosophique, relayée par l'épistémologie scientifique, ont été longuement préoccupées par le débat polémique entre rationalisme d'un côté et empirisme de l'autre. Ces deux doctrines philosophiques qui s'accordent respectivement avec le dogmatisme et le scepticisme, ont longtemps constitué les deux termes d'une alternative exclusive en matière d'établissement des faits scientifiques et d'acquisition des connaissances.

Ce débat, déjà en germe dans la pensée philosophique de la Grèce antique, s'est radicalisé avec les prises de position de Roger puis Francis Bacon ainsi que celles d'Isaac Newton en Angleterre d'un côté et celles de René Descartes et Wilhelm Leibniz en France et Allemagne de l'autre. Cette rivalité a connu son point d'orgue avec la querelle de John Locke et Leibniz à propos de "l'essai sur l'entendement humain".

Si le rationalisme dogmatique caractérise surtout l'Europe continentale, France et Allemagne essentiellement, l'empirisme est surtout le propre de l'Europe insulaire, essentiellement anglo-saxonne.

Le rationalisme cartésien a évolué vers l'idéalisme allemand post-Kantien, alors que l'empirisme anglais s'est mué en pragmatisme nord-américain.

Or ces deux fondements philosophiques et les postures épistémologiques qui en découlent, ont largement influencé le développement de la psychiatrie dans ces parties respectives du monde, tant sur le plan de la pratique institutionnelle et de la praxis sociale que de celui du cadre conceptuel de référence, avec d'un côté la finesse clinique, la vigueur conceptuelle et le panache du style, et de l'autre la rigueur objectivante, l'efficacité pragmatique et l'austérité du style. C'est que lentement mais sûrement, s'est imposée l'idée que la validité du gain d'ordre psychopathologique devait être garantie par la satisfaction de sérieuses exigences méthodologiques.

La psychiatrie des Amériques : dialogue, renouveau et renouvellement

O3F - L'IDÉALISME PASSIONNÉ : PEUT-IL ENCORE PASSIONNER LE PSYCHIATRE ?

Pr. Farid KACHA (Alger, Algérie)

L'idéalisme est cette tendance à ramener toute l'existence à la pensée. Maurice Dide écrit en 1913 un ouvrage consacré aux idéalistes passionnés. Il cite Calvin, Robespierre, Leon Tolstoï, Torquemada, etc... mais aujourd'hui quels visages prennent ces amoureux de l'idéal ?

A travers l'expertise Psychiatrique d'un récidive, nous allons tenter de comprendre comment idéaliste passionné, puise dans la réalité, son idéal de justice.

Une fois ce dernier établi, aucune influence de la réalité extérieure ni aucune contrainte sociale ne peut l'ébranler. Ce qui explique les passages à l'acte dramatique et les difficultés à organiser leur prévention.

O4F - ÉCOLE FRANCOPHONE DE PSYCHIATRIE ET DSM-V : OPPOSITION OU COMPLÉMENTARITÉ ?

Pr. Wadih Jean NAJA (Beyrouth - Liban)

C'est en 1949 que l'OMS, (Organisation Mondiale de la Santé), publie la 6ème version du manuel CIM (Classification Internationale des Maladies). Pour la première fois, la rubrique des troubles mentaux figure dans un ouvrage. Trois années plus tard en 1952, le manuel de diagnostique et statistique des troubles mentaux dans sa première version DSM-I (Diagnostic and Statistical Manual) voit le jour. Cet ouvrage de 132 pages publié par l'association des psychiatres américains (APA : American Psychiatric Association) donne des définitions simples à base de descriptions prototypiques pour soixante-huit troubles dits « réactionnels ». Depuis, sont successivement édités le DSM-II, III, III R, IV, IV-TR et tout récemment, en Mai 2013, le DSM-5 de 947 pages incluant 347 troubles mentaux différents.

À l'origine, cet ouvrage a pour objectifs d'homogénéiser les diagnostics des troubles mentaux en utilisant les critères les plus objectifs possibles, permettant ainsi aux cliniciens ainsi qu'aux chercheurs une meilleure communication. Initialement, c'est à partir de statistiques collectées dans les hôpitaux psychiatriques américains que les critères sont établis. Par la suite, des groupes de chercheurs désignés par l'APA (task force) font évoluer ce manuel au fil du temps.

Néanmoins, et quelques temps après sa sortie, ce manuel est soumis à une volée de critiques et de contestations jusqu'à la limite du rejet pur et simple de la part de différents intervenants au niveau de la santé mentale, et plus particulièrement parmi les défenseurs d'une certaine nosographie française. À titre d'exemple, sa dimension restrictive dans le temps et l'absence de flexibilité sont les points phares de cette polémique. Par ailleurs, et comme dans toute classification, il y a la tendance des lumpers, qui rassemblent, et les splitters, qui divisent (Leventhal, 2012). Les psychiatres membres des task force (groupes de travail) du DSM se sont dirigés vers le lumping au risque évident d'avoir dans une même catégorie des troubles à étiologies différentes.

« C'est faute de saisir cette situation de la psychologie dans la hiérarchie des sciences de l'homme que certains médecins prétendent réduire la psychologie à la physiologie, ou que d'autres veulent séparer radicalement la psychologie de la physiologie. », « On peut dire que la psychiatrie s'est de plus en plus intégrée à ce que l'on appelle la science médicale qui est avant tout l'art de guérir. » Henri Ey 1900-1977. Par ailleurs il a mis en relief la primauté de la hiérarchie des fonctions par rapport à l'organisation, jetant ainsi les fondements de la psychiatrie dynamique en rapprochant les théories de Freud et de Bleuler de la neurologie.

J'entamerai mon intervention par un survol de l'évolution du manuel de diagnostique et de statistique depuis le DSM I jusqu'au dernier né en Mai 2013, tout en ajoutant un éclairage sur les avancées du DSM-5 loin des positions partisans. Dans la deuxième partie, je vais m'hasarder à retrouver une certaine complémentarité avec la nosographie française, notamment pour les troubles de l'humeur.

O5F - LA PSYCHIATRIE LIBANAISE : CREUSET DU DIALOGUE FRANCO-AMÉRICAIN

Pr. Sami RICHA, chef de service de Psychiatrie à l'Hôtel-Dieu de France de Beyrouth

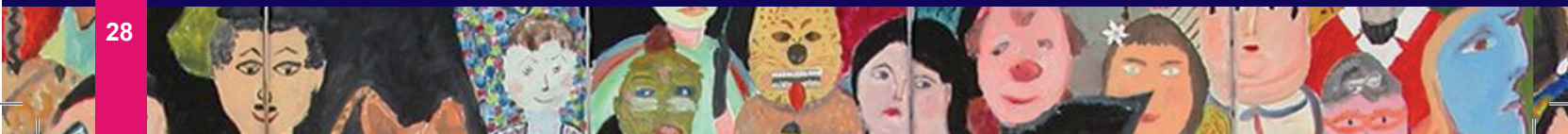
Le Liban a toujours été une terre de rencontre des religions et des cultures.

La médecine libanaise a été influencée depuis le XIXème siècle par deux écoles de médecine, l'Université Américaine de Beyrouth et l'Université Saint-Joseph.

Cette dernière est l'Université francophone la plus ancienne du Liban.

Elle maintient un enseignement de qualité de la médecine en langue française et est liée par des partenariats multiples avec des universités et des hôpitaux français.

En grande majorité, les psychiatres libanais sont issus de ces deux écoles. Nous détaillerons l'histoire de la psychiatrie libanaise, à la lumière de l'influence de la psychiatrie anglo-saxonne et de la psychiatrie francophone.



O6F - PRATIQUE DE SOINS EN ADDICTOLOGIE AU MAROC

Pr. Jallal TOUFIQ

Après quelques décennies de déni et de mauvaise gestion de l'usage de drogues, le Maroc a, depuis une quinzaine d'années, mis les bouchées doubles en essayant de porter une réponse holistique au problème. Si la prévention reste encore le parent pauvre des axes stratégiques de la politique globale de la gestion de l'usage de drogues, il n'en demeure pas moins que le volet soins a pris toute son envolée avec la multiplication de programmes de traitement sur le territoire national. Préalable important, les diplômes universitaires et les formations spécifiques qui foisonnent apportent des ressources humaines qualifiées qui faisaient cruellement défaut pendant longtemps. Des centres spécifiques de traitement ont vu le jour ces dernières années. Cela va de programmes bas seuil en ambulatoire, à des programmes résidentiels, en passant par des programmes de jour.

La politique de réduction des risques a été officiellement adoptée au Maroc en 2006. Elle a permis, entre autres, l'introduction en 2009 des programmes de substitution à la Méthadone pour usagers d'héroïne. Une unité pilote de maintenance à la méthadone a été même créée dans une prison.

Le Maroc a également fait de la collecte de données relatives aux soins une priorité. Ainsi, le nombre de demande de traitement est un des indicateurs essentiels adoptés par l'Observatoire National de Drogues et Addictions lancé en 2011.

Les soins pour usagers de drogues ne peuvent se faire sans la promotion du respect des droits humains, pilier même de la nouvelle politique de soins au Maroc.

O7F - CONCEPTUALISATION ET ADÉQUATION DES DIFFÉRENTS DSM AU COURS DE CES SOIXANTE DERNIÈRES ANNÉES, UNE ÉVOLUTION, TRADUCTION DE LEURS ÉPOQUES ?

Pr. André DE NAYER (Biesme, Belgique)

De violentes polémiques tant en Europe qu'aux Etats-Unis ont vu le jour lors de la publication du DSM 5, et ce quoique ce manuel se voulait d'orientation « athéorique ». Toutefois, cette levée de bouclier n'est pas neuve, il en fut de même lors des éditions III et IV.

L'ambition affichée lors de l'élaboration du DSM 5 était grande mais trop ambitieuse : l'établissement d'une nosologie psychiatrique sur des bases neuroscientifiques probantes. Nos connaissances actuelles n'atteignant pas encore les ambitions affichées, la dernière mouture des DSM s'inscrira finalement dans la ligne des précédents, pourvus de changements assez mineurs.

Si le DSM reste actuellement la meilleure catégorisation psychopathologique existante, il n'en reste pas moins indéfiniment discutable et amendable, tels sont par ailleurs la volonté et le désir de ses concepteurs. Pourrait-il en être autrement à notre époque, en éternel bouleversement de nos savoirs ? N'est-ce pas une gageure d'en rester à des catégories descriptives alors que la façon de conceptualiser les troubles demeure en principe toujours discutable tant que leurs causes ne sont pas clairement démontrées ?

De plus, beaucoup de troubles sont manifestement liés à un contexte culturel et à la diffusion de conceptions psychologiques. Ils apparaissent dans une région, à une époque, pour ensuite se réduire ou disparaître.

Véritable défi depuis le DSM III, les manuels se veulent à vocation internationale, athéoriques et purement descriptifs. Le DSM, en fait un « catalogue » des pathologies mentales, a pour but d'être un instrument de communication et non un manuel d'enseignement.

In fine, ne sommes-nous pas dans l'obligation de passer par les fourches caudines d'une nécessaire référence lorsque la subjectivité, propre au champ d'investigation de la psychiatrie continuera d'être sollicitée ?

O8F - DES CLINIQUES PSYCHIATRIQUES PRIVÉES AU MAGHREB : RÉALITÉ OU UTOPIE ? L'EXPÉRIENCE MAROCAINE

Dr. Hachem TYAL (Casablanca, Maroc)

Ce travail se propose d'apporter une réflexion sur la création de la première clinique psychiatrique au Maghreb arabe, les raisons qui ont amené à sa création, les obstacles à sa création.

Il reprend un petit historique sur la psychiatrie au maghreb en général et au Maroc en particulier et discute de la faisabilité d'un tel projet sous nos cieux.

La psychanalyse a été érigée comme système théorique de référence au sein de la clinique. Il s'agit dans cette réflexion de défendre ce choix par la nécessité, pour nous, d'opter, au sein de la clinique, pour une psychiatrie à visage humain dans laquelle la prise en charge du patient est réalisée en créant des espaces d'intervention qui œuvrent à une réelle prise en compte de la subjectivité du malade.

C'était, à notre avis, la meilleure manière d'appréhender le patient comme un "sujet global" afin de se démarquer de cette nouvelle tendance du monde de la psychiatrie qui érige les modèles biomédicaux comme seule manière d'appréhender l'humain, ce qui n'est rien d'autre, à nos yeux, qu'une autre manière de faire pour promouvoir le modèle médical de la segmentation corporelle de l'humain comme modèle absolu et universel.

La psychiatrie des Amériques : dialogue, renouveau et renouvellement

LIVRE D'ABSTRACTS
COMMUNICATIONS POSTERS

P01 - PROFIL EPIDÉMIOLOGIQUE DE L'UTILISATION DES PSYCHOTROPES AU NIVEAU D'UNE STRUCTURE HOSPITALIÈRE DANS LA RÉGION DU GHARB-CHERARDA-BENI HSEN, MAROC

Dakir Z.¹, Azzaoui F-Z.¹, Sadek S.¹, Ahami A.¹, El kebir H.², Bouchikh K.²

1- Equipe Neurosciences Cliniques, Cognitives et Santé, Laboratoire Biologie et Santé, Département de Biologie, Faculté des Sciences, Université IBN TOFAIL, Kenitra, Maroc.

2- Centre de Santé Moulay Hassan Service de Psychiatrie, Kenitra.

Email : azzaouifz@hotmail.com

Introduction : Les affections neuropsychiatriques posent un réel problème de santé publique au Maroc. Selon une enquête du Ministère de la Santé Marocain (2003-2006), une prévalence de 26.5 % de troubles dépressifs et 9 % de troubles d'anxiété généralisés et 5.6 % de troubles psychotiques ont été enregistrés au niveau de la population.

Objectifs : L'étude du profil des patients consultant au niveau de l'Hôpital Moulay Hassan de la ville de Kenitra (Nord-Ouest Marocain) pour des troubles psychiatriques, ainsi que les différentes catégories de psychotropes prescrits à ces sujets.

Sujets et Méthodes : La présente étude est une étude rétrospective réalisée entre février et juin 2010, chez 640 cas âgés entre 2 et 90 ans, vivant dans la région du Gharb-Cherarda-Beni Hsen, et consultant au Centre de Santé « Moulay Hassan » situé à la ville de Kenitra (Nord-Ouest du Maroc). L'enquête s'est intéressée à relever les données sociales et cliniques à partir des fiches de patients.

Résultats : Les résultats obtenus montrent que dans les 640 cas étudiés, 52 % de femmes et 48 % d'hommes sont traités par des psychotropes. Selon l'état matrimonial, 48 % de célibataires, 45.90 % de mariés, 5.01 % de veuf(ve)s et 5.79% de divorcé(e)s utilisent des psychotropes. Les différentes catégories de psychotropes prescrits dans ce centre de santé varient entre les antidépresseurs (26.57 %), les neuroleptiques (19.37 %), les anxiolytiques (9.34 %), les antiépileptiques (8.85 %), les antiparkinsoniens (3.73 %) et les hypnotiques (0.2 %).

Conclusion : Ces résultats sont préliminaires et suscitent une étude plus profonde afin de mettre en évidence les différents facteurs déclenchant et/ou influençant la présence de ces troubles chez la population.

P02 - ÉVALUATION COMPARATIVE DE QUALITÉ DE VIE DE PATIENTS SCHIZOPHRÈNES TRAITÉS PAR NEUROLEPTIQUES CONVENTIONNELS ET NEUROLEPTIQUES ATYPIQUES

BENSAIDA Messaouda, Hôpital psychiatrique Errazi - Route de Bouhdid - Annaba, Algérie

E-Mail : dr_bensaida@yahoo.fr

L'objectif de ce travail est de comparer la qualité de vie de patients schizophrènes traités soit par un neuroleptique conventionnel, soit par un neuroleptique atypique.

Méthodologie : Notre échantillon a compté 80 patients atteints de schizophrénie selon les critères du DSM-IV, traités par un neuroleptique classique ou un antipsychotique atypique depuis au moins six mois. L'évaluation de profil clinique des patients a été réalisée par la PANSS (Positive and Negative Syndrome Scale) pour la symptomatologie schizophrénique, et par l'échelle de Chouinard pour les symptômes extrapyramidaux. L'évaluation de la qualité de vie a été effectuée à l'aide de l'échelle MOS-SF36 (Medical Outcomes Study 36-item Short Form).

Résultats : Les patients traités par neuroleptiques conventionnels ne différaient pas des patients traités par APA en termes de score total de symptômes positifs et négatifs. Les patients sous APA présentaient des effets significativement moins importants et recevaient moins d'anticholinergiques que les patients sous neuroleptiques conventionnels. Cependant aucune différence significative en termes de qualité de vie n'a été retrouvée entre les deux groupes de patients.

Conclusion : Certes, les antipsychotiques atypiques améliorent certains aspects de la qualité de vie des patients atteints de schizophrénie en générant moins d'effets extrapyramidaux, métaboliques et endocrinologiques, quoique le score global d'évaluation de la qualité de vie reste inchangé.

P03 - DES REPRÉSENTATIONS DU SOIN AU RECOURS AUX SOINS DANS LES TROUBLES ANXIEUX

BENSAIDA Messaouda, Hôpital psychiatrique Errazi - Route de Bouhdid - Annaba, Algérie

E-Mail : dr_bensaida@yahoo.fr

Les croisements réalisés dans notre étude (prévalence des troubles anxieux dans la population générale) ont permis d'interroger le recours aux soins au travers de l'analyse des représentations du soin. Les résultats obtenus traduisent comment les représentations se configurent dans le choix du soin et comment elles se mobilisent pour permettre un choix qui peut se négocier et osciller entre la biomédecine et les pratiques traditionnelles.

Un aspect important a été noté dans l'orientation que prennent les conduites thérapeutiques lorsque la représentation du soin fait intervenir des croyances populaires magiques et/ou religieuses pour un proche présentant des troubles anxieux.

De même, les personnes qui ont évoqué les lieux religieux et magico-religieux, ont déclaré orienter un proche vers la médecine occidentale et vers la pratique traditionnelle sans exclure un double recours aux soins.

La psychiatrie des Amériques : dialogue, renouveau et renouvellement

P04 - INTÉRÊT D'UN TRAITEMENT PAR SCOPOLAMINE DANS LES TROUBLES DÉPRESSIFS UNI ET BIPOLAIRES

A. RIGAL ^A, S. MOUCHABAC ^{A,B}, C.S. PERETTI ^{A,B}

a Service universitaire de psychiatrie de l'adulte, Hôpital Saint Antoine. Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP)
b Université Pierre et Marie Curie

Introduction :

La prévalence annuelle de la dépression est de 9%, selon l'organisation mondiale de la santé. Les traitements antidépresseurs classiques, de première intention, ne sont pas toujours efficaces avec une absence de rémission dans près de 70 % des cas. Il est donc nécessaire de rechercher de nouvelles thérapeutiques notamment dans les formes de dépression résistante.

Parmi ces nouvelles molécules, la scopolamine, traitement préventif du mal des transports et des râles agoniques en soins palliatifs, a fait l'objet de plusieurs études récentes évaluant son intérêt en psychiatrie et plus spécifiquement concernant les troubles dépressifs.

Plusieurs hypothèses permettent d'expliquer son action par différents mécanismes et à différents niveaux : génétique, récepteuriel (récepteurs muscariniques et au glutamate), hormonal, synaptique...

Objectif et méthode:

Nous avons donc effectué une revue de la littérature avec pour objectif d'évaluer l'efficacité d'un traitement par scopolamine chez des patients uni et bipolaires atteints de symptômes dépressifs résistants.

De récentes études, concernant des patients uni et bipolaires atteints d'épisode dépressif majeur, ont évalué l'intérêt d'un traitement intra-veineux par scopolamine. Les patients étaient traités par plusieurs injections de 4 µg/kg de scopolamine espacées de 3 à 5 jours contre placebo. La réponse au traitement était évaluée par la diminution des scores de la Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS) avec une réponse totale définie par une diminution de plus de 50 % du score et une rémission correspondant à un score MADRS < 10.

Résultats :

Les résultats retrouvés sont en faveur d'un effet antidépresseur rapide et efficace de la scopolamine avec un taux de réponse totale allant de 59 à 64 % et un taux de rémission oscillant entre 37 et 55 % chez les patients uni et bipolaires. Cet effet persiste au moins 15 jours et semble être bien toléré avec des effets indésirables modérés et transitoires et une absence totale de virage de l'humeur.

P05 - INTÉRÊT DU TRAITEMENT PRÉVENTIF DES TROUBLES DÉPRESSIFS LORS DES ACCIDENTS VASCULAIRES CÉRÉBRAUX PAR LA FLUOXÉTINE

M.BENABBAS - H M R U C/5ème RM. Constantine. Algérie- Email : b_malik@netcourrier.com
O.BENELMOULOU, A.KHODJA, M.T BENATMANE

Selon les résultats de l'essai thérapeutique FLAME (Fluoxetine for motor recovery after acute ischaemic stroke), «prescrire l'antidépresseur fluoxétine (Prozac) précocement après un accident vasculaire cérébral peut améliorer la récupération de la motricité et augmenter l'indépendance des patients souvent lourdement touchés».

Partant de là, nous menons une enquête prospective réalisée au niveau des services des urgences et de médecine interne du CHU de Constantine évaluant systématiquement tous les malades hospitalisés pour AVC grâce à deux échelles mesurant les dimensions dépressives et anxieuses (MADRS et A.HAM). Comparativement à une autre population de malades ne recevant aucun traitement antidépresseur et ayant la même affection.

La finalité, est que dans 68 % des cas, l'AVC est accompagné d'une réaction anxio-dépressive systématique et de ce fait faut-il introduire dans l'arsenal thérapeutique usuel des AVC, des molécules anxiolytiques et / ou antidépresseives ?

Concernant la récupération de la motricité, la différence est sensiblement significative en faveur du groupe sous chimiothérapie, antidépresseive et les malades semblent plus indépendant et récupèrent mieux.

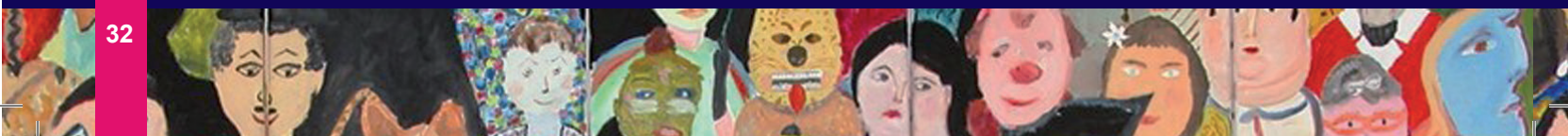
P06 - À PROPOS DE L'ÉCHEC THÉRAPEUTIQUE DU TROUBLE BIPOLAIRE

M.BENABBAS - Maître de conférences, Chef service de psychiatrie. Hôpital Militaire Universitaire de Constantine. Algérie - HMRUC/5ème RM/ Constantine. Algérie
O. BENELMOULOU. M.T.BENATMANE. A.KHODJA

C'est à partir d'un errement diagnostic manifeste que les auteurs se retrouvent devant un échec thérapeutique d'un trouble bipolaire et ceci est présenté à travers une vignette clinique.

Il s'agit d'une malade prise à tort pour une psychose hystérique et la succession des événements de vie fait qu'on se rend compte après coup qu'il s'agit d'un trouble bipolaire.

D'ailleurs plusieurs schémas thérapeutiques sont mis en œuvre en fonction de l'évolution diagnostic mais sans résultat, ce qui nous a fait penser à un échec thérapeutique.



P07 - IMMOLATION À CONSTANTINE ; ASPECTS SOCIO-CULTURELS ET PROFILS DES SUJETS

M. BENABBAS - HMRUC/5^{ème} RM. Constantine. Algérie – E-mail : b_malik@netcourrier.com
O.BENELMOULOUD, R.DJENANE**, A.KHODJA, M.T.BENATMANE
*chef de service de psychiatrie, HMRUC/5RM
** chef de service du centre des brûlés/CHU Constantine

Il s'agit d'une étude rétrospective faite au niveau du centre des brûlés du CHU de Constantine s'étalant sur une année et mettant en évidence une nouvelle distribution du profil psychologique du suicidant par immolation par rapport au suicidant par d'autres moyens autre que le feu. S'agit-il d'une manière nouvelle et extrême de protestation ou existe-t-il des soubassements psychopathologiques spécifiques à ce genre de conduites au regard du fameux printemps arabe qui ébranle d'une manière brutale le mode d'expression et de relation des peuples arabes ? Au total, il s'agit de 10 malades hospitalisés au service des grands brûlés pour tentative de suicide par immolation et qui sont décédés suite à leurs blessures et qui n'ont aucun antécédent psychiatrique auparavant.

P08 - TROUBLE DE L'HUMEUR ET PATHOLOGIE THYROIDIENNE : QUEL DIAGNOSTIC ?

O. BENELMOULOUD* - Faculté de Médecine, Université de Constantine.3. Algérie
M. BENABBAS, M.T.BENATMANE. A.KHODJA
*Maitre assistante en psychiatrie

Il s'agit d'une vignette clinique concernant une jeune femme présentant le diagnostic d'un macro adénome hypophysaire semi-nécrosé et présentant en même temps une décompensation psychotique aiguë. Mise sous traitement antipsychotique, l'évolution est bonne et mise sortante. Sans avis du psychiatre, elle consulte chez son médecin traitant d'endocrinologie qui la met sous Parlodel. Deux jours après, elle est ramenée aux urgences psychiatriques pour décompensation des symptômes psychotiques. L'évolution verra l'arrêt du Parlodel et ensuite le remplacement par un autre inhibiteur de la sécrétion de prolactine et la sédation des troubles psychotiques.

P09 - CLINIQUE DE L'ENFANCE D'UNE POPULATION D'ADULTES SCHIZOPHRÈNES (ÉTUDE RÉTROSPECTIVE À PROPOS DE 50 CAS DE SCHIZOPHRÈNES)

Dr. RIHANE OUARDA

Les manifestations précoces de la schizophrénie manquent souvent de spécificité et afin de mieux élucider la notion d'un continuum dimensionnel évolutif ou non, nous proposons une étude rétrospective décrivant le parcours d'adultes schizophrènes qui a pour but de décrire les symptômes retrouvés durant leurs enfances et de préciser donc l'histoire naturelle de la maladie et ayant pour objectif général la mise en place de programmes de dépistage et des stratégies préventives efficaces.

L'étude s'appuie sur le dépouillement de dossiers psychiatriques et d'anciens dossiers pédopsychiatriques d'une population d'adultes schizophrènes suivis en ambulatoire et/ou en hospitalier.

Les critères d'inclusion sont les suivants :

- Diagnostic de schizophrénie porté selon la CIM-10
- Âge au moment de l'inclusion borné entre 18 et 30 ans
- Âge limite entre l'enfance et l'adolescence situé à 12 ans
- Un suivi préalable avant l'âge de 18 ans par un secteur de psychiatrie infanto-juvénile

L'échantillon est constitué de 50 schizophrènes dont 72 % d'hommes, comportant une majorité de formes précoces.

Divers éléments ont été examinés à travers le recueil des symptômes mentionnés dans les dossiers pédopsychiatriques à l'aide d'une grille de lecture dimensionnelle. Les items de cette grille sont regroupés en différents domaines cliniques dénommés « dimensions », se base sur la retranscription de la démarche anamnétique des professionnels de psychiatrie de l'enfance et de l'adolescence et sur une synthèse de la littérature scientifique concernant les phases prodromiques et pré morbides.

La psychiatrie des Amériques : dialogue, renouveau et renouvellement

P10 - TROUBLE HYPERACTIVITÉ AVEC DEFICIT DE L'ATTENTION (THADA) ET TROUBLE BIPOLAIRE : QUEL LIEN ?

Dr. RIHANE OUARDA psychiatre, pédopsychiatre exerçant au sein de l'hôpital général de l'armée - ouardarihane@hotmail.fr
Dr. MOHAMED SEGHIR NEKKACHE AIN NAADJA ALGÈRE ALGERIE

L'influence des facteurs socio-économiques de la santé mondiale, sur la reconnaissance formelle du trouble bipolaire avant la mise sous traitement surtout chez les adolescents et l'augmentation de la prévalence du diagnostic du trouble hyperactivité avec déficit de l'attention (THADA) dans la population pédiatrique, ont fait de ses deux entités l'objet de plusieurs études et d'intérêts.

La question d'une possible relation entre le syndrome trouble hyperactivité avec déficit de l'attention (THADA) et la maladie bipolaire est soulevée en raison :

- Du diagnostic différentiel et des chevauchements symptomatiques entre ces deux troubles ;
- De la prévalence élevée du THADA et la présentation clinique atypique du trouble bipolaire en l'absence de critères diagnostiques consensuels dans la population pédiatrique ;
- De l'apparition de plus en plus de travaux témoignant de glissement épistémologique concernant l'hyperactivité de l'enfant et / ou la bipolarité de l'adulte.

Position du problème :

Plusieurs questions sont à évoquer pour comprendre les liens entre ces entités diagnostiques :

- Le THADA pourrait-il être une forme prodromique de trouble bipolaire à début précoce ?
- La coexistence du trouble bipolaire à début précoce et d'un THADA est-ce le fait d'une comorbidité réelle, ou est-elle uniquement le fait de la ressemblance clinique ?
- S'agit-il de la manifestation clinique d'un substrat biologique commun ?

Pour mieux comprendre les liens entre ces deux entités, nous proposons une revue critique de la littérature sur la question à travers une analyse des études longitudinales et familiales ainsi que les données cliniques, épidémiologiques, génétiques et thérapeutiques de chacun des deux troubles.

P11 - CHLOROQUINE ET CAS D'INTOXICATIONS VOLONTAIRES À BAMAKO

T. DIALLO^{1,2}, H. HAMI², A. MAÏGA^{1,3}, S. BÂH^{1,4}, A. MOKHTARI², R. SOULAYMANI-BENCHEIKH⁵, A. SOULAYMANI²

¹ Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie, Université de Bamako, Bamako, Mali

² Laboratoire de Génétique et Biométrie, Faculté des Sciences, Université Ibn Tofail, Kénitra, Maroc

³ Direction de la Pharmacie et du Médicament, Bamako, Mali

⁴ Service de Pharmacie Hospitalière, Centre Hospitalier Universitaire Point G, Bamako, Mali

⁵ Centre Anti Poison et de Pharmacovigilance du Maroc, Rabat, Maroc

Auteur Correspondant : H. HAMI, email : hind212@yahoo.fr

Introduction :

Au Mali, le paludisme est un problème majeur de santé publique de par son impact sur la mortalité, la morbidité et ses répercussions socio-économiques sur la population en général, les femmes et les enfants en particulier. La chloroquine est un antipaludique de la famille des amino-4-quinoléines. Durant les deux dernières décennies, elle fut détournée de son usage thérapeutique pour servir au suicide, tentatives de suicide, avortements provoqués... L'objectif de la présente étude est de décrire les principales caractéristiques épidémiologiques de l'intoxication par la chloroquine à Bamako.

Méthodes :

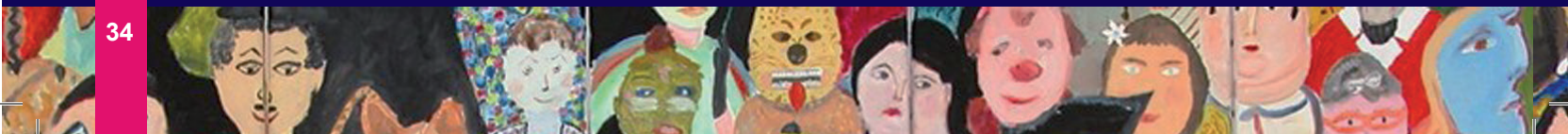
Nous avons mené une étude rétrospective d'une série de cas d'intoxications par la chloroquine enregistrés entre 2000 et 2010 dans le service des urgences du Centre Hospitalier Universitaire Gabriel Touré.

Résultats :

Durant la période de l'étude, 164 cas d'intoxications aiguës par la chloroquine ont été collectés, soit près de 33 % de l'ensemble des intoxications médicamenteuses enregistrées durant la même période à Bamako. L'âge moyen des victimes était de 29 ans. Le sex-ratio (F/H) était de 5,8. L'intoxication était volontaire dans 98,8 % des cas, il s'agissait dans la majorité des cas des tentatives de suicide (53,8 %) ou tentatives d'avortement (43,9 %). La prise en charge a eu lieu en moyenne 8 heures après l'ingestion du médicament. Les signes cliniques étaient multiples et variés, le traitement était symptomatique et évacuateur. L'évolution était défavorable chez 10 patients, qui ont trouvé la mort.

Conclusions :

L'intoxication par la chloroquine demeure un problème de santé publique au Mali malgré le retrait de la molécule sur le marché. Cependant, la sensibilisation du public sur le danger de l'intoxication par la molécule et la formation des professionnels de santé sur la prise en charge thérapeutique pourront diminuer l'ampleur du problème.



P12 - À PROPOS D'UN CAS DE SYNDROME D'USHER ASSOCIÉ À UN AUTISME SUIVI EN MAISON D'ACCUEIL SPÉCIALISÉ : INTÉRÊT DU « LESTAGE » SOMATIQUE DANS LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT

Khara K¹, Nicolas A.L.S², Sahebjam M³

¹ Hôpital psychiatrique Edouard Toulouse, pavillon 11, Marseille, France

² Hôpital psychiatrique Edouard Toulouse, service de consultations somatiques, Marseille, France

³ Hôpital psychiatrique Edouard Toulouse, Maison d'accueil spécialisée, Marseille, France

L'intrication des maladies mentales et des maladies somatiques est plus fréquent qu'on ne le pense. Notre étude a porté sur une association du syndrome d'Usher et de Trouble envahissant du développement. Le diagnostic de syndrome d'Usher, maladie génétique rare, a été porté, après plusieurs années d'institutionnalisation, devant l'association d'une surdité congénitale et d'une rétinopathie évolutive chez un des patients actuellement en MAS. Ceci a permis une redynamisation de la prise en charge qui paraissait à bout de souffle. Un bénéfice d'écoute et de tolérance de la part de la famille et des soignants a ainsi été amené pour le patient.

Il s'agit d'une malade prise à tort pour une psychose hystérique et la succession des événements de vie fait qu'on se rend compte après coup qu'il s'agit d'un trouble bipolaire. D'ailleurs plusieurs schémas thérapeutiques sont mis en œuvre en fonction de l'évolution diagnostique mais sans résultats, ce qui nous a fait penser à un échec thérapeutique.

P13 - CONSTRUCTION D'UNE ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE CHEZ UN PATIENT PRÉSENTANT UN COMPORTEMENT ADDICTIF

Béatrice BADIN de MONTJOYE, PH Psychiatre, Groupe Hospitalier Paris Centre – Centre Cassini
beatrice.de-montjoye@cch.aphp.fr

A) Réticences de part et d'autre à la construction de ce lien

1/ Réticences du soignant

a/ Difficulté à prendre sa place de soignant face à un patient, porteur d'un savoir spécifique ;

b/ Nécessité de se mobiliser psychologiquement pour déposer ses préjugés, ses idées reçues et ses clichés face à des patients qualifiés comme toxicomanes, alcooliques ou joueurs ;

c/ Dépasser les déceptions des échecs antérieurs avec d'anciens patients.

2/ Réticences du patient

a/ Peur d'être jugé par le soignant et de devoir expliquer et justifier ce qui est encore incompréhensible pour lui ;

b/ Peur de connaître une nouvelle « perte de liberté » et une mise en défaut de son libre arbitre quand la demande de soins est faite sous la contrainte (familiale, sociale, professionnelle, judiciaire...);

c/ Se soigner nécessite une modification de tout ce qui concerne l'extérieur et l'entourage, mais aussi tout ce qui relève de l'intime (modification de ses lieux de rencontre, de son environnement...mais aussi tout ce à quoi on croit, on pense, ce à quoi et à qui on s'identifie...).

B) Particularités de cette alliance thérapeutique

1/ Une nécessaire prise en compte d'un espace temporel

a/ Une trajectoire : Pour devenir addict, il faut que le patient ait déjà eu des conduites agies et répétées. Les périodes d'abstinence et de rechutes s'enchevêtrent ;

b/ Une temporalité : Cette alliance thérapeutique prend en compte le cadre temporel dans lequel la prise en charge se déroule.

Elle tient compte de ce qui se fera dans le temps imparti, mais aussi ce qui se fera dans un autre temps.

c/ Une rythmicité : Contrairement à d'autres pathologies, le soignant doit le plus possible marcher au rythme du patient qui s'approprie à sa cadence ce lien et les soins proposés.

2/ Une alliance thérapeutique à intégrer dans une évaluation globale

Les comportements addictifs interfèrent avec toutes les expériences de vie. La construction de cette alliance devra prendre en compte la globalité de la situation du patient. Elle s'établit en tenant compte :

- d'une évaluation médicale (sérologies, bilan biologique, autres pathologies associées, ...);

- d'une évaluation psychiatrique (comorbidités, antécédents de TS, antécédents d'hospitalisation sous contrainte,...);

- d'une évaluation sociale globale (accès aux soins, entourage, contact avec le monde judiciaire, ressources,...).

La psychiatrie des Amériques : dialogue, renouveau et renouvellement

C) Intérêt de la construction de cette alliance thérapie

1/ Une alliance pour entamer ...une thérapie

a/ Mettre des mots sur cette expérience : Le déficit sémantique pour nommer les émotions est souvent retrouvé chez le patient addict. La construction de cette alliance au cours de laquelle est questionné le vécu du patient peut le soutenir à le mettre en mots.

b/ Donner du sens à cette expérience : Faire préciser au patient hors jugement ce qui a pu le motiver à débiter cette expérience et ce qui le motive maintenant, à s'abstenir peut aussi le soutenir à comprendre ce qu'il donne comme sens à ses différentes quêtes.

c/ Proposer des soins : Au moyen d'une évaluation globale, de la mobilisation psychique du patient soutenu par ce lien thérapeutique, des soins adaptés à ses vulnérabilités spécifiques peuvent lui être proposés.

2/ Permettre d'inscrire les soins dans la durée

a/ à court terme (réduction des risques, mise en route d'un TSO, sevrage...);

b/ à moyen terme (post cure, adaptation du traitement ...);

c/ à long terme (logement ... et surtout rester disponible si le patient vient déposer à nouveau sa vulnérabilité addictive).

P14 - SYNDROME DE DIOGÈNE : ÉTAT DES LIEUX. DES QUESTIONS TRANSNOSOGRAPHIQUES AU DSM V.

Albane Rool, Amina Merabtine, Luminata Gaillard, Alexandre Christodoulou, Catherine Sèze, Hôpital Henry Ey, Paris

Le syndrome de Diogène est dorénavant considéré comme un trouble psychiatrique à part entière dans le DSM V qui décline ainsi les critères du trouble de l'accumulation compulsive (« Hoarding Disorder»). Nommé parfois syllogomanie, accumulation pathologique ou encore trouble de la thésaurisation, ce trouble était traditionnellement rattaché à un trouble obsessionnel compulsif. L'existence de comorbidités associées ouvrait de nombreuses interrogations transnosographiques. Ce trouble est sous diagnostiqué or sa prévalence est importante de 3,3 à 4,6 %.

Notre projet s'attache, en s'appuyant sur les critères du DSM V, à rappeler les difficultés diagnostiques et thérapeutiques de ce trouble, illustré par l'étude de 3 cas : Une femme de 60 ans en situation d'expulsion judiciaire présentant une dimension schizotypique associée, une dame de 80 ans adressée par les services sociaux de la mairie présentant des traits obsessionnels, et un homme de 30 ans dont les troubles d'accumulation ont débuté précocément à 5 ans et qui présente une schizophrénie.

Ces situations complexes montrent aussi l'intérêt d'une approche pluridisciplinaire médicale, sociale et judiciaire pour accompagner ces personnes qui « auraient besoin de tout et ne demandent rien ».

L'individualisation de ce trouble par le DSM V permettant d'avoir une définition commune, là où avant, différentes définitions et différentes notions coïncidaient. Cette nouvelle catégorisation du trouble favorisera très certainement une meilleure identification et le développement de nouvelles recherches diagnostiques et thérapeutiques.

P15 - MARQUEURS ARGUMENTATIFS DES CROYANCES DÉLIRANTES : ANALYSE DU DISCOURS DE CINQ SUJETS ATTEINTS DE SCHIZOPHRÉNIE

Mélanie LECLERE
Unité de Recherche Clinique
Etablissement Public de Santé de Ville-Evrard
202, Avenue Jean Jaurès - 93330 Neuilly-sur-Marne

Introduction

L'approche linguistique appliquée à l'étude du délire a pour principal objectif de ressortir des patterns d'argumentation caractéristiques du délire. Un certain nombre d'études se sont essentiellement portées sur l'argumentation des croyances délirantes au sein de population psychiatrique. Ces études ont mis en exergue des caractéristiques argumentatives qui diffèrent selon la clinique du délire (Chadwick & Lowe, 1990 ; Castillo & Blanchet, 2001). L'argumentation des sujets schizophrènes serait davantage de type justificatif que dans les délires systématisés tel que le délire paranoïaque.

Objectif

En s'appuyant sur la théorie de l'argumentation et plus particulièrement sur les marqueurs argumentatifs présents dans le discours, nous proposons l'hypothèse principale selon laquelle des marqueurs de type justificatifs et explicatifs seraient présents dans le discours des sujets.

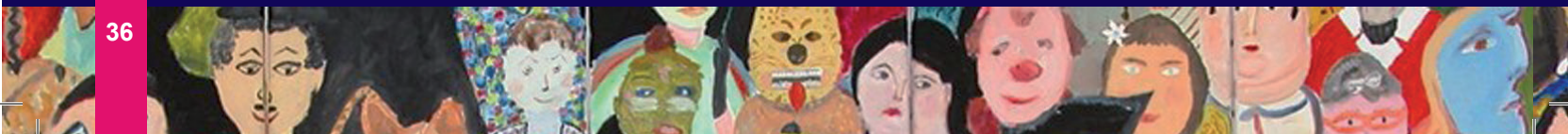
D'autre part, nous avons établi les hypothèses secondaires suivantes :

- une absence de marqueurs concessifs et oppositifs allant dans le sens d'une conviction de leur argumentation ;

- la croyance principale du patient serait celle qui apparaîtrait le plus dans le discours et introduirait des croyances « périphériques ».

Méthode

Cinq sujets diagnostiqués schizophrènes selon les critères du DSM IV-TR, évalués par les échelles de la PANSS et de la SAPS (évaluation clinique de la symptomatologie délirante) ont été inclus dans notre étude préliminaire.



L'étude se décompose en 3 parties :

- 1/ un entretien semi dirigé, explorant quatre thèmes. Cet entretien avait pour but d'approfondir les différentes dimensions de l'argumentation des croyances. Les différents entretiens ont été retranscrits intégralement, regroupés en corpus et analysés à l'aide du logiciel IRAMUTEQ. Cette analyse a permis de faire ressortir des regroupements de mots statistiquement significatifs ;
- 2/ les marqueurs argumentatifs ont ensuite été recontextualisés afin de restituer leur charge argumentative ;
- 3/ Les entretiens ont été découpés afin de faire ressortir les croyances principales et périphériques ainsi que l'argumentation associée.

Les résultats

Les résultats préliminaires montrent que les patients utilisent principalement des opérateurs justificatifs dans l'argumentation de leurs croyances, ce qui va dans le sens de notre hypothèse. Les résultats mettent en évidence l'absence de marqueurs argumentatifs de type concessifs et oppositifs. La croyance principale n'est pas celle qui apparaît le plus dans le discours mais c'est celle qui est la plus argumentée. Enfin les croyances périphériques apparaissent une seule fois dans le discours et servent à étayer la croyance principale.

Conclusion

Ces premiers résultats encourageants nécessitent un plus grand nombre de sujets pour confirmer ces mécanismes dans le discours du patient. Cette approche pouvant permettre à longue échéance une approche thérapeutique nouvelle des délires chez le patient schizophrène.

P16 - ANTIPSYCHOTIQUES ET CARDIOTOXICITÉ : ÉVALUATION DE L'ALLONGEMENT DE L'INTERVALLE QT CHEZ LES MALADES HOSPITALISÉS DANS LE SERVICE DE PSYCHIATRIE

Amina HADJILA ¹, Wafaa BOUTERFAS ², Reda BENOSMANE ³, Houcine BOUCIF ⁴.

¹ Pharmacienne résidente en hydrologie-bromatologie médicale, CHU Tlemcen, Algérie, promo2006pharma@gmail.com

² Pharmacienne à la Pharmacie Centrale, CHU Tlemcen, Algérie

³ Médecin-Chef, maître-assistant en psychiatrie, CHU Tlemcen, Algérie

⁴ Médecin maître-assistant en psychiatrie, CHU Tlemcen, Algérie.

Les patients psychiatriques présentent une surmortalité liée en partie aux morts subites, favorisées par certains antipsychotiques et d'autres psychotropes. La mauvaise tolérance cardiaque de ces médicaments est liée à l'allongement de l'intervalle QT dans l'électrocardiogramme, ce qui favorise la survenue de torsades de pointes donnant lieu à des morts subites. Dans le but d'étudier la relation entre la prise d'antipsychotiques et l'apparition des allongements de l'intervalle QT, une étude cohorte analytique prospective type exposé non exposé a été menée au niveau du CHU Tlemcen, service de psychiatrie, sur une période s'étalant de Novembre 2011 à Mai 2012. Nos résultats montrent qu'au bout de trois semaines une prise régulière d'antipsychotiques allonge l'intervalle QT, en plus l'association Halopéridol-Lévomépromazine est accusée d'être la plus cardiotoxique. En se basant sur ces résultats, un protocole de surveillance cardiologique et biologique stricte est recommandée auprès des soignants en milieu psychiatrique. Ces derniers doivent également donner plus d'importance à cet effet indésirable qui reste méconnu.

Mots clés : allongement ; antipsychotiques ; électrocardiogramme ; intervalle QT.

P17 - UNE FAMILLE IDÉALISÉE AU CŒUR D'UN TROUBLE DE L'HUMEUR

Dr. COHEN A, Dr. CATRIN E, Mme GAULT C, Mme LEDUC C, Dr. GHEORGHIEV C

Hôpital d'instruction des armées Bégin, St Mandé

aliciacohen@hotmail.com

La présentation de notre cas clinique consiste à illustrer les caractéristiques d'un trouble de l'humeur afin d'en discuter le cadre nosographique et d'en situer les problématiques en termes de prise en charge.

Il s'agira de décrire la symptomatologie de Mr. H, patient de 52 ans adressé dans notre service via les urgences après un malaise sur son lieu de travail, sans étiologie organique évidente. L'examen va mettre en évidence un intense fléchissement thymique accompagné d'une attitude de repli au premier plan et de recours à des alcoolisations massives inhabituelles. Cette symptomatologie s'inscrit dans une suite d'épisodes d'effondrements récurrents plusieurs fois par an jamais pris en charge.

Ces moments semblent s'inscrire dans une dimension réactionnelle en lien avec des relations avec son entourage affectif en galonnant sa biographie de ruptures brutales et en apparence énigmatiques. Différentes perspectives étiopathogéniques peuvent être discutées devant ce tableau clinique. Nous en précisons les contours et proposerons une discussion diagnostique. Enfin nous tenterons d'offrir un éclairage de leurs enjeux subjectifs pour notre patient.

La psychiatrie des Amériques : dialogue, renouveau et renouvellement

P18 - ÉTAT DE MAL PARTIEL COMPLEXE ET TED : À PROPOS D'UN CAS

Dr. Chakib BENABBAS, Dr. Eric MARCEL, CH J.-M. Charcot, unité ATED, Plaisir
Adresse postale : C.H. J.-M. Charcot, 30 rue Marc Laurent, 78370 Plaisir
Adresse mail : chakib.bennabas@ch-charcot78.fr

Nous proposons le cas clinique d'un homme de 23 ans, présentant un trouble envahissant du développement. Dans les antécédents, nous retrouvons une épilepsie généralisée myoclonique de l'enfance (à 9 mois de vie). Après une stabilisation sous traitement antiépileptique pendant plusieurs années, il va présenter des troubles du comportement auto et hétéro agressifs associés à une régression des acquisitions et des difficultés motrices de plus en plus importantes. Également il était constaté une perte de poids, une difficulté à la déglutition. La famille s'orientant alors vers une origine d'intolérance alimentaire avec un régime sans gluten et baisse du traitement psychotrope tant antiépileptique que neuroleptique. Devant une aggravation progressive de son état clinique, il nous est adressé en consultation. La clinique, atypique sur un plan autistique et l'existence d'absences épileptiques typiques associées à des clonies oropharyngées vont orienter vers une étiologie épileptique de l'aggravation des troubles. Une réadaptation du traitement antiépileptique va permettre une amélioration spectaculaire des troubles avec une diminution des troubles du comportement, une bonne reprise de la marche, une reprise du poids avec un régime normal. Il persiste quelques absences et clonies oropharyngées. Une adaptation plus fine du traitement antiépileptique est actuellement en cours pour obtenir une disparition des crises comitiales. La symptomatologie nous a donc fait évoquer, vu la durée des crises et leurs cliniques, un état de mal partiel complexe compliquant un TED. Il est ainsi indispensable, devant toute atypicité clinique d'évoquer une pathologie somatique, et, dans notre cas, neurologique.

P19 - L'USAGE DU MODECATE EN PRATIQUE EXTRAHOSPITALIÈRE « À PROPOS DE LA SAGA JUDICIAIRE DE DOCTEUR K »

OUKALI. H, YAKHLEF. W, MESSAOUDI. A - E.H.S Psychiatrie El-Madher, Batna

C'est ainsi que le 12/11/2012, notre collègue Dr. K. H a reçu à sa consultation le patient D. S ; un patient psychotique connu de nos services, bien stabilisé sous traitement neuroleptique et qui venait comme à l'accoutumée pour renouveler son ordonnance et faire son injection mensuelle de MODECATE. Il était ce jour là accompagné de sa sœur qui semblait satisfaite, comme toute la famille d'ailleurs de l'amélioration de l'état de santé du patient.

Trois semaines plus tard, la sœur du patient se présente à l'hôpital pour nous annoncer que son frère était gravement malade et qu'il était hospitalisé à l'hôpital de « Oued El-athmania », car il était en visite familiale là-bas. Elle demande à voir particulièrement Dr. K. H et quand cette dernière l'a reçue, la sœur du patient a tenté de l'agresser sous prétexte que c'est l'injection de MODECATE qui est à l'origine de l'état critique dans lequel se trouvait le patient.

Signalons que ce patient était suivi depuis trois ans et hospitalisé à maintes reprises à notre niveau en qualité de cure libre et à l'hôpital d'Oued El-athmania en internement judiciaire. Cela fait trois ans qu'il est sous traitement neuroleptiques et notamment sous neuroleptique à action prolongée.

Trois semaines plus tard, Dr. K. H reçoit une convocation des services de police de la daïra de Chelghoum Laid et c'est à leur niveau qu'elle apprendra la nouvelle du décès du patient D. S et la plainte déposée à son encontre par la famille du défunt qui de façon intransigeante a pris pour cause du décès l'injection de MODECATE que le patient a reçu à l'EHS de Batna.

Les déboires du Dr. K. H ne font que commencer. Nous avons essayé tant bien que mal de la tranquilliser en lui disant, que même s'il s'agissait d'un décès secondaire à un syndrome malin des neuroleptiques, sa responsabilité est nullement engagée et que cet accident pratiquement exceptionnel, peut survenir chez tout patient mis sous neuroleptiques et à tout moment de l'évolution de la pathologie. Nous avons appris par la suite que la famille a demandé une autopsie et à notre grande déception, le confrère légiste dans le point n°4 de la conclusion de son rapport disait : « La cause du décès est représentée par les troubles cardio-pulmonaires et circulatoires secondaires à l'infection massive et généralisée ainsi qu'un état de coagulation intra vasculaire disséminée qui aurait pu être aggravé par l'injection de la 2ème ampoule de MODECATE 100mg dont on ignore les circonstances exactes de son administration, lesquelles sont très strictes ».

Ce point n°4 va enfoncer Dr. K. H qui sera inculpée d'homicide involontaire et négligence dans la prise en charge du patient. Quel malheur pour Dr. K. H, qui paradoxalement, attendait l'arrivée d'un heureux événement : un bébé.

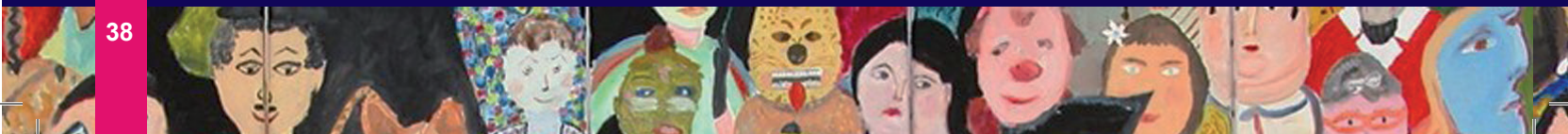
Le procureur demande la peine d'une année de prison ferme et une amende de 500 000 DA à l'encontre de notre collègue.

Loin d'être un simple fait divers, cette affaire pose d'inquiétantes questions concernant l'usage extrahospitalier des neuroleptiques en général et des neuroleptiques à action prolongée en particulier.

Enfin, revenant au Dr. K. H qui a fini, tant bien que mal, par accoucher par césarienne ;

- Elle qui fait un état dépressif avec exacerbation de l'anxiété à chaque comparution
- Elle qui voit sa carrière universitaire compromise
- Elle qui vit de gros problèmes en milieu familial et surtout conjugal compte tenu de son irritabilité et de son exaspération et j'en passe sur le plan physique et c'est pas fini car nous attendons toujours la sentence.

Chez nous à l'EHS de Batna, le MODECATE a changé de nom commercial, c'est devenu le « MAUDIT-CAT »



P20 - EST-IL POSSIBLE DE PRÉVENIR LE SUICIDE ?

YAKHLEF. W, OUKALI. H, MESSAOUDI. A - EHS PSYCHIATRIE ELMADHER BATNA

INTRODUCTION

Le terme de prévention a recouvert plusieurs acceptions au cours de l'histoire. Le mot prévention est issu du latin judiciaire « praevenire », dont le sens est double : citer en justice, ou bien prévenir en avertissant. C'est seulement au XIX^{ème} siècle que, en langage de santé publique, le terme a revêtu le sens de comportement préventif, qualifiant ainsi l'activité qui doit permettre d'éviter de contracter une pathologie, ou diminuer le risque d'y être soumis. Au XVI^{ème} siècle, prévenir signifie aller au devant des désirs, d'où est resté dans l'usage moderne le qualificatif prévenant, que l'on applique à quelqu'un rempli de sollicitude vis-à-vis de l'autre.

Dans un contexte où les cliniciens, les responsables du champ sanitaire, le grand public, les familles concernées sont durement interpellés par le phénomène suicidaire, la prévention s'inscrit comme une aspiration d'annuler par anticipation tout problème et tout risque, en l'occurrence tout danger de mort volontaire. L'acte préventif se propose de se situer en amont de la pensée et de l'acte suicidaire. Il aurait suffi en toute logique d'identifier les risques et de remonter les chaînes de causalité pour rompre avec la fatalité du mal. Pour les survivants, le suicide d'un proche est une plaie ouverte et la question reste en suspens : que n'a-t-on pas vu, ou pas fait, qui aurait pu empêcher cela ? Y a-t-il eu une faute de vigilance, un manque de compétence ? À qui la faute incombe-t-elle ? Le pacte qui lie chacun à la vie a été rompu, il doit bien y avoir quelqu'un qui aurait pu, qui aurait dû agir et ne l'a pas fait. On n'a pas su ou voulu prévenir ! La prévention devient donc une dimension obligée qui se décline classiquement en trois temps situés en amont et en aval d'un geste suicidaire.

Au-delà de l'exercice sémantique, la prévention s'est naturellement déclinée à partir des caractéristiques du phénomène. Suivant la classification présentée par Leguay ; on a la prévention tertiaire, à l'attention des personnes directement concernées par une problématique suicidaire actuelle, la prévention secondaire visant les personnes présentant des facteurs de risques, sociaux, pathologiques, ou liés à des conduites à risque et la prévention primaire auprès de la population dans son ensemble, dans les caractéristiques sociodémographiques globales d'un corps social géographiquement déterminé.

Prévention tertiaire, ou médicale

Elle repose sur le soin aux suicidants et le repérage des dimensions clairement pathologiques, et leur prise en charge à un niveau individuel et collectif. Le repérage de la crise suicidaire constitue le socle de cette prévention tertiaire. La notion de crise suicidaire s'est récemment imposée comme une évolution de la conception psychiatrique traditionnelle du suicide, pour se définir comme un moment de rupture des équilibres psychiques, d'invasion par une angoisse déstructurante, débordant les mécanismes de défenses habituels. Le passage à l'acte suicidaire constitue dans ce contexte l'un des moyens de réduire la tension, le sujet ne pouvant choisir entre l'identification à une position de victime et celle d'agresseur, et se décidant finalement à être les deux.

L'intérêt d'identifier une période de crise suicidaire réside dans le fait qu'elle va permettre, au contraire du raptus suicidaire, de laisser place à des interventions préventives. Entre les idées de suicide, l'intention suicidaire et le geste, se passent généralement des intervalles de temps qui vont autoriser des actions de soins. La prise en charge au décours d'une éventuelle tentative aura également pour objectif de prévenir la récurrence.

Prévention secondaire

Elle concerne la prise en charge des personnes présentant un facteur de risque ou une pathologie exposant clairement au passage à l'acte suicidaire. Cette prévention consiste également à prendre en compte les facteurs de risque liés à la pathologie.

Le suicide, en effet, se prête à une lecture médicale, tant par son lien presque systématique, avec une pathologie psychiatrique déterminée que par les caractéristiques cliniques ou paracliniques qu'il présente. Il est donc logique de tenter de le prévenir par cette voie...

Prévention primaire

La prévention primaire s'efforce de déchiffrer l'énigme du suicide dans la population générale. Il s'agit de nommer les relations entre les faits sociaux et le suicide. Or, jamais on ne disposera de certitude absolue sur les liens réels de causalité entre les variables sociales et macroéconomiques et le suicide, bref entre le milieu et le suicide.

Éthique de la prévention

Mais, doit-on, peut-on, et comment devrait-on intervenir dans le champ de la prévention primaire du suicide ? Doit-on intervenir ? Et d'abord sur quoi ?

Peut-il s'agir d'une vigilance d'ordre technique, organisationnelle ? Jusqu'où absolue et constante ? Et si elle l'était, les candidats au suicide ne trouveraient-ils pas d'autres moyens pour parvenir à leurs fins ? Au moins peut-on penser qu'un minimum de structuration, de procédures, de « bonnes pratiques », une culture partagée, une importance attribuée collectivement, une priorité dans les arbitrages de moyens puissent maintenir au maximum possible la contribution des professionnels de santé et des décideurs à la lutte contre le fléau.

C'est dans l'organisation concrète de la société qu'une politique de prévention peut s'élaborer, avec la mise en place de relais de vigilance, en milieu scolaire, dans certaines zones urbaines, ou à disposition de professionnels du champ social ou sanitaire. Des formations au dépistage, à l'intervention peuvent être organisées pour les différents acteurs du champ, ainsi que des initiations à la mise en place des procédures, des filières de recours, etc. Le concept de réseau est sans doute ici fondamental. Si une prévention du suicide est possible, elle pourrait passer par une amélioration du maillage des professionnels dans l'exercice de leurs fonctions et dans l'accomplissement de leurs missions.

CONCLUSION

Le suicide est un phénomène multifactoriel. D'où l'effort constant de citer des données provenant d'origines diverses et de préciser leur mode d'obtention et leurs limites. La question cruciale n'est-elle pas celle de l'identification de la crise suicidaire et plus que tout de la prévention ?

Décision personnelle entre toutes, le suicide est le fait de pour qui, pour un temps, n'existe plus rien : les proches, la cité, la santé, l'histoire personnelle, la culture, toutes ces sphères qui se croisent, s'enveloppent - plus ou moins harmonieusement - se repoussent ; plus rien brusquement ne fait sens. Le mécanisme s'est enrayé ; le sujet ne voit plus son insertion dans aucun groupe social, dans la cité, perd le goût et le contrôle de sa santé, ne se connaît plus d'histoire personnelle, se sent dépassé par tout et même le savoir-faire de son groupe ne lui est plus d'aucun secours. C'est alors, que la trajectoire de vie peut pencher dangereusement vers un geste fatal.

Bien entendu, il est sans doute toujours possible d'en empêcher l'occurrence, à un moment, et pour une personne donnée, lorsque les circonstances s'y prêtent. C'est tout le débat de la prévention. Mais où agir et de quel droit, alors que l'interrogation profonde du sujet est confrontée à la problématique de sa liberté de s'engager, ou non, dans un changement, sans préjudice de l'héritage personnel, familial, culturel, social dont il pourra choisir de s'affranchir ?

La psychiatrie des Amériques : dialogue, renouveau et renouvellement

P21 - TRAUMA DE TYPE I ET II, ESPT ET TROUBLES DU COMPORTEMENT DE L'ENFANT

W. YAKHLEF, H. OUKALI
EHS de PSYCHIATRIE ELMADHER - BATNA

INTRODUCTION

Un enfant confronté à une agression, une catastrophe ou un accident présente souvent des difficultés psychologiques, potentiellement invalidantes et durables liées au traumatisme psychique subi. Leur sémiologie et leurs modalités de traitement méritent d'être mieux connues.

Les événements

Il est maintenant établi chez l'enfant que l'état de stress post-traumatique, principale complication psychopathologique suite à un stress majeur, survient en réponse à la confrontation brusque et inattendue devant une situation ou un événement, exceptionnellement menaçant au catastrophique, qui provoquerait des symptômes évidents de détresse chez la plupart des individus. Chez l'enfant comme chez l'adulte, on se réfère à des événements graves, représentant une menace pour la vie ou l'intégrité physique (maltraitance, catastrophes naturelles, guerre, attentats, viol...), à l'origine d'un trauma, et non à des stress de la vie courante. Il s'agit de menaces directes sur l'enfant ou qu'il soit spectateur de la mort ou de l'agression d'autrui. Le deuil peut être traumatique en fonction de ses caractéristiques ou de la vulnérabilité de l'enfant.

La sémiologie immédiate

Quand il y a effraction traumatique, la réaction immédiate de l'enfant se traduit par une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur, un comportement désorganisé ou agité. La situation échappe à toute possibilité de contrôle, par l'enfant ou ses protecteurs naturels, les adultes. Il développe, dans les heures et jours suivants un état de choc, un état dissociatif, voire une réaction aigüe de stress, une conversion, des symptômes anxieux et/ou des troubles du comportement. Rarement, on verra un trouble psychotique aigu. Dans certains cas, le trauma précipite l'installation d'un état dépressif de constitution rapide, dès cette phase initiale. À tout moment, il faut être vigilant par rapport à un risque suicidaire, non négligeable, en particulier en cas d'abus sexuels. Le risque de troubles post-traumatiques chroniques est d'autant plus important que ses premiers troubles sont marqués.

L'état de stress post-traumatique (ESPT)

À la suite d'un psychotraumatisme, tous les types de troubles psychopathologiques peuvent apparaître, en particulier des troubles anxieux, des troubles de l'humeur ou du comportement. L'état de stress post-traumatique des classifications internationales ne représente pas le seul type de trouble observable, chez l'enfant ou adolescent, mais il constitue la forme la plus caractéristique et la plus fréquente de l'atteinte psycho-traumatique.

Un trauma revécu

Le trauma est constamment remémoré ou revécu, de façon anxiogène et envahissante, comme en témoigne la présence de souvenirs intenses, de rêves répétitifs, d'impressions ou d'agissements comme si l'événement allait se reproduire. Quand le sujet est exposé à des situations ressemblant à l'événement traumatique ou associées à ce dernier, il éprouve un sentiment de détresse marquée ou une réactivité physiologique. Le patient tend à l'évitement de situations, d'activités, de lieux, de personnes, de pensées, de sentiments, de conversations associées au facteur de stress.

Deux types de trauma

Les troubles psychotraumatiques de type I

Correspondent à la description de l'ESPT. Ils surviennent après l'exposition brutale et imprévisible à un événement unique et limité dans le temps. Leur survenue est généralement rapide et tranche avec le niveau antérieur du fonctionnement de l'enfant.

Les troubles psychotraumatiques de type II

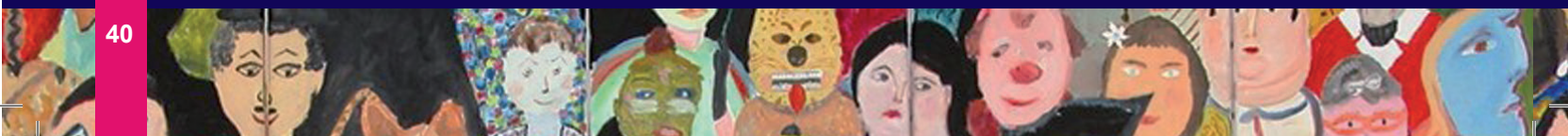
Consécutifs à une exposition prolongée ou répétée à des événements majeurs.

Un type de complication et une comorbidité sous-estimés : les troubles du comportement Victime et / ou agresseur ?

Certains jeunes patients se montrent également victime et agresseur, usant de violence et suscitant le rejet et l'exclusion, en particulier en milieu scolaire. Dans certains cas, ils ont subi de multiples placements. Leurs capacités d'attachement sont très perturbées par les nombreuses ruptures et les défaillances des adultes autour d'eux, ajoutant à leur insécurité et contribuant à leur réactivité défensive sur le mode de la défense et de l'attaque. Les troubles du comportement qu'ils présentent au long cours réalisent parfois un véritable trouble des conduites...

Trauma, ESPT, TOP et TC

En ce qui concerne l'association trauma, ESPT, trouble oppositionnel avec provocation et trouble des conduites, le trauma expose à un excès de problèmes de comportement externalisés, de conflits d'autorité, de délinquance et d'usage de drogue et d'alcool. Le trauma est un facteur de risque de TC et de TOP et il pourrait y avoir, au moins en partie, une causalité commune. L'ESPT augmente les problèmes de comportement bien qu'il soit difficile d'affirmer qu'il précède ou s'associe aux TOP et TC après un trauma.



Existe-t-il une répétition transgénérationnelle?

La sémiologie de l'ESPT explique en elle-même la place privilégiée des conduites agressives et des problèmes de comportements dans ce cadre, de même que ses capacités développementales. Ferenczi avait montré que certains sujets reprenaient à leur compte les agissements de leur bourreau. Cela a posé la question de la reproduction ultérieure des sévices subis par un enfant sur sa descendance ou d'autres victimes...

Anxiété de séparation

C'est une comorbidité fréquente chez les jeunes victimes. Dans certains cas, l'enfant envahi par ses craintes de perte et d'abandon va exercer une véritable tyrannie sur ses parents pour les contrôler, limiter leurs déplacements sans lui et éviter de s'éloigner d'eux jusqu'à des menaces, des coups ou multiplier les exactions à l'extérieur pour se faire exclure et rester à la maison.

Troubles précoces de la personnalité

Dans les traumatismes de type II de Terr, les troubles sont chroniques et on observe plus particulièrement des troubles de la personnalité précoces et incomplets, une hyperactivité, une agressivité avec des sentiments de rage, des automutilations, des symptômes du trouble des conduites, des idées homicides, une identification à l'agresseur.

Abus sexuels

En ce qui concerne le cas particulier de l'impact des abus sexuels, les agressions sont retrouvées dans 40 % des cas. Chez les adolescents, l'autoagressivité représente 71 % des cas, l'abus de substance 53 %, les fugues 45 %. Chez les enfants d'âge préscolaire, les troubles du comportement représentent 45 % des cas et les comportements sexualisés 35 %.

Les traitements

En absence de troubles, un suivi simple suffit, en sachant que des troubles différés sont possibles, mais peu fréquents, s'il n'y a pas de signes précoces. S'il présente des facteurs de risque ou des troubles aigus, l'enfant doit être revu rapidement en consultation et suivi au moins 6 mois, période pendant laquelle le risque de survenue de troubles chroniques est maximal. L'enfant doit être orienté vers un spécialiste du psychotraumatisme s'il présente des troubles intenses ou si de nouveaux symptômes apparaissent.

CONCLUSION

Du fait de la fréquence et de la gravité, il est important de savoir évoquer un trauma devant des symptômes très flous et même aux urgences. On ne trouve que ce que l'on cherche. Faire preuve de tact ne signifie pas ne pas poser les questions. Évoquer les événements est douloureux, cela renforçant l'évitement puisque, à court terme, se taire évite d'accroître la douleur mais, à long terme, le souvenir ou ses effets persistent, qu'on le veuille ou non. Intervenir s'oppose à la loi du silence qui s'installe habituellement autour du traumatisme, en raison de l'évitement caractéristique des réactions psychotraumatiques, confinant les victimes dans le non-dit, l'isolement, l'injustice et la culpabilité.

P22 - SIGNES PRÉCOCES DE LA SCHIZOPHRÉNIE

OUKALI. H, YAKHLEF. W, KHOMS. K
E.H.S Psychiatrie El Madher BATNA

Comment la schizophrénie débute-t-elle ?

Généralement, l'apparition de la schizophrénie est précédée d'une phase prodromique peu spécifique qui peut être assez longue (durée moyenne de 4-5 ans ; cependant, elle peut varier entre quelques semaines et plusieurs années). L'étude ABC (Age, Begin and Course) est la première étude représentative à répondre à cette question. Souvent, ces patients et leur entourage avaient déjà remarqué de premières modifications psychiques 4 à 5 ans en moyenne avant que le diagnostic de schizophrénie ne soit retenu pour la première fois.

Généralement, ces modifications sont de l'ordre suivant : retrait social, méfiance, perte de l'appétit et du sommeil, agitation, angoisses, manque d'énergie, perte de confiance en soi, irritabilité, troubles de la pensée et difficultés de concentration. Une « cassure dans le parcours de vie » est également fréquente ; elle se manifeste par une dégradation progressive du fonctionnement professionnel, scolaire, conjugal et/ou social. On note aussi que des symptômes psychotiques tels que des idées délirantes, des hallucinations ou des troubles de la pensée ont fait une apparition un an en moyenne avant le diagnostic initial.

La check-list des risques comme instrument de dépistage

Pour permettre au médecin une évaluation rapide et ciblée de ces patients, nous proposons une check-list des risques de psychose débutante en nous appuyant sur de nombreuses publications. Cette check-list contient, à la fois, les signes précoces potentiels les plus importants et les facteurs de risque d'une psychose débutante. Elle est conçue pour vous aider à décider. Check-list des risques – « fepsy-Projekt » de Bâle (Früherkennung von Psychosen).

La psychiatrie des Amériques : dialogue, renouveau et renouvellement

Lorsque la personnalité et le fonctionnement d'une personne se modifient subitement et durablement – sans raison apparente –, il faut toujours penser à l'éventualité d'une psychose débutante. Soyez attentifs aux facteurs de risque et signes précoces suivants, en particulier si ceux-ci sont apparus au cours des dernières années:

A- Modifications de la personnalité et du fonctionnement

- Modifications de la personnalité
- Modifications des sentiments
- Modifications du fonctionnement
- Modification des centres d'intérêt
- Modification de la perception de la réalité
- Modification des capacités relationnelles
- Comportement nettement bizarre
- Discours particulier

B- «Cassure» dans le parcours de vie

Cassure marquante dans le fonctionnement, difficultés professionnelles, scolaires, etc. Chute professionnelle, perte de la place de formation ou de travail. Dégradation nette des capacités relationnelles (couple, famille, profession, etc.)

C- Maladie psychique dans la parenté

Psychose connue ou suspectée dans la famille / parenté, autres maladies psychiques dans la famille

D- Drogues

E- Âge : patient / patiente de moins de 30 ans (un début plus tardif est toujours possible !)

Place du généraliste dans le dépistage des psychoses

Pour le patient, il est nettement moins gênant de consulter un médecin généraliste que de s'adresser à un psychiatre. Le généraliste représente donc souvent une première référence et une personne de confiance.

A l'aide de notre check-list, le généraliste peut dépister très précocement le début d'une telle pathologie. Il va de soi que les signes peu spécifiques se manifestent aussi dans d'autres maladies psychiques ; ce sont, entre autres, les difficultés de concentration, la forte distractivité, la labilité de l'humeur, l'irritabilité, la fatigabilité, les troubles du sommeil, le retrait social.

Mais notre check-list comporte aussi des signes plus spécifiques tels que la méfiance, la «cassure dans le parcours de vie» décrite plus haut, une intensification des troubles cognitifs (les pensées s'emmêlent, le patient ne peut plus penser clairement), des altérations de la perception de la réalité (entendre ou voir des choses inhabituelles), des idées de référence débutantes (s'attribuer la responsabilité de certains événements, se sentir observé) ou encore le développement de centres d'intérêt inhabituels.

Importance du dépistage précoce d'une psychose débutante

Le dépistage précoce d'une pathologie du type de la schizophrénie peut relever du défi dans les formes à début insidieux. Mais il vaut la peine que le généraliste relève ce défi ; en effet, il a été montré que plus une psychose non traitée dure, plus elle est délétère du point de vue de la symptomatologie, des capacités sociales et cognitives, et plus les possibilités de traitement sont réduites. De nombreux auteurs rapportent qu'une intervention précoce peut influencer favorablement l'évolution à court et à long terme. Dans le contexte d'une psychose existe également un risque suicidaire élevé. Reconnaître précocement une psychose débutante peut, non seulement, souvent empêcher que la maladie ne devienne chronique, mais aussi, parfois sauver des vies.

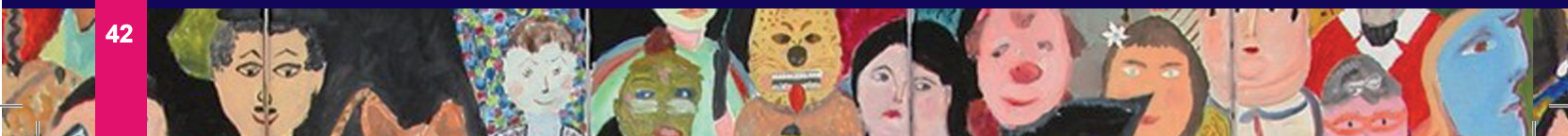
Conclusion

Une phase prodromique peu spécifique de 4-5 ans et une «cassure dans le parcours de vie» précèdent l'apparition claire d'une schizophrénie dans beaucoup de cas.

Le début de la maladie est souvent insidieux, marqué par des symptômes surtout négatifs et peu spécifiques.

La «check-list des risques» passe en revue les facteurs de risque et les signes précoces les plus importants et devrait faciliter une évaluation rapide et ciblée ; elle aide le généraliste à décider s'il faut adresser le patient à un psychiatre ou à une institution psychiatrique.

Un dépistage et une intervention précoces peuvent avoir une influence favorable sur l'évolution.



P23 - LA COHÉRENCE CARDIAQUE : ÉTAT DES CONNAISSANCES ACTUELLES ET BÉNÉFICES EN PSYCHIATRIE

Pierre GERARD ^{1,2} et Sonia DOLLFUS ^{1,2,3}

¹ CHU Caen, service universitaire de psychiatrie, Centre Esquirol, Caen, France, F-14000

² Université de Caen Basse Normandie, faculté de médecine, France, 14 000

³ UMR 6301, ISTS, Centre Cycecon, Bbl H. Becquerel, Caen, 14000, France

Le stress joue un rôle prépondérant dans un grand nombre d'affections psychiatriques. L'institut HeartMath® a développé une technique de gestion du stress appelée cohérence cardiaque. Cette technique se fonde sur une rééducation du système nerveux autonome en améliorant l'équilibre de la balance sympatho-vagale par augmentation de la variabilité de la fréquence cardiaque (VFC). Par cela, on obtient une augmentation de la flexibilité de ce système nerveux autonome et ainsi une meilleure tolérance au stress.

A ce jour, la VFC peut se mesurer à l'aide d'un photopléthysmographe relié à un ordinateur permettant de visualiser le résultat (biofeedback). L'intérêt du biofeedback est la visualisation en direct de la VFC au cours de manœuvres respiratoires et techniques issues des thérapies cognitivo-comportementales.

Le lien entre une altération de la VFC et différentes pathologies organiques (telles que l'hypertension artérielle et l'infarctus du myocarde) mais aussi psychiatriques (telles que les troubles anxieux et thymiques) a été établi depuis plusieurs années. De même, l'administration de certaines molécules comme les bêta-bloquants et les antidépresseurs sont associés à l'augmentation de la VFC lors de l'amélioration des symptômes. Enfin, la cohérence cardiaque a déjà prouvé ses bénéfices dans le traitement de plusieurs troubles psychiatriques tels que les troubles anxieux et les troubles thymiques.

Notre but est de réaliser une synthèse des connaissances actuelles sur la VFC et la cohérence cardiaque, de présenter cette thérapie, puis d'exposer ses bénéfices dans le traitement des pathologies psychiatriques allant des troubles anxieux jusqu'aux syndromes schizo-phréniques.

P24 - L'ÉROTOMANIE, ÉTUDE DE CAS COMPARÉE UN SIÈCLE APRÈS DE CLÉRAMBULT

BLANC J.V., WOHL M., DANTCHEV N.
CHU Hôtel Dieu, Paris, France

Introduction :

L'érotomanie est un trouble délirant rare dans lequel le postulat fondamental consiste en une conviction d'être aimé par une personne, habituellement de rang social supérieur. Sa place dans la nosographie psychiatrique reste discutée, notamment autour des notions d'« érotomanie pure » et d'« érotomanie associée » décrites par Gaëtan Gatien de Clérambault.

Observation :

Il s'agit d'une étude de cas comparée entre notre patiente de 69 ans, hospitalisée en 2013 dans le cadre d'un état délirant de thème érotomaniaque. L'idée centrale est qu'elle « est la femme » du Premier Ministre Israélien. L'observation est étayée par une anamnèse documentée sur une trentaine d'années et onze hospitalisations. L'étude de cas permet de reconstituer une évolution chronique, dont le premier objet de passion érotomane était un supérieur hiérarchique puis, de manière successive et à chaque fois unique, des personnalités du monde artistique et politique de plus en plus lointaines et d'importance. Elle fait écho à un cas similaire décrit en 1920 par de Clérambault, Léa Anna B. ayant pris pour objets de passion successivement plusieurs Rois d'Angleterre.

Aspect particulier :

Cette observation permet de rappeler les critères diagnostiques historiques établis en 1920 par Gaëtan Gatien de Clérambault, confrontés à la clinique actuelle. Nous détaillons par la suite les éléments pouvant discriminer les formes primaires et secondaires de l'érotomanie en utilisant les scores issus d'une littérature récente.

Conclusion :

Cette étude comparée permet de discuter de l'évolution des présentations cliniques, d'autant plus pertinente au vue des évolutions majeures en psychiatrie du XXe siècle.

P25 - MÉTHODE ORIGINALE DE DIAGNOSTIC INTÉGRATIF À L'HÔPITAL

Dr. HERON Anne*, Pr. STORA Jean Benjamin**, Dr. PARIS Pierre***

* Enseignant-Chercheur en Neurosciences, Physiologie Humaine & Expérimentale, Université Paris Descartes anne.heron@parisdescartes.fr

** Psychanalyste-Psychosomatien, Faculté de Médecine de La Pitié-Salpêtrière-Président de la Société de Psychosomatique Intégrative

*** Psychiatre-Chef du Pôle Santé Mentale, CSAPA, Centre Hospitalier de Dreux

Dans cette étude, est présentée une méthode de diagnostic originale qui permet de préciser les interrelations des composantes psychiques et somatiques d'un individu (Stora, 2012, 2013).

La méthode a été testée chez un patient âgé de 47 ans, suivi pour troubles addictifs complexes en Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA), et hospitalisé à plusieurs reprises au Centre d'Accueil et de Crise de Psychiatrie (CAC), ainsi que dans plusieurs services de médecine.

Cette méthode spécifique de diagnostic pluridimensionnel intègre les données recueillies au cours d'un seul entretien, celles du dossier médical informatisé, ainsi que les résultats d'un autoquestionnaire d'aide au diagnostic (traduit et adapté d'après Millon et coll, 2001).

Les résultats de l'étude révèlent les relations particulières qui existent entre les événements de vie du patient, son fonctionnement psychique, ses différents comportements, son environnement et les processus tant psychopathologiques que physiopathologiques mis en jeu dans ses différents troubles.

L'analyse intégrative des données permet de pointer aisément les marqueurs de vulnérabilité somatique et psychique qui doivent guider la prise en charge globale du patient au long cours.

La psychiatrie des Amériques : dialogue, renouveau et renouvellement

P26 - ÉVOLUTION DES PERFORMANCES COGNITIVES CHEZ DES PATIENTS ATTEINTS DE SCHIZOPHRÉNIE APRÈS REMÉDIATION COGNITIVE : ÉTUDE TUNISIENNE À PROPOS DE 15 PATIENTS

Leila GASSAB, Salwa BRAHEM, Fawzia LTAIEF, Anwar MECHRI, Lotfi GAHA

Laboratoire de recherche « Vulnérabilité aux psychoses »
Service de Psychiatrie, CHU F. Bourguiba, Monastir (Tunisie)
Auteur correspondant : leilagassab@yahoo.fr

Introduction :

Les déficits cognitifs sont fréquents chez les patients atteints de schizophrénie et peuvent atteindre jusqu'à 85 % des patients, d'où l'éventuel intérêt de la remédiation cognitive dans la prise en charge de ces patients. L'objectif de notre travail était de comparer les performances cognitives de patients atteints de schizophrénie avant et après remédiation cognitive.

Matériel et méthode :

Ce travail a concerné 15 patients répondant aux critères diagnostiques de schizophrénie (selon le DSM-IV-TR). L'âge moyen du groupe était de $31.0 \pm 8,25$ ans. Tous les patients étaient en rémission depuis plus de 6 mois et ont bénéficié d'un programme de remédiation cognitive assisté par ordinateur (REHACOM). Ce programme a comporté 8 séances de remédiation à raison de 2 séances par semaine. Les fonctions cognitives entraînées étaient l'attention/concentration, la mémoire topologique et le raisonnement logique.

L'évaluation neurocognitive était effectuée par le Vienna test system : le COGNITRONE pour l'attention/concentration, le CORSI BLOCK TAPPING TEST pour la mémoire topologique et la matrice de RAVEN pour le raisonnement logique.

Nous avons effectué 3 temps d'évaluation : avant la remédiation cognitive (T0), à la fin de la remédiation (T1) et après un mois de la remédiation (T2).

Résultats :

Nous avons noté une amélioration significative de l'attention/concentration, de la mémoire topologique ainsi que le raisonnement logique au 2 temps d'évaluation T1 et T2 ($p < 0,05$).

Conclusion :

Nos résultats confirment l'effet bénéfique de la remédiation cognitive sur les performances cognitives chez les patients atteints de schizophrénie. Par ailleurs, il serait utile d'étudier le maintien de cette amélioration à moyen et long termes ainsi que son apport sur la qualité de vie des patients.

P27 - IMPACT DU PROGRAMME DE MINDFULNESS BASED STRESS REDUCTION SUR LE STRESS PERÇU ET LE MODE DE COPING.

Caroline ROESER, psychiatre libéral, instructeur Mindfulness, Prezence-Mindfulness, Strasbourg

Le MBSR (Mindfulness Based Stress Reduction) s'inscrit dans la 3ème vague des thérapies comportementales et cognitives et fait l'objet de publications. Cette étude rapporte les effets du programme MBSR sur 37 personnes qui ont suivi la formation avec le même instructeur et qui ont été évaluées au début et à l'issue du programme. Nous avons utilisé l'échelle de stress perçu de Cohen ainsi que l'échelle toulousaine de coping.

Nous constatons un effet positif et très significatif du MBSR sur la réduction du score de stress perçu ($t=6,92$, $p < 0,00001$).

En ce qui concerne l'analyse des résultats sur le mode de coping, on note une utilisation significativement augmentée de la focalisation active ($p < 0,05$), de la coopération ($p < 0,05$), d'une augmentation de la conversion comportementale ($p < 0,05$), d'une diminution de la distraction et du retrait comportemental et social ($p < 0,05$). Dans le champ de l'information, nous notons une élévation de l'acceptation du problème ($p < 0,01$), une diminution du retrait mental ou de l'oubli actif ($p < 0,05$). Sur le plan émotionnel, nous notons une diminution de la focalisation émotionnelle ($p < 0,0001$) et un contrôle émotionnel significatif ($p < 0,05$).

MBSR s'avère être un outil de gestion du stress efficace en potentialisant le développement des ressources stratégiques et en augmentant leurs capacités d'action, d'acceptation et d'un meilleur contrôle émotionnel.

P28 - ÉVALUATION DE LA FORMATION À LA RELATION D'AIDE DES INFIRMIERS À LA CONSULTATION EXTERNE DE L'HÔPITAL MOHAMED TAHAR MAAMOURI DE NABEUL

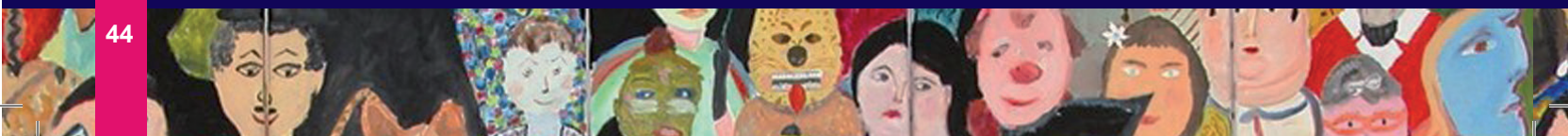
Manel JEBALI ; Leila LETAIEF ; Imen BEN HASSEN ; Mohamed OUMAYA ; Sarra FELFEL ; Riadh BOUZID.
Service de psychiatrie, Hôpital Mohamed Tahar Maamouri, Nabeul, Tunisie.

Introduction et objectif :

La formation continue et l'encadrement des infirmiers sont d'une valeur indiscutable autant pour les soins, que l'enrichissement des connaissances, et le renforcement de l'estime de soi. Les soins offerts par l'infirmier à son malade sont de deux types : soins techniques et soins relationnels. La relation d'aide fait partie du soin relationnel. La formation à la relation d'aide reste insuffisante, bien que indispensable. Dans ce cadre, notre travail avait pour objectif d'évaluer la qualité de la formation à la relation d'aide.

Méthodologie :

Il s'agit d'une étude transversale descriptive sur la période allant du 17/2/2014 au 24/2/2014. Tous les infirmiers des consultations externes de l'Hôpital Mohamed Tahar Maamouri de Nabeul ont répondu à un questionnaire. Il s'agit d'un auto-questionnaire composé de neuf questions fermées, évaluant certaines données sociodémographiques, les moyens utilisés pour assurer une formation à la relation d'aide, la satisfaction et la motivation de notre population. Les résultats sont en cours.



P29 - LE HANDICAP SOMATOPSYCHIQUE CHEZ L'ENFANT: UN CONCEPT MANQUANT D'OPÉRATIONNALITÉ ?

Carla MACHADO, Psychologue clinicienne (Hôpital Lariboisière, Neurologie) et doctorante en psychopathologie, Paris 7 - carla_machado@hotmail.fr

Valérie BOUCHERAT-HUE, MCU-HDR en psychopathologie, Directrice de recherche (CRPMS-Paris 7), Psychanalyste (IPA), Psychologue clinicienne (Hôpital St Anne, CMME).

La problématique relevant du handicap psychique se rencontre dans de nombreuses pathologies mais, malgré de nombreuses inscriptions médiatiques, elle ne rentre pas encore dans le langage commun pour parler des difficultés souvent « invisibles » que rencontrent les patients souffrant de troubles somatiques chroniques.

Chez certains enfants en fin de période de latence, la situation scolaire est embolisée par un handicap (somato) psychique qui engage les praxies et immobilise l'enfant dans « une impuissance tonique » (Boucherat-Hue, 2006) répétitive. Ce mode de résistance psychosomatique se révèle par des difficultés scolaires d'allure paradoxale au cours de la deuxième période de latence, qui contrastent avec un potentiel intellectuel repérable mais difficile à actualiser dans les apprentissages, et souvent dans un secteur psychomoteur électif.

A travers l'étude d'un cas d'un jeune patient en difficultés scolaires, le bilan neuropsychologique (WISC) allié aux épreuves projectives (Rorschach, TAT et dessins) nous montrent toute la pertinence de ce double regard sur la question du handicap somatopsychique et de son inscription individuelle dans le long processus de remise en route d'une vie (familiale, sociale et scolaire) freinée par les répercussions des troubles dits de l'adaptation.

La pratique clinique d'évaluation cognitive donne à voir toute la complexité de l'interaction entre l'individu et son raccrochage dans une société qui lui demande de plus en plus d'allier performance et adaptation silencieuse.

- Boucherat-Hue, V. (2006). *Les demandes d'examen psychologique pour enfants en difficulté scolaire dans la pratique libérale du conseil et de l'orientation. Psychologie et éducation (n°20)*, p. 13-28.

P30 - PSYCHOSE CORTICO INDUITE CHEZ UN PATIENT ATTEINT DE THROMBOPÉNIE : À PROPOS D'UN CAS

Dr. Z. BENMEBAREK - Email : zoubirbenmeb@gmail.com
Dr. A.DJAARA - Email mrfree005@mail.com
Dr. T. DEMAGH
Pr. H. OUKALI

Les corticoïdes sont des médicaments utilisés dans plusieurs affections allergiques, néoplasiques, inflammatoires, auto-immunes... Leur utilisation est connue pour engendrer des effets secondaires somatiques et psychiques. Les réactions psychologiques à la corticothérapie demeurent imprévisibles quant à leur déclenchement ou à leur sévérité.

Nous présentons une vignette clinique d'une psychose induite par les corticoïdes avec des troubles psychotiques qui s'est déclenchée un mois après le début du traitement corticoïde. Le traitement a consisté en l'administration de neuroleptiques classiques avec le maintien du schéma dégressif des corticoïdes. L'amélioration est obtenue au bout du dixième jour et la guérison à la troisième semaine.

Le suivi à long terme est caractérisé par une rechute symptomatique psychotique dès réduction des neuroleptiques ce qui pousse à leur maintien et le questionnement sur le risque d'évolution vers la chronicité.

P31 - CANNABIS ET TROUBLES PSYCHOTIQUES

Dr. A.MESSAOUDI(1), Pr. A.ZIRI(1), Pr. H.OUKALI(2).
(1)CHU Tizi-Ouzou, (2) CHU BATNA.

Les études ont montré que le cannabis est associé avec une moindre santé physique et psychique. Les liens entre le cannabis et les troubles psychotiques sont subtils. Les recherches récentes en imagerie, neurobiologie, neurophysiologie et génétique incriminent de plus en plus le système endocannabinoïde dans la genèse des troubles psychotiques.

Il est clair que les liens entre le cannabis, les troubles psychotiques et la schizophrénie sont étroits et complexes. La relation qui lie l'usage du cannabis aux troubles psychotiques ne s'inscrit pas dans une relation directe de cause à effet.

La causalité entre l'usage de cannabis et l'occurrence d'une schizophrénie n'est pas formellement établie, et d'autre part un usage important et précoce du cannabis chez des individus vulnérables peut accélérer l'apparition d'une schizophrénie.

La psychiatrie des Amériques : dialogue, renouveau et renouvellement

P32 - FACTEURS DE RISQUE ENVIRONNEMENTAUX À LA SCHIZOPHRÉNIE

Dr. A.MESSAOUDI(1), Pr. A.ZIRI(1), Pr. H.OUKALI(2).
(1)CHU Tizi-Ouzou, (2) CHU BATNA.

La schizophrénie est une pathologie fréquente, qui touche environ 1 % de la population générale et qui résulte d'un modèle étiopathogénique extrêmement complexe. L'hypothèse la plus probable est que des individus, porteurs d'une vulnérabilité génétique, développent une schizophrénie en fonction de l'effet délétère de l'environnement. Malgré l'absence de description claire d'un modèle de vulnérabilité, certains facteurs de risque environnementaux sont à l'heure actuelle bien documentés, comme les facteurs de risque sociaux, infectieux ou toxiques. Ajoutant à ces facteurs de risques, les avancées des recherches récentes dans le domaine neurobiologiques (neuroanatomiques, génétiques...).

Cette complexité étiopathogénique inflige la nécessité d'une prise en charge complexe ; chimiothérapie et psychothérapie.

P33 - DÉPRESSION RÉSISTANTE : ASPECTS CLINIQUES, DIAGNOSTIQUES ET ACTUALITÉS THÉRAPEUTIQUES

MADOU Fatima Zohra
EHS de psychiatrie Mahmoud Belamri .Constantine. Algérie.

Près de 30 à 40 % des patients présentant un trouble dépressif majeur, ne répondent pas au traitement anti dépressif. Beaucoup de ces patients, dits résistants, ont en fait été insuffisamment ou mal traités ou encore mal diagnostiqués. Parmi les patients, véritablement résistants, certains, présentent d'autres comorbidités psychiatriques ou somatiques, restées méconnues et contribuent à la résistance de la dépression au traitement. Des variables, telles que le sexe, les antécédents familiaux, l'âge d'apparition, la gravité et la chronicité ont également été évaluées en tant que facteurs de risques possibles, pour la dépression résistante au traitement. Ce travail, passe en revue la littérature actuelle concernant les caractéristiques cliniques de la dépression résistante au traitement, les consensus récents concernant les protocoles de traitement pour les dépressions résistantes, avec une attention particulière, à la pertinence de ces facteurs de risque, pour la prise de décision clinique.

P34 - EFFECT OF TELEPSYCHIATRIC FOLLOW UP GIVEN TO THE CAREGIVER OF THE SCHIZOPHRENIC PATIENT ON FAMILY BURDEN, DEPRESSION AND EXPRESSION OF EMOTION

Ozkan Birgül(*), Erdem Emine (**), Ozsoy Demirel Saliha(***), Zararsız Gökmen(****)
* PhD, Assitant Professor, Yıldırım Beyazıt Universty, Faculty of Health Sciences, Ankara, Turkey.
** PhD, Assistant Professor, Erciyes Universty, Faculty of Health Sciences, Kayseri, Turkey.
*** Dr. Associate Professor, Erciyes Universty, Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Kayseri, Turkey.
**** MSc, Research Assistant, Erciyes Universty Department of Biostatistics, Faculty of Medicine, Kayseri, Turkey.

ABSTRACT

Objective:

This randomized-controlled experimental study was conducted to determine the effects of regular telepsychiatric follow-up after discharge on emotional expression, depression and family burden of caregivers of the schizophrenic patients.

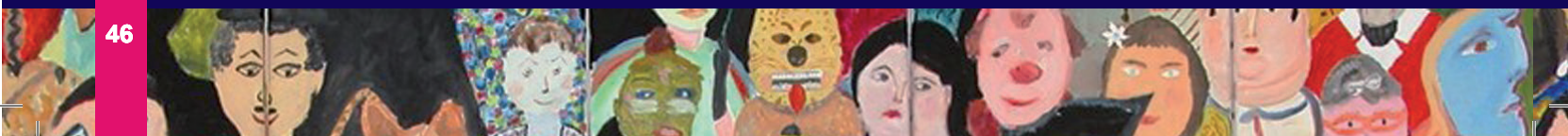
Method:

This study was performed on totally 49 caregivers of the schizophrenic patients, assigned to experiment (n=23) and control (n=26) groups, from 1st July 2010 to 31st December 2012. The Scales for Expressed Emotion, the Beck Depression and the Zarit Family Burden were applied for the caregivers in experiment and control groups before education, after education, after 6, 12, 18, 24 months telephone follow-up.

Results & Conclusions:

The mean scores of the caregivers in experiment group on family burden, emotional expression and depression were decreased after 6, 12, 18, 24 months telephone follow-up and difference was significant ($p < 0.001$). According to these results, the telepsychiatric follow-up induced decreases in family burden, emotional expression and depressive symptoms for their caregivers and was a support for the family in the patient care.

Key words: Family burden, psychoeducation, patients with schizophrenia, telepsychiatry



**P35 - PHÉNOMÈNES DE REBOND, SYMPTÔMES DE RETRAIT ET CHANGEMENT D'ANTIPSYCHOTIQUE :
QUELS SONT LES PARAMÈTRES À PRENDRE EN CONSIDÉRATION ?
À PROPOS DE DEUX ILLUSTRATIONS CLINIQUES**

A.BENALI*, F. OUERAGLI NABIH*, I. ADALI**, F. MANOUDI**, F. ASRI**
* Service de psychiatrie de l'Hôpital Militaire Avicenne, Marrakech, Maroc
** Equipe de recherche pour la santé mentale, Université Cadi Ayyad,
CHU Mohammed VI, Marrakech, Maroc
Adresse email : abdes.benali@yahoo.fr

La santé psychique mais aussi physique des patients psychotiques demeure pour les praticiens une priorité et suscite de plus en plus d'attention. Au Maroc, une multitude d'antipsychotiques atypiques sont arrivés sur le marché. Tout ceci a engendré des changements d'antipsychotiques de plus en plus fréquents chez nos patients en cas d'effets secondaires mais aussi en cas d'efficacité insuffisante.

Au cours de leur prise en charge, le changement d'antipsychotiques chez deux patients hospitalisés dans notre service a entraîné l'émergence de symptômes inhabituels et par voie de conséquence l'arrêt de la molécule récemment prescrite jugée comme ne convenant pas. Certes, cela peut être encore compliqué par l'interaction de plusieurs facteurs, comme des variables liées au patient, la relation clinicien-patient, ainsi que l'environnement dans lequel ce traitement est pris. Mais, il nous est apparu nécessaire de rappeler quelques paramètres à prendre en considération lorsque se pose l'indication d'un changement d'antipsychotique par un autre. Ces paramètres sont spécifiques aux différentes molécules et se déclinent essentiellement en leur capacité réceptologique et leur demi-vie. Nous terminerons par proposer quelles stratégies thérapeutiques proposer dans le but de minimiser les risques liés à cette pratique.

**P36 - L'HYPERPROLACTINÉMIE ET TRAITEMENTS ANTIPSYCHOTIQUES : DÉPISTAGE ET CONDUITE À TENIR.
À PROPOS DE 25 CAS**

A.BENALI*, F. OUERAGLI NABIH*, I. ADALI**, F. MANOUDI**, F. ASRI**
* Service de psychiatrie de l'Hôpital Militaire Avicenne, Marrakech, Maroc
** Equipe de recherche pour la santé mentale, Université Cadi Ayyad,
CHU Mohammed VI, Marrakech, Maroc
Adresse email : abdes.benali@yahoo.fr

L'hyperprolactinémie (HPRL) est une pathologie fréquente en médecine générale et dont les étiologies sont nombreuses, les plus fréquentes sont d'origine médicamenteuse. Dans notre contexte, l'hyperprolactinémie, induite par les antipsychotiques atypiques ou classiques, est généralement symptomatique mais les signes cliniques ne sont pas toujours mis en avant par les patients. Elle est très vraisemblablement sous-estimée car insuffisamment recherchée.

Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur 25 patients du sexe masculin ayant une HPRL, suivis au service de psychiatrie à Marrakech entre les années 2005 et 2012 et mis sous traitement neuroleptique, antipsychotique ou en association. L'objectif de notre étude était d'analyser les circonstances de découvertes, les caractéristiques cliniques et biologiques des hyperprolactinémies induites par ces psychotropes ainsi que leurs particularités évolutives. Pour dégager ensuite des recommandations en terme de modalités de prescription d'ATP et de suivi de ces patients.

**P37 - PLACE DES DYSKINÉSIES TARDIVES DANS LA MALADIE SCHIZOPHRÉNIQUE. À PROPOS DE 21 PATIENTS
- EXPÉRIENCE DU SERVICE DE PSYCHIATRIE DE L'HMA - MAROC**

A.BENALI*, F. OUERAGLI NABIH*, I. ADALI**, F. MANOUDI**, F. ASRI**
* Service de psychiatrie de l'Hôpital Militaire Avicenne, Marrakech, Maroc
** Equipe de recherche pour la santé mentale, Université Cadi Ayyad,
CHU Mohammed VI, Marrakech, Maroc
Adresse email : abdes.benali@yahoo.fr

En pratique, les dyskinesies tardives s'établissent après de longues années d'exposition à des posologies élevées de neuroleptiques ou d'antipsychotiques. Toutefois, elles peuvent - certes rarement - survenir rapidement et pour de faibles posologies.

Les dyskinesies tardives sont résistantes aux thérapeutiques, sources de stigmatisation sociale par leur aspect de « rabbit syndrome ». Elles diminuent substantiellement la qualité de vie et augmentent la morbidité et la mortalité. Les symptômes extrapyramidaux aggravent la souffrance psychique, tant psychotique que dépressive. Les patients souffrant de dyskinesies présentent davantage de symptômes psychotiques positifs et négatifs comparativement à des sujets schizophrènes contrôlés. Les dyskinesies tardives sont associées à un mauvais pronostic thérapeutique de la schizophrénie.

À travers une étude rétrospective portant sur 21 patients schizophrènes du sexe masculin ayant une dyskinesie tardive d'origine iatrogène, suivis au service de psychiatrie de l'HMA à Marrakech entre les années 2010 et 2012, nous étudierons leurs modalités de survenue en fonction de la génération thérapeutique incriminée, nous discuterons leurs caractéristiques cliniques et épidémiologiques puis nous focaliserons notre propos sur les perspectives thérapeutiques pharmaco- logiques et non pharmacologiques.

La psychiatrie des Amériques : dialogue, renouveau et renouvellement

P38 - LIEN DE CAUSALITÉ ENTRE SYMPTÔMES NEUROPSYCHIATRIQUES ET SCLÉROSE EN PLAQUE

Z. BERTRAND, B. RIBOT, F. OLIVIER, A. HANROT
f.olivier@ch-montauban.fr

Selon Ferrey, les problèmes concernant le contexte psychologique de la sclérose en plaques (SEP) ont été envisagés dès son individualisation clinique par Charcot et Vulpian (1868-1872).

Toutes les affections du système nerveux central sont susceptibles de se compliquer de troubles affectifs, cognitifs et/ou comportementaux (Camus, Schmitt). Les troubles neuropsychiatriques sont retrouvés chez 95 % des patients atteints de sclérose en plaque. Parmi les affections les plus fréquentes on retrouve la dépression, l'agitation, l'irritabilité, l'anxiété, les troubles bipolaires et les manifestations psychotiques.

Plusieurs hypothèses sont formulées pour déterminer un lien de causalité entre ces symptômes et la sclérose en plaque :

- 1-Troubles neuropsychiatriques secondaires à des lésions cérébrales (dans les régions frontales et temporales) induites par la sclérose en plaque
- 2-Mécanismes physiopathologiques communs : innés (susceptibilité génétique commune), ou acquis (rôle des auto-anticorps)
- 3-Réaction émotionnelle secondaire soit à l'annonce d'une maladie chronique, d'évolution imprévisible, soit au handicap physique engendré.
- 4-Effets secondaires des traitements utilisés lors des poussées de sclérose en plaque : interféron bêta, corticothérapie.

A partir d'une revue de la littérature, les auteurs abordent ces différentes dimensions.

P39 - MORT SUBITE À L'EHS PSYCHIATRIQUE EL MADHER BATNA : ÉTUDE SUR VINGT ANS (1993-2013)

Z. BENMEBAREK ; S. MEGUELLATI ; W. YAKHLEF ; H. OUKALI

OBJECTIFS : Evaluer le taux de mort subite, décrire les caractéristiques socio-démographiques des patients décédés et identifier les facteurs de risque probables.

MÉTHODE : Etude rétrospective de dossiers de patients décédés de mort subite à l'EHS psychiatrique d'El Madher (Batna) du 1^{er} janvier 1993 au 31 décembre 2013.

RÉSULTATS : Sur les 14575 patients hospitalisés (dont 20 % de femmes) on a relevé 33 décès (0,2 % des patients admis) dont 19 sont décédés subitement (0,13 %).

On retrouve 13 femmes (68,4 %) et 6 hommes (31,6 %). Le risque relatif homme vs femme 1 : 8 (95 % IC : 3,3-22,8), 47,3 % sont célibataires. L'âge moyen de décès est de 39,1 ans (DS 11,18 ; extrêmes 26 et 57 ans), il n'y a pas de différence significative entre les hommes et les femmes (39,1 vs 39). La durée du suivi psychiatrique est plus longue pour les hommes que pour les femmes (moyenne 14 ans vs 5,2 ans) avec une différence significative $p=0,04$. Le nombre moyen d'hospitalisations antérieures est de 5,2 mais 8 patients (42,1 %) sont décédés durant leur première hospitalisation. La durée moyenne de séjour (durée entre l'admission et le décès) est de 28,75 jours (DS 44,23 ; extrêmes 1 et 177 jours). 57,8 % des patients étaient psychotiques, 15,7 % présentaient un trouble bipolaire et 10% un trouble anxieux. Les neuroleptiques sont les médicaments les plus prescrits (78,9 %, $n= 15$) essentiellement des neuroleptiques classiques : l'halopéridol (dose moyenne 13,2 mg/j) et le lévomépromazine (dose moyenne 185 mg/j). Il n'y a pas de lien entre mort subite et neuroleptiques.

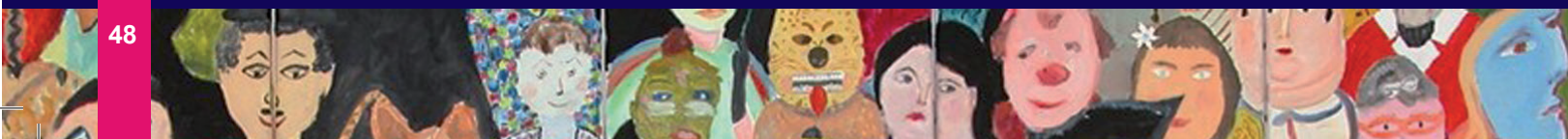
CONCLUSION :

La mort subite touche essentiellement des psychotiques chroniques, de sexe féminin sous neuroleptiques classiques. L'absence de données anamnestiques, cliniques et des examens complémentaires biologiques limitent l'intérêt de cette étude dans l'individuation de facteurs de risque. D'où l'importance de l'examen somatique soigneux de pré-admission et du bilan biologique dans la prévention de la mort subite.

P40 - TRAUMATISATION, DISSOCIATION STRUCTURELLE DE LA PERSONNALITÉ ET ADDICTION AUX OPIACÉS

Marie COZETTE MIENCE, psychologue clinicienne, doctorante au LPA, marie.cozette.mience@gmail.com
Joanic MASSON, psychologue clinicien, professeur au LPA, joanic.masson@bbox.fr
Michel WAWRZYNIAK, directeur au LPA, wawrzyniak@u-picardie.fr

L'étiologie du trouble identitaire de l'individu addict aux opiacés est recherchée dans les liens d'attachements et les traumatismes associés. L'étude explore les contextes d'empoisonnement psychique au cours de l'enfance, et ses retentissements sur la personnalité. Il s'agit de repérer des traumatismes complexes (DESNOS) et de cerner si l'état post-traumatique et la non-intégration des traumatismes ont amenés l'émergence de troubles dissociatifs, favorisant le recours au toxique comme une action substitutive ayant pour objectif l'évitement de ces traumatismes initiaux. La méthodologie se compose d'un entretien semi-directif, de l'échelle des expériences dissociatives (EED de Putnam, Bernstein et Carlson, 1986) et d'une cartographie des traumatismes. Les références théoriques sont axées sur une approche intégrative. La fonction de l'objet addictif dans cette lecture du soi dissocié par des expériences traumatiques ouvre le champ d'une nouvelle étude portant sur l'évaluation de la dissociation structurelle de la personnalité en collaboration avec Mr Van der Hart.



La
Psychiatrie
dans TOUS ses états

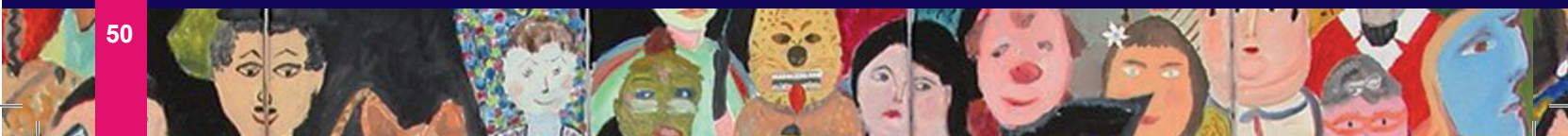
12ème
CONGRÈS INTERNATIONAL
DE L'ASSOCIATION DE RECHERCHE ET
DE SOUTIEN DE SOINS EN PSYCHIATRIE GÉNÉRALE

A collage of colorful, stylized faces and a map fragment. The top part shows several faces with exaggerated features and vibrant colors. Below them is a yellow, torn-edged paper strip. Underneath the strip is a map with various place names in French, including 'S. Anna', 'S. Espirito', 'Palma: res', 'Rio de l', 'C blanco', 'S. Catarina', 'Aldea', 'C. Fric', 'P. Segia', 'S. Anna', 'S. Espirito', 'Palma: res', 'Rio de l', 'C blanco', 'S. Catarina', 'Aldea', 'C. Fric', 'P. Segia', 'S. Anna', 'S. Espirito', 'Palma: res', 'Rio de l', 'C blanco', 'S. Catarina', 'Aldea', 'C. Fric', 'P. Segia'.

INDEX DES AUTEURS

La psychiatrie des Amériques : dialogue, renouveau et renouvellement

ABGRALL - BARBRY	O502	DAKIR	P01
ADALI	P37 - P36 - P35	DANTCHEV	P24
AGBOKOU	O703	DE NAYER	O7F
AHAMI	P01	DEMAGH	P30
ARBUS	O402	DIALLO	P11
ASRI	P37 - P36 - P35	DJAARA	P30
AZZAOUI	P01	DOLLFUS	P23
BADIN de MONTJOYE	P13	EL KEBIR	P01
BÂH	P11	ERDEM	P34
BEN HASSEN	P28	FELFEL	P28
BENABBAS	P18	FERRERI	O801
BENABBAS	P05 - P06 - P07 - P08	GAHA	P26
BENAÏSSA	O1F	GAILLARD	P14
BENALI	P37 - P36 - P35	GASSAB	P26
BENATMANE	P05 - P06 - P07 - P08	GAULT	P17
BENELMOULOU	P05 - P06 - P07 - P08	GAY	O302
BENMEBAREK	P39 - P30	GERARD	P23
BENOSMANE	P16	GHEORGHIEV	P17
BENSAÏDA	P02 - P03	GOLSE	O701
BERTRAND	P38	HADJILA	P16
BIRMAN	O101	HAMI	P11
BLANC	P24	HANROT	P38
BOUCHERAT-HUE	P29	HERON	P25
BOUCHIKH	P01	HOFFMANN	O103
BOUCIF	P16	JAWORSKI	O202
BOUKHALFA	O702	JEBALI	P28
BOUTERFAS	P16	JEHEL	O803
BOUZID	P28	KACHA	O3F
BRAHEM	P26	KELLOU	O1F- 2
BYDLOWSKI	O701	KHARA	P12
CATRIN	P17	KHODJA	P05 - P06 - P07 - P08
CHOPIN	O203	KHOMS	P22
CHOUINARD	O802	KOCHMAN	O902
CHRISTODOULOU	P14	LECLERE	P15
COHEN	P17	LEDUC	P17
COHEN	O401	LETAIEF	P28
COLDIRON	O501	LTAIEF	P26
COZETTE MIENCE	P40	MACHADO	P29



MADOUÏ	P33	SOULAYMANI	P11
MAÏGA	P11	SOULAYMANI-BENCHEIKH	P11
MANOUDI	P37 - P36 - P35	STORA	P25
MARCEL	P18	TANNEAU	O904
MASQUELET	O901	TEDJIZA	O2F
MASSON	P40	TOUFIQ	O6F
MECHRI	P26	TYAL	O8F
MEGUELLATI	P39	VANIER	O704
MERABTINE	P14	VELLIGAN	O301
MESSAOUDI	P32 - P31 - P20 - P19	VIDON	O602
MOKHTARI	P11	WAWRZYNIAK	P40
MOUCHABAC	P04	WOHL	P24
MOSCOVICI	O905	YAKHLEF	P22 - P21 - P20 - P19 - P39
NAJA	O4F	ZARARSIZ	P34
NICOLAS	P12	ZIRI	P32 - P31
OLIVIER	P38		
OUEIRAGLI NABIH	P37 - P36 - P35		
OUKALI	P39 - P32 - P31 - P30 - P22		
OUMAYA	P28		
OZKAN	P34		
OZSOY	P34		
PAPETA	O403		
PARIS	P25		
PERETTI	P04		
PINTO	O102		
PRINGUEY	O903		
PULL	O601		
RIBOT	P38		
RICHA	O5F		
RIGAL	P04		
RIHANE	P09 - P10		
ROESER	P27		
ROOL	P14		
SADEK	P01		
SAHEBJAM	P12		
SCHMIT	O201		
SEGHIR NEKKACHE	P10		
SEZE	P14		

Les noms en bleu sont les auteurs des Communications Orales.

La
Psychiatrie
dans TOUS ses états

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