

# Psychiatrie et nouvelles technologies : enjeux et perspectives

**28 AU 30 MARS 2018**

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

**PROGRAMME FINAL / LIVRE DES ABSTRACTS**

**Inscriptions** : 01 53 26 83 95 - [inscriptions-arspg@d-s-o.fr](mailto:inscriptions-arspg@d-s-o.fr)  
**Logistique** : 09 73 53 14 67 - [arspg@d-s-o.fr](mailto:arspg@d-s-o.fr)



# Psychiatrie et nouvelles technologies : enjeux et perspectives

## PRÉSIDENT DU CONGRÈS

Pr. Dominique DRAPIER (Rennes)

## COMITÉ SCIENTIFIQUE

Pr. Maurice FERRERI (Paris)

Pr. Charles-Siegfried PERETTI (Paris)

Pr. Florence THIBAUT (Rouen)

Pr. Maurice CORCOS (Paris)

Dr. Philippe LOEFFEL (Reims)

Dr. Philippe NUSS (Paris)

Dr. Harald SONTAG (Strasbourg)

Pr. Abdelkrim KELLOU (Alger, Algérie)

Dr. Amine MIHOUBI (Paris)

Dr. Idriss SADKI (Alger, Algérie)

Dr. Youcef OSMANI (Alger, Algérie)

Dr. Farid BOUCHENE (Alger, Algérie)

## 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](mailto:arspg@d-s-o.fr)

## PSYCHIATRIE ET NOUVELLES TECHNOLOGIES : ENJEUX ET PERSPECTIVES

Depuis Hippocrate avec la théorie des humeurs, la médecine oscille entre la compréhension du général, notamment par le truchement des classifications et de l'approche syndromique, et celle de l'ajustement au cas singulier compte tenu de la grande variabilité interindividuelle des patients. Dans le même esprit, Claude Bernard - dans sa magistrale et prémonitrice Introduction à l'étude de la médecine expérimentale (1) - sépare le médecin du physiologiste en indiquant que « le médecin n'est point le médecin des êtres vivants en général, pas même le médecin du genre humain, mais bien le médecin de l'individu humain, et de plus le médecin d'un individu dans certaines conditions morbides qui lui sont spéciales et qui constituent ce que l'on a appelé son idiosyncrasie ». Claude Bernard insiste aussi sur le fait que le médecin doit aller « encore plus loin dans l'étude des détails de ces conditions chez chaque individu considéré dans des circonstances morbides données. Ce ne sera donc qu'après être descendu aussi profondément que possible dans l'intimité des phénomènes vitaux à l'état normal et à l'état pathologique, que le physiologiste et le médecin pourront remonter à des généralités lumineuses et fécondes ». Dans une certaine mesure, la psychiatrie, si soucieuse du détail, du contexte, de l'histoire symptomatique et de l'expérience singulière du sujet souffrant est, dans cette acception, une des branches les plus accomplies de la médecine.

Depuis toujours, l'ensemble de la médecine, psychiatrie comprise, s'est donc attachée à identifier des endophénotypes, c'est-à-dire définir, au sein d'une même entité morbide, des sous-groupes de patients qui semblent correspondre à des processus physio- et psycho-pathologiques communs. En psychiatrie, tant la psychanalyse que l'approche catégorielle ont eu le même souci : identifier des entités morbides plus fines que celles que l'apparence immédiate semblait qualifier. On citera à titre d'exemple, l'identification d'entités morbides telles que la « schizophrénie pseudo névrotique », la « structure psychotique » pour l'approche psychodynamique ou pour l'approche contemporaine les « bipolaires de type II », la « dépression atypique » ou les « deux syndromes de schizophrénie » chers au britannique Tim Crow (2). Chaque fois, le souci du clinicien a été de raffiner sa compréhension générale du trouble pour en distinguer des sous-variétés intrinsèquement homogènes, souvent à rebours de l'apparence immédiate. Ainsi, dans la forme « pseudo-névrotique de schizophrénie » l'apparence névrotique, souvent obsessionnelle, des manifestations cliniques devait-elle plier sous le joug primordial de la psychose à laquelle elle appartenait par nature. Pour le médecin, cette nature psychotique était donc celle qui devait guider son observation mais aussi sa thérapeutique. Les progrès de la biologie moléculaire, des technosciences, mais aussi des technologies a permis à la médecine contemporaine de définir de nouveaux paramètres permettant de segmenter les entités morbides, enrichissant ainsi le répertoire clinique et paraclinique. L'identification de biomarqueurs est ainsi devenue une modalité de segmentation pertinente d'entités syndromiques plus vastes. Un exemple parmi les plus spectaculaires de ces avancées est celui de la cancérologie qui identifie maintenant des biomarqueurs spécifiques permettant à deux individus présentant une tumeur identique en termes de nature, localisation, ou d'envahissement, de bénéficier d'un traitement spécifique et différent.

La psychiatrie participe de ce mouvement dont on conçoit aisément qu'il ne se substitue pas aux précédents. Il s'y rajoute, rendant parfois caduques certaines segmentations, en créant de nouvelles, ou confortant et raffinant d'autres préexistantes. Le croisement des approches entre données biologiques et pratiques a permis ainsi de valider certaines pratiques comme, notamment, la psychothérapie lorsque sa méthodologie se prête à cet exercice. Cette approche combinatoire mixant clinique, biologie, imagerie, cognition et traitée selon des méthodologies statistiques spécifiques (Big data) est appelée psychiatrie de précision (3).

Le territoire d'application des nouvelles technologies en psychiatrie est très vaste. Il comprend les nouvelles modalités techniques d'appréciation du fonctionnement biologique et physiologique grâce à la détection et l'enregistrement de données comme l'imagerie cérébrale, toute la série des « omics » (analyse exhaustive des molécules et des voies métaboliques impliquées dans les processus physiologiques, génomiques, métaboliques, lipidomiques, .....). De nombreux travaux concernant la capacité de ces technologies d'identifier la variation dans le temps de ces paramètres (lors de l'exposition à des facteurs de stress, biorythmes, ...) permettent d'indubitables avancées. Parmi les caractéristiques les plus intéressantes de ces approches, on signalera encore le développement de modèles mathématiques de traitement d'un nombre volumineux de données, mais aussi la nécessaire multidisciplinarité obligeant la coopération de spécialistes d'horizons divers (médecins, biologiques, physiciens, épidémiologistes, organisations non gouvernementales, statisticiens spécialisés dans la Bourse ou l'assurance, ...), mais aussi issus de spécialités médicales différentes. D'autres changements de paradigmes sont associés à cette approche : les nouvelles technologies décloisonnent les champs et permettent des changements d'échelle. Une des conséquences dans notre discipline est que le cerveau est maintenant considéré non plus dans sa singularité, mais au sein du corps entier, soumis à des processus généraux tels que l'inflammation, l'immunité. A ce titre, les progrès faits dans certaines branches de la médecine (par exemple, les immunothérapies) pourraient avoir rapidement un impact sur le traitement des maladies mentales. Cependant l'avancée des technologies concerne aussi dans notre spécialité ses conséquences sur l'environnement extérieur au corps. Il peut s'agir du développement d'outils de stimulation physique du SNC comme, notamment, la rTMS (repetitive Transcranial Magnetic Stimulation), tDCS (Stimulation transcrânienne par courant continu), alternatives aux médicaments, mais aussi le développement d'applications diagnostiques et thérapeutiques permettant d'identifier certains comportements ou états de l'humeur (notamment, des applications de type smartphone). Les nouvelles technologies permettent aussi le développement de logiciels et d'outils informatiques simulant des conditions de vie (réalité virtuelle) au sein desquelles le patient peut être immergé. Tout progrès a ses dérives et ses dangers. Il en va de même en ce qui concerne la mise à disposition des nouvelles technologies en psychiatrie. Le danger concerne aussi bien les chercheurs, le clinicien que le patient. Il est capital de ne pas se laisser entraîner dans cet engouement technologique sans recul ni réflexion critique. Outre le danger de l'oubli de l'histoire des idées ou des fondamentaux de notre savoir, supplantés par une médecine exclusivement dépendante des technosciences ou des effets d'annonce, il existe celui intrinsèque aux technologies elles-mêmes. Comme toute modalité, elles possèdent leur iatrogénie, leurs dérives, leur hégémonie, leur tyrannie.

Cette année encore notre congrès se veut à la fois à la pointe des avancées de notre discipline, à la fois critique vis-à-vis de leur triomphalisme et leur risque de deshumanisation. C'est pourquoi, toujours avec le même enthousiasme, nous privilégierons la rencontre, la capacité d'échange, de confraternité et de convivialité.

A toutes et à tous, bon Congrès 2018 de la Psychiatrie dans tous ses états.

Professeur Charles-Siegfried PERETTI  
Président de l'ARSPG

(1) Claude Bernard. "Introduction à l'étude de la médecine expérimentale." J. B. Baillière, 1865 (pp. 150-264). Chapitre premier, Troisième partie  
(2) T.J. Crow (1985). "The two syndrome concept: origins and current status". Schizophrenia Bulletin. 11 (3): 471-486  
(3) Fernandes et al. "The new field of 'precision psychiatry'". BMC Medicine (2017) 15:80

## SOMMAIRE

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

### PROGRAMME DÉTAILLÉ

Mercredi 28 mars 2018 .....	7
Jeudi 29 mars 2018 .....	8
Vendredi 30 mars 2018 .....	9

### INFORMATIONS IMPORTANTES

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

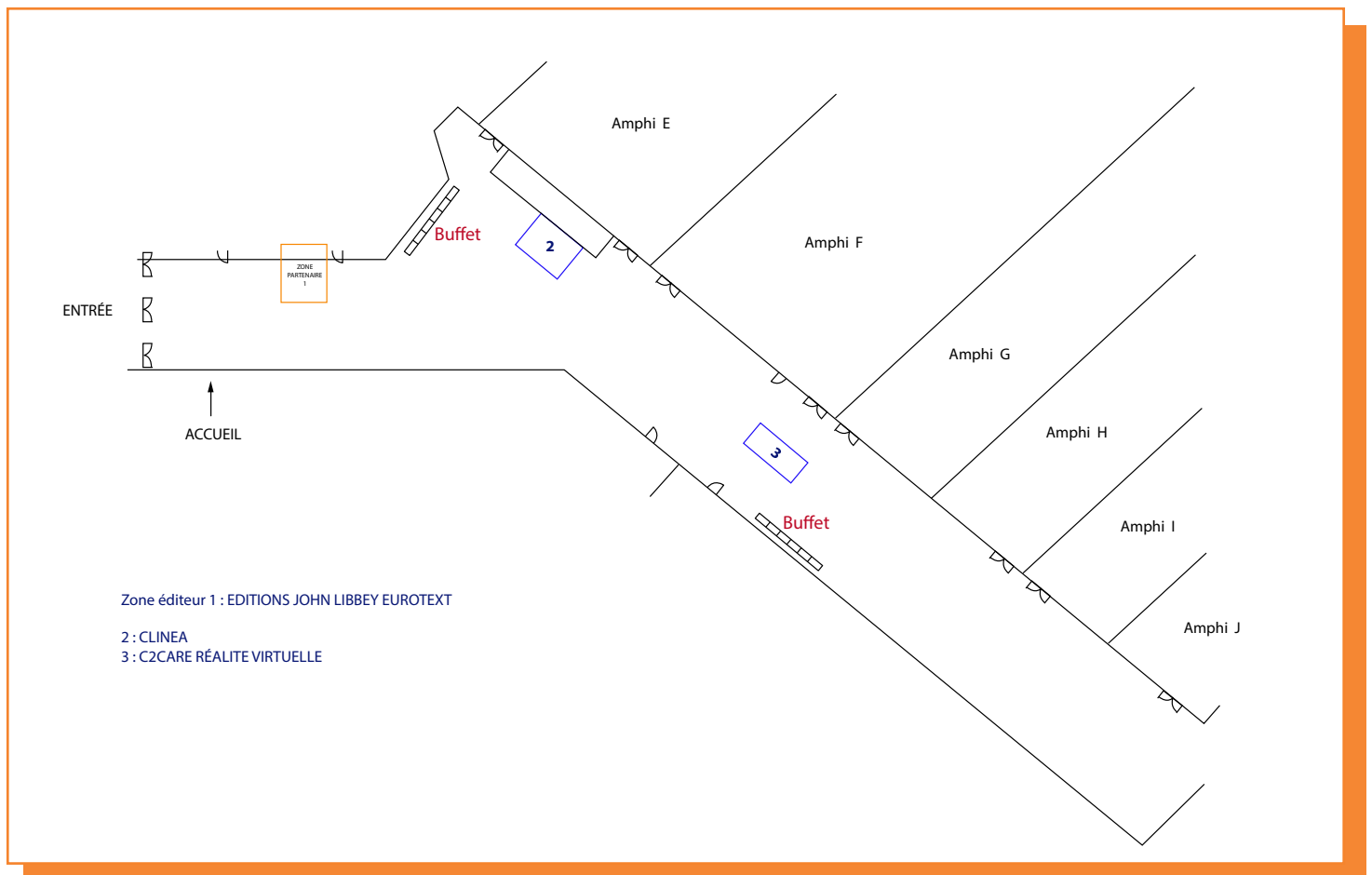
### LIVRE D'ABSTRACTS

Communications orales .....	14
Communications posters .....	24
Index des auteurs .....	41



# Psychiatrie et nouvelles technologies : enjeux et perspectives

## PLAN DE L'EXPOSITION



### Remerciements :

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

## SYNOPSIS

MERCREDI 28 MARS 2018

### INTRODUCTION

9H30 - 10H00

NOUVELLES TECHNOLOGIES  
DANS LES SOINS : LA GREFFE  
EST-ELLE COMPATIBLE ?  
10H00 - 12H40

PAUSE DÉJEUNER  
12H40 - 14H00

SYMPOSIUM C2CARE  
14H00 - 14H30

SCHIZOPHRÉNIE ET NEUROSCIENCE :  
QUELLES AVANCÉES ?  
14H30 - 15H50

PAUSE CAFÉ  
15H50 - 16H10

ENFANCE ET MODERNITÉ :  
QUELLES PROBLÉMATIQUES ?  
16H10 - 17H30

ATELIER 1 :  
ADDICTOLOGIE : LES NOUVEAUX VISAGES  
DE L'ALCOOLISME  
17H30 - 18H30

ATELIER 2 :  
LA TOXICITÉ DÉVELOPPEMENTALE  
DU TABAC  
17H30 - 18H30

JEUDI 29 MARS 2018

ATELIER 3 :  
NEUROPSYCHOLOGIE  
8H30 - 9H30

ATELIER 4 :  
PRISE EN CHARGE DE LA DÉPRESSION  
RÉSISTANTE  
8H30 - 9H30

PAUSE CAFÉ  
9h30 - 9h40

LE SUJET EN PSYCHIATRIE  
9H40 - 11H00

SYMPOSIUM EISAI  
11H00 - 12H00

PAUSE DÉJEUNER  
12H00 - 13H30

DÉPRESSION ET TROUBLE DE  
LA PERSONNALITÉ : PASSER L'OBSTACLE  
13H30 - 15H30

PAUSE CAFÉ  
15H30 - 15H50

PLEINE CONSCIENCE ET  
NOUVELLES PSYCHOTHÉRAPIES  
15H50 - 17H10

ATELIER 5 :  
MINDFULNESS EN PRATIQUE  
17H10 - 18H10

ATELIER 6 :  
LÉGISLATION EN PSYCHIATRIE  
17H10 - 18H10

VENDREDI 30 MARS 2018

REGARD DE L'ÉTRANGER  
9H45 - 12H05

REMISE DES PRIX POSTERS  
12H05 - 12H20

PAUSE DÉJEUNER  
12H20 - 14H00

MÉDIA ET PSYCHIATRIE :  
AMIS OU ENNEMIS  
14H00 - 15H40

CONCLUSION  
15H40 - 16H00

# Psychiatrie et nouvelles technologies : enjeux et perspectives

## LES ATELIERS DE FORMATION EN SUPPLÉMENT

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

### ATELIER N°1 : ADDICTOLOGIE : LES NOUVEAUX VISAGES DE L'ALCOOLISME

Dr. Alexandra DEREUX (Paris)

**Mercredi 28 mars 2018 de 17h30 à 18h30**

### ATELIER N°2 : LA TOXICITÉ DÉVELOPPEMENTALE DU TABAC

Dr. Renaud DE BEAUREPAIRE (Paris)

**Mercredi 28 mars 2018 de 17h30 à 18h30**

### ATELIER N°3 : NEUROPSYCHOLOGIE

Dr. Dominique WILLARD (Paris)

**Jeudi 29 mars 2018 de 8h30 à 9h30**

### ATELIER N°4 : PRISE EN CHARGE DE LA DÉPRESSION RÉSISTANTE

Dr. Jean-Victor BLANC (Paris)

**Jeudi 29 mars 2018 de 8h30 à 9h30**

### ATELIER N°5 : MINDFULNESS

Mme Soizic MICHELOT (Paris)

**Jeudi 29 mars 2018 de 17h10 à 18h10**

### ATELIER N°6 : LÉGISLATION EN PSYCHIATRIE

Mme Isabelle GENOT POK - CNEH (Paris)

**Jeudi 29 mars 2018 de 17h10 à 18h10**

## RAPPEL : COÛT DE L'ATELIER SUPPLÉMENTAIRE :

Tarif jusqu'au  
26 février 2018 inclus

45 € TTC / atelier

Tarif à partir du  
27 février 2018

70 € TTC / atelier





**MERCREDI 28 MARS 2018**

**9h30 - 10h00** INTRODUCTION

Pr. Dominique DRAPIER (Rennes) & Pr. Charles-Siegfried PERETTI (Paris)

**NOUVELLES TECHNOLOGIES DANS LES SOINS : LA GREFFE EST-ELLE COMPATIBLE ?**  
Président de séance : Dr. Stéphane MOUCHABAC (Paris)

**10h00 - 10h40** Soins courants et nouvelles technologies : quelles articulations ? - O101

Pr. Dominique DRAPIER (Rennes)

**10h40 - 11h20** Apport de la réalité virtuelle en thérapeutique psychiatrique - O102

Dr. Eric MALBOS (Marseille)

**11h20 - 12h00** Traitement physique en psychiatrie ( rTMS, TDCS, SNV ) : pratique quotidienne et données récentes - O103

Dr. Stéphane MOUCHABAC (Paris)

**12h00 - 12h40** Téléconsultation en santé mentale, une greffe garantie sans rejet - O104

Dr. Joël GAILLEDREAU, Dr. Eric NEUMAN, Dr. Eric TANNEAU, Dr. Francis GHEYSEN (Paris)

**12h40 - 14h00**

**Pause Déjeuner (option Lunch Box)**

**14h00 - 14h30**

**COMMUNICATION C2 CARE :**  
Les Thérapies par Exposition à la Réalité Virtuelle :  
du concept innovant à la prise en charge clinique  
Dr. Sophie GRENIER (Paris)

**SCHIZOPHRÉNIE ET NEUROSCIENCE : QUELLES AVANCÉES ?**  
Président de séance : Pr. Renaud JARDRI (Lille)

**14h30 - 15h10** Hallucinations : que sait-on aujourd'hui ? - O201

Pr. Renaud JARDRI (Lille)

**15h10 - 15h50** Réalité virtuelle et remédiation dans la schizophrénie : avancées et limites - O202

Dr. Philippe NUSS (Paris)

**15h50 - 16h10**

**Pause café**

**ENFANCE ET MODERNITÉ : QUELLES PROBLÉMATIQUES ?**  
Président de séance : Dr. Matthieu LACAMBRE (Montpellier)

**16h10 - 16h50** L'addiction aux images sexuelles - O301

Dr. Matthieu LACAMBRE (Montpellier)

**16h50 - 17h30** Enfants et violence - O302

Dr. Rahmeth RADJACK (Paris)

**17h30 - 18h30**

**ATELIER 1 : salle G**  
Addictologie : les nouveaux visages  
de l'alcoolisme - A1  
Dr. Alexandra DEREUX (Paris)

**ATELIER 2 : salle H**  
La toxicité développementale du tabac - A2  
Dr. Renaud DE BEAUREPAIRE (Paris)

# Psychiatrie et nouvelles technologies : enjeux et perspectives

JEUDI 29 MARS 2018

8h30 - 9h30	<b>ATELIER 3 : salle G</b> Neuropsychologie - A3 Dr. Dominique WILLARD (Paris)	<b>ATELIER 4 : salle H</b> Prise en charge de la dépression résistante - A4 Dr. Jean-Victor BLANC (Paris)
9h30 - 9h40	Pause café	
	LE SUJET EN PSYCHIATRIE Présidente de séance : Mme Cynthia FLEURY (Paris)	
9h40 - 10h20	Individu, homme neuronal ou sujet statistique : quel arbitrage pour le clinicien ? - O401 Pr. Bruno FALISSARD (Paris)	
10h20 - 11h00	Thérapie analytique et liberté du sujet : quels enjeux ? - O402 Mme Cynthia FLEURY (Paris)	
11h00 - 12h00	SYMPOSIUM ESAI STABILISATION DYNAMIQUE DU PATIENT SCHIZOPHRÈNE : SAVOIR IDENTIFIER LES DIMENSIONS À RISQUE Dr. Philippe Nuss (Paris) : Stabiliser la psychose : quelle métastabilité cérébrale dynamique ? Dr. Stéphane MOUCHABAC (Paris) : Le clinicien de la stabilité est-il un microsémiologue ? Dr. Florian FERRERI (Paris) : Quelle optimisation pharmacologique pour la stabilisation du patient schizophrène ?	
12h00 - 13h30	Pause Déjeuner (option Lunch Box)	
	DÉPRESSION ET TROUBLE DE LA PERSONNALITÉ : PASSER L'OBSTACLE ? Présidente de séance : Pr. Emmanuelle CORRUBLE (Paris)	
13h30 - 14h10	Nouveautés en recherche sur les troubles de la personnalité - O501 Pr. Emmanuelle CORRUBLE (Paris)	
14h10 - 14h50	Approches psychologiques et institutionnelles des troubles de la personnalité - O502 Mme Charlotte COSTANTINO (Paris)	
14h50 - 15h30	Approches thérapeutiques des troubles de la personnalité - O503 Dr. Martin DESSEILLES (Namur - Belgique)	
15h30 - 15h50	Pause café	
	PLEINE CONSCIENCE ET NOUVELLES PSYCHOTHÉRAPIES, COMMENT LES INTÉGRER EN PRATIQUE QUOTIDIENNE ? Présidente de séance : Mme Amina AYOUCHE BODA (Paris)	
15h50 - 16h30	Appui de la MBSR dans une pratique hospitalière, exemples de la psychiatrie et des maladies infectieuses - O601 Mme Amina AYOUCHE BODA (Paris)	
16h30 - 17h10	Déclinaison institutionnelle dans la mindfulness : exemple dans le groupe ORPEA - O602 Dr. Vincent MASETTI (Paris)	
17h10 - 18h10	<b>ATELIER 5 : salle G</b> Mindfulness en pratique - A5 Mme Soizic MICHELOT (Paris)	<b>ATELIER 6 : salle H</b> Législation en psychiatrie - A6 Mme Isabelle GENOT POK - CNEH (Paris)





VENDREDI 30 MARS 2018

REGARD DE L'ÉTRANGER

Président de séance : Pr. Philippe DE TIMARY (Bruxelles, Belgique)

**9h 45 - 10h45** Le trouble bipolaire n'est pas un trouble de l'humeur ! - O701

Dr. Taieb GHODHBANE (Tunis, Tunisie)

**10h45 - 11h25** Prise en charges des psychoses en Suisse, l'exemple vaudois - O702

Mr. Jean-Christophe LEROY

**11h25 - 12h05** L'alcoolisme est-il une fatalité ? - O703

Pr. Philippe DE TIMARY (Bruxelles, Belgique)

**12H05 - 12H20**

Remise des prix posters

**12h20 - 14h00**

Pause Déjeuner (option lunch box)

MÉDIA ET PSYCHIATRIE : AMIS OU ENNEMIS ?

Président de séance : Dr. Jean-Victor BLANC (Paris)

**14h00 - 14h40** Les représentations des soignants en psychiatrie : stigmatisés ou stigmatisants ? - O801

Dr. Jean-Victor BLANC (Paris)

**14h40 - 15h20** Comment traiter de la santé mentale dans les médias ? - O802

Mme Marie-Christine LIPANI (Bordeaux)

**15h20 - 15h40** Psychiatres et journalistes main dans la main : l'expérience Papageno - O803

Mme Nathalie PAUWELS (Lille)

**15h40 - 16h00** CONCLUSION

Pr. Charles-Siegfried PERETTI (Paris)

# Psychiatrie et nouvelles technologies : enjeux et perspectives

## INFORMATIONS GÉNÉRALES

### INSCRIPTIONS

Les droits d'inscription incluent l'accès aux sessions scientifiques, aux zones de l'exposition et des posters scientifiques et aux pauses café. Chaque participant se verra également remettre un badge ainsi que le porte-documents du congrès incluant le programme final et les communications scientifiques.

### TARIFS

Forfait Psychiatre du 28 au 30 mars 2018 (soit 3 jours) SANS LUNCH BOX - SANS ATELIER	350 € TTC jusqu'au 26 février 2018 inclus	395 € TTC à partir du 27 février 2018 inclus
Forfait Psychologue du 28 au 30 mars 2018 (soit 3 jours) AVEC LUNCH BOX - SANS ATELIER	420 € TTC jusqu'au 26 février 2018 inclus	435 € TTC à partir du 27 février 2018 inclus
Forfait Psychologues, internes, infirmiers, cadres de santé du 28 au 30 mars 2018 (soit 3 jours) SANS LUNCH BOX - SANS ATELIER	280 € TTC jusqu'au 26 février 2018 inclus	325 € TTC à partir du 27 février 2018 inclus
Forfait Psychologues, internes, infirmiers, cadres de santé du 28 au 30 mars 2018 (soit 3 jours) AVEC LUNCH BOX - SANS ATELIER	320 € TTC jusqu'au 26 février 2018 inclus	365 € TTC à partir du 27 février 2018 inclus
Atelier supplémentaire	45 € TTC / atelier supplémentaire	70 € TTC atelier supplémentaire

### FORMATION ET DPC

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

Le programme "Psychiatrie et nouvelles technologies : enjeux et perspectives" est proposé sous forme DPC sous le numéro : N°: 73131800017-S1  
Plus d'informations, tarif et inscription sur le site [www.arpsg.org](http://www.arpsg.org) ou à l'accueil du congrès.

### ACCÈS

#### LA SALPÊTRIÈRE

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

#### MÉTRO ET RER

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

#### BUS

- Bus 91 et 57, arrêt Saint-Marcel



### CONTACT

Pour toute question, vous pouvez contacter l'agence DSO : [arpsg@d-s-o.fr](mailto:arpsg@d-s-o.fr).  
Site internet : [www.arpsg.org](http://www.arpsg.org).

## INFORMATIONS AIR FRANCE



AIR FRANCE ET KLM GLOBAL MEETINGS

### ÉVÈNEMENT : 16<sup>ÈME</sup> CONGRÈS DE L'ARSPG, PSYCHIATRIE ET NOUVELLES TECHNOLOGIES : ENJEUX ET PERSPECTIVES

- CODE IDENTIFIANT : 32616AF
- VALABLE POUR TRANSPORT : DU 23 MARS 2018 AU 4 AVRIL 2018
- LIEU DE L'ÉVÈNEMENT : PARIS, FRANCE

Réduction 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](http://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](http://www.airfrance.com) ou [www.klm.com](http://www.klm.com).

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

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

\* soumis à conditions

\*\* non disponible dans certains pays

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

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

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

# Psychiatrie et nouvelles technologies : enjeux et perspectives

## INFORMATIONS AUX INTERVENANTS ET AUTEURS

### VOUS ÊTES PRÉSIDENT DE SESSION :

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

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

### VOUS ÊTES ORATEUR :

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

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

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

### VOUS ÊTES AUTEUR DE POSTERS :

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

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

MONTAGE : le mercredi 28 mars à partir de 9h00

DÉMONTAGE : le vendredi 30 mars entre 14h00 et 16h00

Les posters qui ne seront pas récupérés le vendredi à 16h00 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 30 mars de 12h05 à 12h20.

### VOUS ÊTES FORMATEUR :

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

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

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







## LE CONGRÈS DE A À Z

### ABSTRACTS (LIVRE D'ABSTRACTS) :

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

### ATELIERS DE FORMATION :

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

### BADGES :

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

Badges VERT pour les CONGRESSISTES

Badges ROUGE pour les INTERVENANTS - INVITÉS

Badges BLEU pour les EXPOSANTS

Badges JAUNE pour l'ORGANISATION

### CONFÉRENCES :

Les conférences auront lieu en amphi E.

Les ateliers auront lieu en salle G et H.

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

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

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

### DÉJEUNER :

Déjeuner libre. Une option lunch box était proposée au moment de la réservation.

### EXPOSITION :

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

### NON FUMEUR :

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

### OBJETS PERDUS :

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

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

### PORTABLES :

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

# Psychiatrie et nouvelles technologies : enjeux et perspectives

LIVRE D'ABSTRACTS  
COMMUNICATIONS ORALES



## NOUVELLES TECHNOLOGIES DANS LES SOINS : LA GREFFE EST-ELLE COMPATIBLE ?

### O101 - SOINS COURANTS ET NOUVELLES TECHNOLOGIES, QUELLES ARTICULATIONS ?

Pr. DRAPIER Dominique

Depuis le remplacement de la loi Huriet par la loi Jardé en 2016, la notion de soins courants a été remplacée par celle d'intervention avec risques et contraintes minimales, mais avec une dimension de contrôle plus importante, introduisant la nécessité d'un dépôt au comité de protection des personnes. Ce cadre de recherche permet de combiner des approches de soins et de recherche de façon organisée et systématique. Nous prendrons l'exemple de la réalisation d'examens d'IRM en pratique courante dans un contexte de dépression récurrente ou résistante, permettant à la fois d'assurer une prise en charge adéquate de cette population mais aussi de poursuivre des objectifs de recherche. Nous envisagerons comment cette méthodologie peut promouvoir d'autres techniques, comme la stimulation magnétique transcrânienne, le neurofeedback...

### O102 - APPORT DE LA RÉALITÉ VIRTUELLE EN THÉRAPEUTIQUE PSYCHIATRIQUE

Dr. MALBOS Eric

La réalité virtuelle, un des médias émergents du XXIème siècle et autrefois confinée aux universités et aux laboratoires, est à présent à la portée de tous les psychiatres et chercheurs. Elle permet aux personnes d'être, d'interagir et d'apprendre dans des environnements interactifs de synthèse créés par ordinateur et ceci en utilisant des visiocasques et des capteurs de mouvements que revêt l'utilisateur. De par ses propriétés immersives, elle crée une illusion de la réalité en passant par les mêmes canaux perceptifs que cette dernière (la vision, l'audition, la proprioception). Le phénomène est quant à lui bien réel et en pleine expansion avec plus de 7 millions de visiocasques vendus dans le monde. Dans le contexte psychiatrique, elle est utilisée comme méthode d'exposition à des environnements virtuels à visée thérapeutique : elle est alors intitulée thérapie par exposition à la réalité virtuelle ou TERV. Sa flexibilité et la possibilité de créer n'importe quelle situation, réaliste ou non, écologique ou expérimentale offrent une grande capacité de contrôle des événements (décollage d'un avion de synthèse, embouteillage routier virtuel, avatar proposant une cigarette etc.) et une meilleure graduation dans l'exposition (taille variable d'un ascenseur, opacité d'un sol au-dessus du vide etc.). L'efficacité de la réalité virtuelle appliquée à la thérapie est validée pour le traitement de troubles mentaux variés : les méta-analyses des études cliniques attestent que la TERV est au moins aussi efficace que les TCC classiques tout en proposant les avantages des environnements virtuels immersifs en termes de contrôle et de diversité (Opris, 2012, Valmaggia, 2016). De facto, cette efficacité a été rapportée dans de nombreux troubles anxieux (phobies diverses, agoraphobie et stress post traumatique essentiellement) ainsi que dans le trouble du comportement alimentaire (Riva, 2009). Les dernières années ont vu son champ d'application s'élargir aux addictions et à la schizophrénie bien que ce domaine reste expérimental et nécessite la mise en place d'études spécifiques. Dans un futur très proche, les capacités thérapeutiques immersives vont être accrues en augmentant le nombre de sens impliqués, en associant d'autres technologies (TMS, Biofeed-Back) et en faisant du psychiatre un médecin créateur et un thérapeute du XXIème siècle.

### O103 - TRAITEMENT PHYSIQUE EN PSYCHIATRIE (RTMS, TDCS, SNV) : PRATIQUE QUOTIDIENNE ET DONNÉES RÉCENTES

Dr. MOUCHABAC Stéphane

Les techniques de stimulation cérébrale non invasive regroupent différentes approches telles que la Stimulation magnétique transcrânienne, la Stimulation Direct à Courant Continu ou la stimulation du nerf vague. Depuis plus d'une dizaine d'années, ces outils sont venus compléter l'arsenal thérapeutique dans de nombreuses indications comme la dépression, la schizophrénie, le TOC ou les addictions. Les données scientifiques se sont renforcées tant sur le plan de la compréhension des modes d'action que sur la nature des protocoles les plus efficaces. Ceux-ci ont évolué vers des prises mode d'action plus « dynamiques » : utilisation du neurofeedback, taches cognitives pendant les stimulations, couplage avec les données de neuro-imagerie.

Dans cette présentation nous évoquerons les indications actuelles et les données récentes les plus pertinentes pour la pratique.





# Psychiatrie et nouvelles technologies : enjeux et perspectives

## O104 - PSYLIB OU LA VIDÉO-CONSULTATION EN SANTÉ MENTALE PARTOUT ET POUR TOUS, UNE GREFFE GARANTIE SANS REJET

Dr. GAILLEDREAU Joël, Dr. GHEYSEN Francis, Dr. NEUMAN Eric, Dr. TANNEAU Eric

### Position du problème

Les patients rencontrent de plus en plus de difficultés pour accéder rapidement aux compétences et à l'expertise de praticiens de qualité. L'évolution de l'offre de soin vers des prestations de télémedecine facilement accessibles grâce à des technologies simples et faciles d'utilisation, est nécessaire, en complément des soins traditionnels présents et asynchrones. La société PSYLIB, créée par quatre psychiatres libéraux, met à la disposition de tous les thérapeutes cet outil informatique qui leur manque. En quelques clics, un contact est obtenu sans se déplacer, de n'importe où (domicile, déplacements ou périodes de vacances).

Ainsi, PsyLib réalise des actes médicaux de télémedecine (téléconsultations, télé expertises) dans le domaine de la santé mentale et sexuelle, entre autres, en assurant un dépistage et une évaluation diagnostique, aidée le cas échéant par des questionnaires spécifiques complétés en ligne (m-santé).

### Objectifs du projet

PsyLib constate que l'offre de soins diminue progressivement depuis quelques années tandis que les demandes de soins augmentent sans cesse. Parallèlement, il existe une accessibilité toujours plus difficile à certains spécialistes (sexologues et psychiatres en particulier).

PsyLib est donc une réponse à la désertification médicale, en particulier en santé mentale et sexuelle.

### Intérêts et avantages du projet

Le système numérique d'intervention de PsyLib maîtrise la technologie fiable et facile d'utilisation qui permet de :

- faciliter/améliorer l'accès des usagers à un professionnel spécialisé en santé mentale et sexuelle, c'est à dire obtenir plus facilement un praticien d'expérience en direct, même en cas d'accessibilité difficile, à tout moment, en tous points du territoire, tout en respectant l'autonomie, des droits et les parcours de vie des personnes ;
- sans déplacement (sans frais de transport) ;
- sans perte de temps (salle d'attente) et donc en minimisant le stress
- bien adapté à certains états de santé (invalidité, âge, désorientation, grossesse, périnatalité) en améliorant le confort de l'utilisateur qui reste dans son environnement quotidien.

### Autres observations

Le site médical PsyLib a aussi d'autres objectifs :

- Faciliter le dépistage et le repérage diagnostique de troubles en mettant à la disposition des patients des auto-questionnaires pour le bilan initial : une large palette de symptômes peut être prise en charge à distance
- Apporter des informations variées en fonction des besoins (par exemple : troubles psychiques, plaintes exprimées, épidémiologie, pronostic, médicaments, psychothérapies)
- Proposer des orientations diagnostiques ou de prises en charge dans des situations non urgentes, médicamenteuses, psychothérapeutiques et/ou psychothérapeutiques (par ex., proposer un programme d'éducation thérapeutique, du Mindfulness, de l'accompagnement dans la souffrance au travail)
- Proposer de la télé expertise, c'est à dire une aide, aux médecins requérants
- Proposer des télé expertises judiciaires ou privées, pénales, dans le cadre de médiations, ou civiles.

## SCHIZOPHRÉNIE ET NEUROSCIENCE : QUELLES AVANCÉES ?

### O201 - APPORT DE L'IMAGERIE CÉRÉBRALE À LA COMPRÉHENSION DES HALLUCINATION

Pr. JARDRI Renaud

Univ Lille, CNRS UMR 9193, SCALab & CHU Lille, Hôpital Fontan, Service de Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, CURE, 59000 Lille, France

Les progrès récents de l'imagerie cérébrale permettent aujourd'hui d'explorer les bases neurales des expériences subjectives, au premier rang desquelles figure l'hallucination. Au-delà de la simple question de la topographie des structures associées, la dynamique de ces réseaux fonctionnels nous permet de mieux comprendre les mécanismes sous-jacents au caractère intrusif des hallucinations. Nous aborderons ici successivement le rôle joué par la stabilité des différents réseaux de repos dans l'émergence, l'expérience, puis l'extinction de l'hallucination. Nous discuterons l'implication de ces résultats sur le plan physiopathologique et thérapeutique.

Mots clés : hallucinations ; réseaux de repos ; capture ; connectivité ; apprentissage machine ; IRMf

### Références :

1. De Pierrefeu et al. Prediction of activation patterns preceding hallucinations in patients with schizophrenia using machine-learning with structured sparsity. Hum Brain Mapp 2018, in press.
2. Leroy et al. fMRI capture of auditory hallucinations: validation of the two-steps method. Hum Brain Mapp 2017, 38(10):4966-79.
3. Lefebvre et al. Network dynamics during the different stages of hallucinations in schizophrenia. Hum Brain Mapp 2016, 37(7): 2571-86.
4. Jardri et al. The neurodynamic organization of modality-dependent hallucinations. Cereb Cortex 2013, 23(5): 1108-17.
5. Jardri et al. Cortical activations during auditory-verbal hallucinations in schizophrenia: a coordinate-based meta-analysis. Am J Psychiatry 2011, 168(1): 73-81.





## O202 - RÉALITÉ VIRTUELLE ET REMÉDIATION DANS LA SCHIZOPHRÉNIE : AVANCÉES ET LIMITES

Dr. Philippe NUSS (Paris)

Le devenir fonctionnel des personnes souffrant de schizophrénie est devenu ces dernières années l'objectif prioritaire des stratégies thérapeutiques. A été reléguée au deuxième plan l'amélioration isolée des symptômes ou celles des fonctions cognitives telles que la mémoire de travail ou la flexibilité mentale. En effet, l'amélioration symptomatique ou cognitive isolément n'est pas proportionnellement associée à une meilleure autonomie, adaptation et insertion sociale. Les programmes centrés exclusivement sur les symptômes ou les performances cognitives isolées, en dépit de leur efficacité sur leur cible spécifique, ont en effet échoué dès lors que l'objectif thérapeutique est la fonctionnalité. Les chercheurs essaient désormais d'identifier la variable intermédiaire sur laquelle agir de façon spécifique afin d'améliorer l'autonomie et l'insertion. Dans cette intention, les courants contemporains de remédiation cognitive ont inclus trois nouveaux axes comme essentiels. Il s'agit tout d'abord de considérer la dimension affective associée aux fonctions cognitives (cognition chaude), des programmes de remédiation intégratifs sollicitant concomitamment plusieurs compétences cognitives, et enfin des procédures écologiques correspondant aux situations de la vie quotidienne plutôt qu'abstraites. C'est dans cet objectif que divers programmes de réalité virtuelle ont vu le jour depuis quelques années. Ces programmes ont en commun de nécessiter un bilan cognitif papier crayon sur diverses composantes impliquées dans la réalisation des tâches de la vie quotidienne. Cognition dure, chaude, sociale, sont tour à tour explorées. Ce bilan permet d'établir un projet thérapeutique de remédiation adapté à la spécificité du patient. Certains de ces programmes correspondent à des tâches à effectuer sur des environnements virtuels devant un écran représentant des situations réalistes (réalité virtuelle figurée). D'autres, jusqu'à présent moins nombreux, proposent une remédiation dans des environnements virtuels immersifs (réalité virtuelle immersive) où le sujet est acteur physiquement et mentalement de tâches déterminées. Ces deux modalités très prometteuses ont leurs avantages et inconvénients mais manquent encore de validation.

Les différents travaux concernant la remédiation cognitive en réalité virtuelle dans la schizophrénie ainsi que les pistes de recherche à venir seront présentés. Les premiers résultats, notamment très positifs en termes d'acceptabilité, d'un dispositif expérimenté dans notre service seront aussi exposés.

## ENFANCE ET MODERNITÉ : QUELLES PROBLÉMATIQUES ?

### O301 - ADDICTIONS AUX IMAGES SEXUELLES

Dr. LACAMBRE Mathieu  
CHU Montpellier

L'offre de stimulations visuelles à connotation sexuelle est aujourd'hui très importante via les écrans (télévision, téléphone portable, ordinateur), internet et les réseaux sociaux. En fonction de l'âge, du sexe, du contexte et du type d'image visionnée, l'inscription mnésique sera extrêmement variable, du dégoût à la fascination, sur fond d'excitation sexuelle et d'activation graduée des circuits de récompense favorisée par l'autostimulation des zones érogènes.

Cette rencontre, parfois aussi brutale qu'inattendue, d'un sujet mineur avec l'image (picturale ou littéraire) d'une sexualité adulte souvent paraphilique (fétichisme, sado-masochisme, transvestisme, hébéphilie...) produit donc des effets variables associant le besoin de voir pour découvrir et explorer, mais aussi de revoir, à l'insu de l'adulte, pour assouvir une excitation réactionnelle partiellement mentalisée, accompagnée (ou pas) de masturbation.

De la pulsion à l'impulsion irrésistible de consommer des images, avec plaisir, sensation de perte de contrôle ou soulagement d'une tension lors du visionnage, c'est finalement à la naissance d'une addiction que nous assistons. Et pour l'enfant ou l'adolescent dont le développement narcissique et psycho-affectif est en partie tributaire de l'accès au sexuel, ces images, au delà de la dépendance qu'elles pourront induire, participent de la construction de l'identité et de la sexualité... au risque de la pervertir.

En effet, dans notre expérience clinique de prise en soins d'auteurs de violences sexuelles, l'irruption précoce chez l'enfant d'une sexualité adulte, favorise les malentendus et l'investissement d'une sexualité complexe, qualitativement (paraphilies) ou quantitativement (hypersexualité, addiction au sexe).

- Coleman E., The Obsessive-compulsive model for describing compulsive sexual behavior, Am J Prev Psychi Neurol, 1990;2(3):9-14.
- Dufour DR, « Télévision, socialisation, subjectivation », in Le Débat, n° 132, Paris, nov.-déc. 2004, p. 195-213.
- Forget JM, « Partialisation des pulsions dans le rapport à l'autre », in L'enfant entre désir et jouissance, actes des Journées de l'École de psychanalyse de l'enfant à Paris de mars 2006, Paris, A.L.I., 2008.
- Lacan J., « Le stade du miroir comme formateur de la fonction du Je » in Écrits, Paris, Le Seuil, 1966, p. 93-10

### O302 - ENFANTS ET VIOLENCE, ASPECTS TRANSCULTURELS

Dr. RADJACK Rahmeth

La perspective innovante transculturelle prend en compte en clinique le contexte mondial marqué par les métissages culturels. Trois angles différents sont abordés : enfants de migrants et violence envers eux-mêmes (taux de suicide élevé pour la 2ème génération) ; situations d'expertise transculturelle psychiatrique liées à la protection de l'enfance, où se confrontent différents systèmes éducatifs ; et les violences institutionnelles (malentendus dus à la distance culturelle).

# Psychiatrie et nouvelles technologies : enjeux et perspectives

## LE SUJET EN PSYCHIATRIE

### O401 - SUJETS SINGULIERS, SUJETS DES NEUROSCIENCES, SUJETS STATISTIQUES : QUEL ARBITRAGE POUR LE PRATICIEN ?

Pr. FALISSARD Bruno  
Université Paris-Sud

Pendant les deux premiers cycles d'études médicales, l'apprentissage du jeune clinicien se fait essentiellement en ligne avec la pensée Bernardienne : 600 heures de cours de biologie au sens large (biophysique, biochimie, biologie moléculaire, etc.), à comparer aux 5 à 20 heures de cours de psychologie médicale en fonction des universités. Dans la plupart des spécialités, en particulier en médecine générale, le troisième cycle ouvre à une épistémologie différente, celle de la pensée statistique et de l'evidence based medicine. Biologie et statistiques sont pourtant d'une aide bien limitée quand il s'agit d'annoncer une maladie grave, le patient prend alors une autre dimension, il n'est plus constitué d'organe et n'est plus perdu dans l'anonymat statistique : il est le sujet d'une rencontre. Le praticien, au quotidien, doit arbitrer entre ces trois sujets : celui de la biologie, celui de la statistique et celui de la rencontre. En psychiatrie, le sentiment de morcellement est encore plus important quand on sait la place grandissante que prennent les neurosciences et celle non moins importante de la relation médecin malade et de l'alliance thérapeutique comme facteur prédictif de guérison.

### O402 - THÉRAPIE ANALYTIQUE ET LIBERTÉ DU SUJET : QUELS ENJEUX ?

Mme FLEURY Cynthia (Paris)

La thérapie analytique est traditionnellement centrée sur la compréhension des souffrances psychiques en termes de conflits internes, d'identification des traumatismes passés et de leur écho métamorphosé dans la réalité présente. Les aménagements mis en œuvre par le sujet confronté à ces étapes difficiles de sa vie psychique, notamment affective et symbolique, constituent autant des modalités viables que, partiellement au moins, des impasses. Le symptôme est donc pris dans cette double occurrence de « solution » et « d'impasse ». Lors de la cure psychanalytique, notamment par le biais du transfert, le sujet recompose les liens symboliques établis et les réaménage créant plutôt une configuration plus libre que virginale. La mise en œuvre lors du travail psychique de cette recombinaison n'est donc pas à proprement parler un détachement des liens de l'esclavage traumatique, mais une réélaboration. Comment cette dernière devient libératoire et quel sujet libère-t-elle ?

## DÉPRESSION ET TROUBLE DE LA PERSONNALITÉ : PASSER L'OBSTACLE ?

### O501 - NOUVEAUTÉS EN RECHERCHE SUR LES TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ

Pr. CORRUBLE Emmanuelle

Les dernières décennies de recherche dans le domaine des troubles de la personnalité se sont focalisées sur l'étude de la description du meilleur phénotype possible pour la pratique médicale. Cette période a culminé avec les études qui ont présidé à la publication du DSM-5 et à la déception associée. Le temps est maintenant venu de reconsidérer les concepts dans le domaine de la personnalité, concepts qui ont été oubliés au cours des dernières années, et de trouver de nouvelles pistes de recherche pertinentes.

### O502 - APPROCHES PSYCHOLOGIQUES ET INSTITUTIONNELLES DES TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ

Mme COSTANTINO Charlotte

Les troubles de la personnalité, qui plus est lors de la traversée adolescente, se manifestent cliniquement le plus souvent par le recours au comportement. Agirs, décharges comportementales et passages à l'acte sont au cœur des expressions cliniques des patients tant la vulnérabilité, qu'elle soit réactionnelle aux enjeux adolescents ou structurelle, est grande à cette période de la vie tout particulièrement. Les métamorphoses somato-psychiques induites par le processus de la puberté, sources de blessures, et l'élaboration des multiples pertes et deuils à cet âge font le lit d'un vacillement identitaire bien difficile à élaborer pour l'adolescent, impasse interne que trahissent ces agirs aux multiples visages.

Dans ce contexte, les équipes de soins se trouvent mises à l'épreuve tout autant dans leur fonction de contenance que dans leur travail de traduction des actes en mots. À partir de diverses séquences cliniques en institution accueillant des adolescents en hospitalisation à temps complet, nous interrogerons les leviers de soin dont dispose une institution pour à la fois contenir ce type de manifestations cliniques et réinscrire une signification à ces mouvements symptomatiques de décharge caractéristiques de la clinique adolescente. Nous évoquerons notamment les dispositifs de groupe utilisant différentes médiations thérapeutiques. L'essor des médiations thérapeutiques et les efforts consentis pour proposer une modélisation rigoureuse de ces dispositifs, témoignent de l'intérêt accru des professionnels pour ce type d'approches en particulier sur le terrain de l'institution... S'agit-il de répondre à une nécessité clinique ? C'est en tout cas le point de vue de certains, en particulier quand ils se trouvent confrontés à l'âpreté du travail psychique en institutions et à ses impasses. Lorsque les douleurs narcissiques et identitaires sont au premier plan, corps et actes deviennent les messagers privilégiés des errances psychiques que traversent les patients. Nous discuterons des vertus thérapeutiques qu'offre l'utilisation des médiations thérapeutiques avec ces patients.



## O503 - APPROCHES THÉRAPEUTIQUES DES TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ

Pr. DESSEILLES Martin  
MD, MSc, PhD

Dans cet exposé nous prendrons la mesure de l'importance des conduites suicidaires, tant dans leurs processus, que dans leurs préventions, leurs liens avec le stress ou avec la charge allostatique. Nous verrons les différentes formes de psychothérapies qui sont proposées dans ce contexte. Un point sera fait également sur la place de la pharmacothérapie.

## PLEINE CONSCIENCE ET NOUVELLES PSYCHOTHÉRAPIES, COMMENT LES INTÉGRER EN PRATIQUE QUOTIDIENNE ?

### O601 - APPUI DE LA MBSR DANS UNE PRATIQUE HOSPITALIÈRE, EXEMPLES DE LA PSYCHIATRIE ET DES MALADIES INFECTIEUSES

Mme AYOUCHE BODA Amina  
Psychologue clinicienne  
Service de psychiatrie et service des maladies infectieuses, hôpital Saint-Antoine, Paris.

L'ouverture des « nouvelles psychothérapies » à la transdisciplinarité tranche avec les querelles de chapelle ayant régné jusque-là. Leur capacité à l'intégration de modèles issus d'autres approches sera interrogée dans la présentation. Il ne s'agit pas simplement d'une agrégation, ni d'une interpénétration instrumentale entre des techniques, mais de l'élaboration d'une véritable méthode d'articulation à la fois théorique et pratique qui offre une alternative thérapeutique plus large aux patients, tout en restant rigoureuse.

Certaines d'entre elles sont passées en revue : EMDR (désensibilisation et retraitement par les mouvements oculaires), approche intégrative en psychothérapie, thérapies cognitivo-comportementales de 3ème génération, MBCT (thérapie cognitive basée sur la pleine conscience), MBSR (réduction du stress basée sur la pleine conscience) ...

Un exemple d'intégration dans la pratique quotidienne est ensuite présenté à travers une expérience en cours en milieu hospitalier, avec l'appui de la MBSR qui vient enrichir la prise en charge de personnes venant de découvrir leur séropositivité et visant à mieux vivre avec le VIH. Cette prise en charge articule justement plusieurs méthodes : une approche psychodynamique œuvrant à l'intégration psychique de la séropositivité, une éducation thérapeutique ayant pour objectif l'adhésion au suivi, et une approche psychocorporelle permettant de surmonter les expériences morbides qui se produisent souvent après l'annonce du VIH (expérience interne du corps dégradée et phobogène, effraction traumatique d'un agent mortifère, vécu de saleté et de dangerosité du corps propre, honte...). Les résultats préliminaires seront communiqués.

### O602 - PLEINE CONSCIENCE EN INSTITUTION PSYCHIATRIQUE

Dr. MASETTI Vincent

L'efficacité des différents programmes standardisés basés sur la pleine conscience, en particulier dans la prévention des récurrences dépressives (Mindfulness Based Cognitive Therapy, Mindfulness Based Stress Reduction), dans les addictions (Mindfulness Based Relapse Prevention for Addictive Behaviors) ou encore les troubles du comportement alimentaire (Mindfulness Based Eating Awareness) est aujourd'hui bien documentée.

Toutefois ces protocoles, déclinés pour la plupart sur 8 séances de deux heures, sont destinés dans leur forme à des patients rétablis puisque pensés en termes de prévention de la récurrence et non de traitement de l'épisode en phase aiguë ; l'espacement recommandé dans les différents programmes d'une semaine entre chaque séance n'est que rarement compatible avec les durées moyennes d'hospitalisation en clinique psychiatrique.

D'autre part, ces interventions sont essentiellement destinées aux patients bien que quelques études confirment l'intérêt de programmes destinés aux soignants eux-mêmes.

Dans ce contexte, dans notre présentation, après un rappel des éléments de la littérature qui les soutiennent, nous nous proposons de faire un panorama des initiatives fondées sur la pleine conscience déployées au sein d'un groupe de cliniques privées, qu'elles soient proposées aux patients comme aux soignants.

Nous aborderons les contraintes rencontrées par les équipes qui ont fait le choix de proposer aux patients les protocoles (notamment MBCT ou MBSR) intégralement ou sous une forme abrégée. Nous exposerons les formes originales de sensibilisation des patients à la pleine conscience. Enfin nous décrirons les interventions basées sur la pleine conscience proposées aux personnels soignants ou non soignants de certains établissements.

Keywords : protocoles, pleine conscience, phase aiguë, patients, soignants, personnel non soignant, cliniques psychiatriques privées

# Psychiatrie et nouvelles technologies : enjeux et perspectives

## REGARD DE L'ÉTRANGER

### 0701 - LE TROUBLE BIPOLAIRE N'EST PAS UN TROUBLE DE L'HUMEUR

Dr. GHODHBANE Taieb

DSM-5 et CIM 11 viennent de reconnaître l'excès d'énergie et de l'activité, à côté de l'humeur, comme critère de premier ordre dans le diagnostic de l'(Hypo)Manie. Alors que les preuves de l'implication de plusieurs facteurs étiologiques sont avérées (génétiques, environnementales, abus de substances...), et la description sémiologique, bien qu'encore sujette à controverse, est connue de tous, le maillon physiopathologique intermédiaire, véritable boîte noire, reste mal élucidé. Le trouble de bipolaire serait plutôt un trouble de l'énergie bien plus qu'un trouble de l'humeur, la mitochondrie, véritable centrale électrique, serait au centre de ce processus !

Quelle est la pertinence de cette piste et quelles implications pratiques pourraient en découler ?

### 0702 - PRISE EN CHARGE DES PSYCHOSES EN SUISSE, L'EXEMPLE VAUDOIS

M. LEROY Jean-Christophe

Le fonctionnement des secteurs de la santé et du social en Suisse est singulier. En effet, l'organisation du pays en 26 cantons donne une grande autonomie à ces derniers pour mener leur politique en la matière et rend assez diverses les prises en charge. Toutefois, certains principes juridiques de base sont communs. Le traitement sous contrainte, la mise en place de curatelle, le régime d'assurance-maladie ou de gestion du handicap sont sous tutelle fédérale en dépit d'interprétations régionales.

Cette grande liberté d'action locale a donné toute latitude à certains cantons pilotes de réaliser des progrès significatifs dans la prise en charge des patients psychotiques et de leurs familles. Un dispositif complet a notamment été mis en place dans le canton de Vaud. Réduction des durées d'hospitalisation, suivi intensif dans le milieu, réseaux, prise en charge des proches, hébergement, etc. Un ensemble de mesures a été pensé pour faciliter une prise en charge précoce des patients et de leurs proches. Ce dispositif, soutenu par les autorités, par certaines structures hospitalières et quelques associations, a été complété par une politique volontariste d'information et de déstigmatisation vers le grand public.

L'exposé de Jean-Christophe Leroy, président de l'association \*l'îlot\*, a pour but de donner un éclairage sur les conditions cadres de prise en charge en psychiatrie et les démarches spécifiques tant au niveau fédéral qu'au niveau cantonal.

### 0703 - L'ALCOOLISME EST-IL UNE FATALITÉ ?

Pr. DE TIMARY Philippe

Cet exposé, qui synthétise le livre intitulé « l'alcoolisme est-il une fatalité ? comprendre et inverser une spirale infernale » dresse un état des lieux de la problématique alcoolique dont il révèle la complexité.

Il explique en des termes simples les logiques biologiques, affectives, neurologiques et sociales qui peuvent conduire une personne à s'enfoncer graduellement dans la spirale de la consommation.

Au cœur de l'affection, il existe souvent une difficulté dans le lien social, dont la seule issue trouvée par la personne est le recours à la boisson. Au-delà de cette sensibilité de départ, l'alcool imprime une marque qui naturellement a tendance à aggraver la situation, en la compliquant d'effets sur l'humeur, sur les processus de pensée et sur le rapport aux autres. Par ailleurs, la consommation rend la personne incapable de trouver des solutions à ses propres difficultés.

L'ouvrage explique aussi en quoi le terme alcoolisme regroupe finalement des personnes qui sont à des stades plus ou moins avancés des effets de l'alcool. Il fait la distinction entre des personnes à l'usage problématique ou à risque dont l'évolution peut être améliorée par de simples conseils préventifs sur leur consommation et ceux qui ont développé une vraie dépendance à l'alcool et qui nécessitent un accompagnement plus lourd. Cette distinction entre les différentes catégories « d'alcoolisme » permet de sortir d'une vision pessimiste de la problématique dont le pronostic serait catastrophique alors que même parmi les cas sévères il est possible d'obtenir une proportion élevée de succès thérapeutique.

L'ouvrage propose surtout des solutions pratiques pour permettre aux patients alcooliques et à leurs familles d'inverser cette spirale infernale, en soutenant les aptitudes propres des patients à répondre aux défis du quotidien sans le recours habituel à l'alcool dont il aura compris les logiques.





## MÉDIA ET PSYCHIATRIE : AMIS OU ENNEMIS ?

### O801 - LES REPRÉSENTATIONS DES SOIGNANTS EN PSYCHIATRIE : STIGMATISÉS OU STIGMATISANTS ?

Dr. BLANC Jean-Victor

Psychiatre, Service de Psychiatrie et de Psychologie médicale de l'adulte, Hôpital Saint-Antoine (Paris) et rédacteur pour What's Up Doc.

Les représentations négatives qui attrait à la santé mentale sont très répandues, notamment à travers le traitement médiatique dont elle fait l'objet. Présentes dans la population générale et chez les patients, elles ont des conséquences cliniques sur le délai d'entrée dans les soins ou l'adhésion thérapeutique, mais aussi chez les soignants.

Nous verrons que les représentations des soignants envers les pathologies et les traitements ont des répercussions sur la qualité des soins prodigués. Ainsi, prescrire un antidépresseur ou le dispenser à un patient n'est pas toujours associé à des croyances envers son efficacité, ce qui amoindri ses chances d'efficacité.

Ensuite, la psychiatrie, en tant que spécialité médicale, fait régulièrement l'objet d'une remise en question quant à sa scientificité. Les résultats des choix de spécialité aux Examen National Classant sont un témoin de son peu d'attrait chez les étudiants en médecine. Ils sont un reflet des nombreux stéréotypes dont sont l'objet les soignants en psychiatrie, qui peuvent à leur tour internaliser ce stigma.

A l'heure des réseaux sociaux, où chacun est à même de devenir un média, nous verrons quels écueils, mais aussi possibilités, s'offrent aux soignants dans ce contexte.

### O802 - POUR UNE MÉDIATISATION RESPONSABLE DE LA SANTÉ MENTALE ; COMMENT FAVORISER DE NOUVEAUX ESPACES DE DIALOGUE ENTRE MÉDIAS ET SOIGNANTS ?

Mme LIPANI Marie-Christine

Maître de conférences en Sciences de l'Information et de la Communication, Institut de Journalisme Bordeaux Aquitaine – Université Bordeaux-Montaigne, chercheuse au MICA (médiation, information, communication, art).

Les constats sont récurrents. Les médias, d'une manière générale, lorsqu'ils abordent les troubles psychiques, produisent un discours assez stigmatisant. Par ailleurs, trop souvent, encore, la santé mentale s'installe dans la rubrique "faits divers" alors qu'elle relève de la vie quotidienne et cela n'est pas sans conséquence. En effet, la manière dont la presse, qui véhicule des représentations et des modèles, cadre une question, peut avoir une certaine influence sur l'opinion publique d'une part, et d'autre part, sur les politiques publiques de prises en charge de la santé mentale. Les enjeux d'une médiatisation responsable des troubles psychiques sont pluriels, tant la santé mentale a une dimension collective et demeure une question majeure de santé publique.

Mais comment faire en sorte que les médias se saisissent autrement de tels sujets complexes et deviennent des acteurs de la "destigmatisation" ?

Dans un premier temps, notre communication abordera les contraintes qui pèsent sur l'activité journalistique comme la réactivité, la pression du temps, la demande du public d'être informé en temps réel, la multiplication des formats courts... Des contraintes et des pratiques organisationnelles des rédactions qui ne sont pas toujours suffisamment bien connues par le public, d'où parfois, une certaine distance vis à vis de la communauté journalistique.

Dans un deuxième temps, nous évoquerons les pistes envisageables permettant un dialogue plus constructif et efficace entre les médias et les psychiatres et autres professionnels de santé qui interviennent auprès des personnes atteintes de troubles psychiques. De telles préoccupations nous invitent aussi à interroger la formation des journalistes.

### O803 - PSYCHIATRES ET JOURNALISTES MAIN DANS LA MAIN : L'EXPÉRIENCE PAPAGENO

Mme PAUWELS Nathalie

Les facteurs qui mènent au suicide et ceux qui favorisent sa prévention sont complexes et non encore entièrement élucidés. Cependant, la littérature scientifique atteste que les médias jouent un rôle important soit en renforçant soit en affaiblissant les efforts de prévention du suicide. En effet, la couverture médiatique d'un suicide est susceptible d'inciter certaines personnes vulnérables à passer à l'acte par imitation (effet Werther).

En revanche, une information responsable permet de soutenir un effort d'information auprès du public et d'encourager les personnes vulnérables à avoir recours à de l'aide (effet Papageno).

Convaincus du rôle majeur que jouent les professionnels des médias dans l'information du public, plusieurs acteurs français engagés dans la prévention du suicide ont décidé de soutenir un projet novateur : sensibiliser les journalistes à un traitement médiatique responsable du suicide.

Baptisé Papageno, ce programme a pour principale ambition de faire naître chez les futurs journalistes et journalistes de France, la conscience de l'enjeu que représente un traitement médiatique d'un sujet aussi sensible que le suicide. Il s'agit pour cela de les sensibiliser et d'alimenter une réflexion la plus responsable et la plus éthique possible tout en reconnaissant la légitimité du choix du suicide comme sujet journalistique. Il s'applique à la fois aux médias traditionnels et numériques.

# Psychiatrie et nouvelles technologies : enjeux et perspectives

## ATELIERS

### A1 - ADDICTION À L'ALCOOL ET COMORBIDITÉS : CLÉS DIAGNOSTIQUES

Dr. DEREUX Alexandra

La forte prévalence des comorbidités médicales, psychiatriques et non psychiatriques, en cas de dépendance à l'alcool est bien connue, tant en population clinique que générale. En population générale, 43 % des sujets présentant une addiction auraient par exemple présenté un épisode psychiatrique caractérisé sur les douze derniers mois. Il est bien établi que l'existence d'une comorbidité psychiatrique ou neurologique aggrave la sévérité de chacun des troubles (augmentation de la fréquence des rechutes, de la sévérité des symptômes, des complications sociales et de la mortalité) et diminue l'efficacité des traitements. L'intérêt d'une prise en charge adaptée à la co-occurrence des troubles est par ailleurs de mieux en mieux documentée. Ainsi, en cas de pathologie duelle, psychiatrique et addictive, les prises en charge intégrées (c'est-à-dire par une seule et même équipe) sont plus efficaces que les prises en charge séquentielles ou parallèles. Ceci nécessite que le diagnostic de la comorbidité soit fait précocement.

Or l'existence d'une dépendance à l'alcool rend encore plus difficile le diagnostic des troubles psychiatriques et neurologiques. Le délai moyen entre le début du trouble thymique bipolaire et l'instauration d'une prise en charge adaptée est déjà évalué à dix ans, et environ 50% des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ne seraient pas diagnostiquées. Le retard diagnostic – et donc de prise en charge adaptée – est encore augmenté en cas d'addiction associée, l'abus d'alcool pouvant à la fois masquer et mimer les symptômes.

Au travers de plusieurs cas cliniques illustrant les difficultés diagnostiques et thérapeutiques fréquemment rencontrées chez les patients alcoolo-dépendants, nous vous proposons de passer en revue les différents outils et critères cliniques qui doivent (1) alerter sur un possible trouble comorbide et (2) appuyer votre démarche diagnostique.

### A2 - LA TOXICITÉ DÉVELOPPEMENTALE DU TABAC

Dr. DE BEAUREPAIRE Renaud  
GHPG 94806 Villejuif.

En France, entre 25 et 30 % des femmes fument pendant leur grossesse. Il est bien établi que le tabagisme maternel favorise chez les enfants la survenue de nombreuses pathologies somatiques et de troubles psychopathologiques. Pour ces derniers, on a rapporté une association avec des troubles cognitifs, le TDAH, les addictions, la dépression, la délinquance et les troubles des conduites (dont les conduites criminelles), ainsi que quelques autres associations encore sujettes à discussion. Ces troubles ont des déterminants multifactoriels, développementaux, génétiques, sociaux et environnementaux. Mais il est bien démontré que la consommation de tabac a des effets toxiques sur le cerveau au cours du développement. On fera une revue des troubles psychopathologiques qui surviennent chez les enfants de mères qui ont fumé pendant leur grossesse, et on présentera rapidement quelques mécanismes neurobiologiques potentiellement impliqués. On abordera ensuite la question du rôle de la nicotine et de divers composants du tabac et de la fumée dans la survenue de ces troubles (avec le cas particulier du tabagisme passif). On présentera des études faites dans notre laboratoire sur le rôle propre de la nicotine, des composants du tabac, et de ceux de la fumée, dans la survenue des troubles psychopathologiques secondaires au tabagisme maternel. On verra que l'élément qui ressort le plus clairement est un effet pathogène très marqué des composants de la fumée de tabac sur le développement des systèmes dopaminergiques, en particulier sur leur fonctionnement à l'adolescence ; alors que la nicotine et le tabac non fumé paraissent avoir des rôles beaucoup moins importants.

### A3 - LES NOUVELLES TECHNOLOGIES DANS LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS PSYCHOTIQUES

Mme WILLARD Dominique  
Psychologue/psychothérapeute  
CHSA Paris

Le parcours de soins est une méthode d'amélioration de la qualité des soins qui vise à structurer et optimiser la prise en charge pluridisciplinaire au cours des parcours de soins des patients. Dans son rapport relatif à la santé mentale en octobre 2016, Mr. Laforcade propose de renforcer la continuité et la diversité des soins et de l'accompagnement.

Contrairement à certaines idées reçues, nos patients apprécient les nouvelles technologies. Les obstacles au développement des usages en santé mentale tombent doucement. Les outils informatiques sont déjà présents dans l'ordinaire de nos activités, la révolution numérique a transformé notre quotidien, cela amène à de nouvelles formes d'interaction.

Domotique et robotique se développent à la maison et vont faire de plus en plus partie de notre quotidien. Les casques de réalité virtuelle sont présents pour les jeux grand public. Il paraît évident qu'ils vont contribuer à la prise en charge de nos patients.

Réalité virtuelle, immersion visuelle et sonore sont encore en plein développement, on ne peut que penser que cela va être de plus en plus utilisé pour le suivi de nos patients.



Les patients ont un nouveau rôle, ils sont plus engagés dans les soins ce qui favorise l'empowerment. Les patients changent, les soignants changent aussi, tout comme la place de chaque intervenant diffère. La démarche devient collaborative.

Quelles sont les applications qui existent, quelles sont celles que vous connaissez, quelles sont celles que nous utilisons ?

Si le traitement pharmacologique reste la pierre angulaire de la prise en charge de la schizophrénie, les thérapies psychosociales sont l'apanage indispensable d'un traitement pharmacologique bien conduit. La psychoéducation des patients et des familles, mais surtout la remédiation cognitive en font partie. La remédiation cognitive se développe de plus en plus et certains programmes s'accompagnent de réalité virtuelle. Nous allons voir ensemble ces nouvelles technologies qui permettent d'améliorer les déficits cognitifs que ce soit en cognition froide ou en cognition chaude et surtout qui permettent une meilleure réinsertion aux questions des participants.

#### A4 - PRISE EN CHARGE DE LA DÉPRESSION RÉSISTANTE

Dr. BLANC Jean-Victor

Psychiatre, Service de Psychiatrie et de Psychologie médicale de l'adulte, Hôpital Saint-Antoine (Paris).

La dépression, de par sa prévalence et ses multiples formes cliniques, reste un défi pour le clinicien. Le recours aux soins spécialisés se fait le plus souvent suite à plusieurs essais médicamenteux infructueux. S'agit-il pour autant de dépressions résistantes ? Quelles sont les stratégies thérapeutiques que l'on peut mettre en place en 2018 ? A la lueur des recommandations les plus récentes, nous verrons quelles sont les options pharmacologiques, psychothérapeutiques et de neurostimulation que nous pouvons proposer à nos patients atteints de dépression résistante.

#### A5 - LA MINDFULNESS EN PRATIQUE : UNE INITIATION À LA MÉDITATION DE PLEINE CONSCIENCE

Mme MICHELOT Soizic

Pendant cet atelier d'une heure, Soizic Michelot donnera un bref historique de cette pratique, de ses origines traditionnelles à ses champs d'applications actuels dans le domaine du soin. L'intervenante présentera les principes actifs de la méditation et proposera des temps d'expériences. Une large partie de cet atelier sera consacrée aux questions des participants.

#### A6 - LÉGISLATION EN PSYCHIATRIE

Mme GÉNOT POK Isabelle

Juriste consultante formatrice en droit de la santé, CNEH

En droit de la santé, la caractéristique de la discipline psychiatrique, en tant que telle, est d'être celle qui a très tôt dans l'histoire (1785/1789<sup>a</sup>) fait l'objet d'un encadrement juridique fort et précis. Sans doute dans un premier temps à caractère de salubrité publique plus qu'à proprement sanitaire.

De la loi de 1838 à celle du 27 juin 1990, l'évolution est importante et vise à mieux protéger les droits et la liberté des malades. Cette dernière a posé divers principes, dont ceux de la prévention, des prises en charge en soins ambulatoires et de l'hospitalisation libre comme règle (HDT et HO<sup>b</sup>). Toutefois elle conservera les deux modes d'hospitalisation sans consentement bien qu'ayant fait évoluer la terminologie. La loi de 1990 constitue donc une réelle avancée en ce qu'elle pose des droits inaliénables pour les patients dont l'information sur les droits, des documents obligatoires et des délais pour les effectuer. Toutefois, elle n'est pas allée assez loin dans la protection des droits fondamentaux puisque la France a refusé une réforme structurelle du cadre de la psychiatrie et de sa judiciarisation. Aussi, ces droits reconnus seront confirmés par le juge, puis par les textes, notamment la circulaire du 19 juillet 1993 dite « Veil » qui rappelle que la loi de 1990 « donne à ces patients hospitalisés librement les mêmes droits que ceux qui sont reconnus aux malades hospitalisés pour une autre cause ». [...] dont celui d'aller et venir librement dans la structure de soins.

Puis, si la loi du 4 mars 2002 a apporté quelques aménagements à celle de 1990 (les sorties accompagnées) elle rappelle, pour tous les patients, que le consentement aux soins du patient reste le principe indispensable à toute prise en charge. Le recours à l'hospitalisation sous contrainte doit donc rester une exception. Enfin, suite à de nombreuses annonces politiques, la loi du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge, qui réforme celle de 1990, est adoptée. Si elle ne bouleverse pas les principes généraux qui régissaient le régime de l'hospitalisation sous contrainte depuis 1838, elle modifie profondément leur physionomie en substituant la notion de soins à celle d'hospitalisation et modernise l'approche du soin psychiatrique comme pouvant être, même sous contrainte, pris en charge à l'extérieur de la structure hospitalière. Toutefois, elle conserve aussi les deux modes de soins contraignants des deux lois précédentes<sup>c</sup>. Par ailleurs, elle rappelle les professionnels à leurs obligations de justification des mesures de restriction de liberté en introduisant dans la procédure le contrôle systématique des hospitalisations complétée par le juge des libertés et de la détention (JLD).

L'objet principal de la loi, au-delà de rappeler que les patients atteints de troubles mentaux sont des personnes citoyennes sujets de droits à respecter, est de faire en sorte que les décisions relatives à ces patients ne soient pas empruntées d'arbitraire et de subjectivité, et respectent la dignité du patient. D'où une procédure stricte de prise en charge respectant le droit de chacun de bénéficier des soins nécessaires et adaptés à sa situation, au bon moment, dans le bon statut sans le doute de l'erreur possible.

a : 1785 : prise en charge des insensés dans « les asiles qui leur sont destinés » 1788 : réformes des hôpitaux (placés sous la surveillance des municipalités), 1789 loi Pinel

b : Hospitalisation sur demande de tiers / hospitalisation d'office à la place des termes de placement volontaire (volonté des proches) / placement d'office

c : Le SPDD : soins psychiatriques sur décision du directeur - le SPDR : soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat



# Psychiatrie et nouvelles technologies : enjeux et perspectives

LIVRE D'ABSTRACTS  
COMMUNICATIONS POSTERS





## P1 - PARTAGE DES PRATIQUES. LES AUDITS CROISÉS INTERÉTABLISSEMENTS

DEPRINCE Janick<sup>1,2</sup>

1 : EPSM des Flandres, Bailleul  
2 : F2RSM Psy Hauts-de-France

L'audit croisé inter-établissements est une méthode originale de partage des pratiques. Le principe est simple : les établissements adhérents de la F2RSM Psy se voient proposer un audit de leur pratique par un pair tiré au sort tandis qu'ils auditeront en retour un troisième établissement lui-même candidat et tiré au sort. Ainsi chaque établissement candidat est audité et auditeur. L'objectif de l'audit croisé est d'interroger des pratiques professionnelles qui posent question aux personnels soignants et de proposer des préconisations. Ainsi, ont été menés des audits croisés sur les pratiques d'isolement et de contention en services de psychiatrie, sur la prise en compte de la santé du corps dans le dispositif de santé mentale, sur le dispositif d'accueil des personnes présentant des troubles mentaux aux urgences générales des hôpitaux de la région, sur le fonctionnement des centres médico-psychologiques, et bientôt sur la sexualité dans les services de psychiatrie.

Il n'est pas question ici d'appliquer des recommandations d'experts mais d'inventer des modifications de pratiques par l'observation et le partage à partir des équipes de terrain elles-mêmes. Techniquement, un groupe de travail composé de cadres de santé des établissements adhérents et d'usagers du dispositif de santé mentale arrête le sujet de l'audit, élabore une grille de recueil de données. Un appel à participation est lancé auprès des établissements adhérents (bientôt 45 avec la grande région) et une journée de formation des personnels désignés par les établissements participants est organisée. Puis au cours d'une semaine de grand chassé-croisé, les équipes vont se rencontrer.

Il est certain que l'audit prend sa source dans les préoccupations des équipes de terrain, qu'au-delà d'une amélioration des pratiques, cette technique permet de rompre l'isolement d'établissements éloignés les uns des autres et surtout des services de psychiatrie parfois isolés dans des hôpitaux généraux.

## P2 - PERTINENCE D'UNE TERRITORIALITÉ RÉGIONALE POUR LA RECHERCHE EN PSYCHIATRIE

DANEL Thierry <sup>1</sup>, LEPLÈGE Alain <sup>2</sup>, OLIVIER François <sup>3</sup>

1 : F2RSM Psy Hauts-de-France, Lille  
2 : PRSM-HP, Paris  
3 : FERREPSY, Toulouse

Dans les recherches en psychiatrie menée par l'université, l'INSERM, le CNRS, les centres experts ou l'ICM, l'objectif est de diffuser les progrès en psychiatrie pouvant ensuite être appliqués par les acteurs de terrain.

Les recherches venant des acteurs de terrain apportent un autre type de connaissances, en posant d'autres questions et en utilisant d'autres méthodes pour y répondre sans cependant renoncer à la rigueur scientifique. Elles prennent comme point de départ les interrogations du personnel médical, paramédical, des usagers, des familles d'usagers, des gestionnaires d'établissements ou des membres de la société civile. Ces recherches interrogent les pratiques, le partage de la connaissance, sa diffusion, le parangonnage inter-établissements, l'éthique, l'application des progrès de la discipline. Elles peuvent également s'appuyer sur d'autres méthodes et approches : audit-inter établissements, recherche appliquée, groupe de recherche en soins infirmiers, aide méthodologique aux projets de recherche des acteurs de terrain, diffusion locale des travaux, recherche-action, animation de réseaux interprofessionnels.

La taille du territoire pour mener ce type de recherche est cruciale. Elle doit permettre une rencontre facile des acteurs de terrain, tant par leur culture commune que par la proximité des structures participantes.

La Fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale (F2RSMPsy) Hauts-de-France, celle du Languedoc Roussillon Midi-Pyrénées (FERREPSY) et la Plateforme collaborative de recherche sur la santé mentale et le handicap psychique en Ile de France (PRSM-HP), éprouvent la territorialité régionale pour ce faire.

Nous présenterons ces structures, leurs objectifs, fonctionnements et résultats pour illustrer l'importance, la complexité et la pertinence de la territorialité régionale pour la recherche dans notre discipline.



# Psychiatrie et nouvelles technologies : enjeux et perspectives

## P3 - INSIGHT, DÉPRESSION, ESTIME DE SOI ET SATISFACTION DE VIE CHEZ DES PERSONNES SOUFFRANT DE SCHIZOPHRENIE

MADAOUI Fatima Zohra, BELAMRI Mahmoud  
EHS de psychiatrie, Constantine.

**Introduction :** Les récentes études, principalement anglo-saxonnes, sur l'insight des patients schizophrènes ayant montré que le défaut d'insight, était synonyme d'une moins bonne compliance au traitement, l'accent est actuellement mis sur les thérapies visant à augmenter l'insight (information du patient, psychoéducation, par exemple). Or, certaines recherches, même si elles ne forment pas un consensus, ont mis en valeur un effet délétère de la conscience du trouble sur certaines dimensions psychologiques (humeur, estime de soi et qualité de vie). Plusieurs études montrent que l'insight aurait des liens corrélationnels avec des niveaux élevés de dépression, ainsi qu'avec une faible estime de soi (SEI), mais d'autres études ne retrouvent pas ces liens. Un insight élevé ne serait donc pas la garantie d'un bon processus thérapeutique ni d'une bonne qualité de vie subjective.

**Matériels et Méthode :** Au vu de ces résultats contradictoires à propos de ces rapports ainsi que leur importance clinique et théorique, nous avons réalisé une pré enquête, auprès de 25 schizophrènes, hospitalisés à l'EHS de Constantine. L'objectif étant d'avoir un aperçu sur les liens existants entre l'insight et les dimensions psychiques (dépression, estime de soi, satisfaction de vie).

**Résultats :** Les patients ayant un bon niveau d'insight, avaient une tendance plus élevée à avoir des scores de dépression plus élevés et une mauvaise estime de soi, indépendamment des scores obtenus à l'échelle de qualité de vie, suggérant la possible corrélation positive existant entre insight et dépression, et la corrélation négative existante entre insight et estime de soi : un bon niveau d'insight est lié à une symptomatologie dépressive plus importante et à une estime de soi altérée. Pas de corrélation entre l'insight et la qualité de vie.

**Conclusion :** Il apparait enfin, que l'insight reste une donnée essentielle, corrélée à d'autres dimensions psychologiques, et que le psychiatre doit systématiquement évaluer, afin d'adapter la prise en charge des patients psychiatriques. Difficultés rencontrées dans la prise en charge de ces usagers qui ne demandent rien, et dont les parents démunis font appel à notre structure.

## P4 - UN BORDERLINE ? ...TOUTE LA PSYCHIATRIE EST EN LUI

Dr. AIZEL Feriane  
Urgence de psychiatrie de l'hôpital Maillot. CHU Mohamed Debaghine

**Résumé :** C'est l'observation clinique sur une période de deux ans d'un jeune homme de 21 ans qui se présentait souvent aux urgences pour une forte angoisse avec de gros troubles du comportement qui sont caractérisés par des agitations psychomotrices, des automutilations répétées, des conduites d'homicides envers le père avec des impulsivités agressives et parfois des conduites antisociales (fugues, états de dangersités). Ses troubles étaient souvent sous tendus par des idées de persécution et de référence. Il y avait également de fréquentes tentatives de suicide liées à de brèves périodes dépressives où il verbalisait une grande souffrance affective qu'il expliquait essentiellement par des difficultés relationnelles familiales et par des événements traumatiques (maltraitance parentale, accidents). Deux années après, le tableau clinique s'est aggravé par l'apparition de symptômes schizophréniques constitués d'un délire paranoïde, d'hallucinations avec automatisme mental, de retrait social, de désorganisation affective et comportementale qui se sont substitués totalement à ses passages à l'acte auto-agressifs. Une symptomatologie polymorphe qui, au début, posait aux psychiatres un problème diagnostique et thérapeutique par leur persistance et leur répétition, puis par la suite se complique sur le plan psychothérapeutique du fait de sa problématique sexuelle et identitaire.

**La méthode :** Elle consistait en une écoute attentive et une observation fréquente du patient en utilisant d'autres moyens de verbalisation (dessin et l'écriture). Notre objectif était de faire une perspective clinique et évolutive prenant en compte la progression des symptômes en fonction du temps jusqu'à la constitution d'une psychose proprement dite. Limitée par l'exploration neurobiologique (bilans, EEG, IRM cérébrale) sans résultat apparent, l'analyse sémiologique des symptômes du patient, de ses écrits et de ses symboles, nous a orienté vers une étude psychanalytique en particulier la psychanalyse lacanienne en comparaison avec les résultats des données neuroscientifiques actuelles.

**Résultats :** Cette méthode nous a permis de déterminer le premier symptôme, de connaître la période initiale des troubles et leurs rapports avec les facteurs de vulnérabilité (trauma parental ?), de décrire leur évolution selon l'âge et de retracer les symptômes de transition psychotique, de souligner le rôle préventif dans la prise en charge précoce des troubles prépsychotiques et de chercher à comprendre l'intérêt du « nœud borroméen » dans la psychothérapie.

**Conclusion :** Nous insistons sur la démarche de prévention qui consiste à détecter les sujets à risques pour éviter la transition psychotique, à prendre en charge précocement les troubles prépsychotiques et à déterminer une psychothérapie adaptée pour éviter toute récurrence ou aggravation des troubles. Néanmoins, on s'interroge sur les mécanismes de l'angoisse dans la structuration mentale et cérébrale.

**Mots clés :** Expérience clinique, angoisse, automutilations, tentatives de suicides, événements traumatiques, facteur de vulnérabilité, problématiques relationnelles, problématique identitaire et sexuelle, psychose, nœud borroméen, neuroscience, prévention.



## P5 - MANIE DIFFICILE, À PROPOS D'UN CAS CLINIQUE

YAKHLEF Walid, OUKALI Hamid  
Service « D » de psychiatrie adulte, EHS FRANTZ-FANON BLIDA

Il n'y a pas de trouble qui soit naturellement résistant ; la résistance est obligatoirement liée à un traitement donné. En raison de la complexité clinique, il est impossible de donner une définition à la « bipolarité résistante ».

Cependant, on peut anticiper les formes difficiles à traiter et lancer les thérapeutiques adéquates le plus précocement possible (surtout les psychothérapies les plus adaptées aux patients bipolaires : meilleure acceptation du trouble et observance du traitement, gestion des phases bipolaires, gestion des conflits personnels et au travail...).

Comme il n'y a pas de définition standard de la bipolarité résistante, il n'y a pas de recette standard pour cette condition.

Mr. K.A âgé de 33 ans, suivi depuis 2014 pour un trouble bipolaire. Il fut hospitalisé pour la prise en charge d'un épisode maniaque qui dura plus de six mois.

Une personne s'initiant précocement à l'alcool, c'est-à-dire à 14 ans ou moins, risque de développer une alcoolodépendance à un moment donné de sa vie.

L'alcoolisme s'observe à tous les niveaux de la société. L'alcool est responsable du taux élevé de mortalité, de morbidité et de problèmes sociaux.

L'éthanol peut interagir sur la pharmacocinétique des médicaments : le CYP2E1, dont la synthèse est induite par l'éthanol, métabolise certains médicaments comme le paracétamol, dont le métabolite est hépatotoxique, qui est largement prescrit et autoprescrit. En cas d'alcoolisation chronique, une hépatite grave, entraînant le décès dans 20 % des cas, peut survenir pour des doses de paracétamol à peine supratherapeutiques.

Le CYP2E1 peut activer certains xénobiotiques comme les solvants organiques en agents hépatotoxiques et certains procarcinogènes comme les nitrosamines en carcinogènes.

Le système immunitaire est affaibli, ce qui accroît la susceptibilité aux infections.

Presque tous les organes sont affectés par l'alcool. L'alcool reste un problème de santé publique majeur dans de nombreux pays du monde.

## P6 - L'INSIGHT PEUT-IL PRÉDIRE LE PRONOSTIC D'UN TROUBLE PSYCHOTIQUE DÉBUTANT ?

O. BENELMOULOUD  
Adresse : Faculté de Médecine, Université de Constantine.3. Algérie  
L. MOKHTARI, S. BENSALIDA, M. BENABBAS

Il s'agit d'une étude prospective sur 15 mois effectuée chez des patients qui se sont présentés pour la première fois aux urgences durant la période allant du 1er janvier à fin décembre 2013. Après 15 mois d'évolution, rémission complète dans 53 % des cas, 19 % schizophrénie et 28 % de trouble bipolaire. Les scores de cotation à la PANSS et à l'ITAQ rendent compte d'une valeur prédictive de l'item insight quant à une bonne ou mauvaise évolution du trouble initial.

## P7 - L'ADOLESCENT FACE AUX SUBSTANCES ADDICTIVES

Dr. MÉGUERBA Aïcha  
Pr. BOUGUERMOUH Yacine, Dr. DJERAF Nacéra, Dr. BENMOUSSA Farah  
Psychiatres à l'Établissement Hospitalier Spécialisé Psychiatrique Frantz Fanon de Blida. Algérie.

L'adolescence constitue une phase de curiosité, de prises de risque et de défis. L'adolescence, une période complexe et difficile à vivre, est caractérisée par un éventail de changements, à la fois, biologiques, psychologiques, cognitifs et sociologiques. Afin de faciliter cette phase de transition, de nombreux adolescents ont recours aux substances addictives dont les plus répandues sont le tabac (la nicotine), l'alcool, le cannabis, les opiacés (héroïne, morphine), la cocaïne, les amphétamines et les dérivés de synthèse. En effet, c'est principalement à l'adolescence que se fait l'initiation à la consommation de substances psychoactives licites, le tabac et l'alcool étant les produits les plus utilisés, mais aussi illicites. Si le cannabis est la drogue la plus consommée, les autres substances illicites, comme, par exemple, l'héroïne, la cocaïne et les amphétamines, ne concernent que 1 % à 3 % de la population adolescente. Certaines substances semblent avoir un pouvoir addictif supérieur à d'autres compte tenu de la proportion de personnes dépendantes parmi leurs consommateurs. Le produit le plus addictif serait le tabac (32 % des consommateurs sont dépendants), suivi par l'héroïne (23 %), la cocaïne (17 %) et l'alcool (15 %). La vitesse d'installation de la dépendance varie également en fonction des substances. Les dépendances au tabac, à l'héroïne et à la cocaïne peuvent se développer en quelques semaines, alors que celle à l'alcool est beaucoup plus lente. Dans l'ensemble, les hommes sont plus concernés par les addictions que les femmes. Les experts recommandent de sensibiliser le public et les différents acteurs de la société à la vulnérabilité de l'adolescent et aux dangers associés à une initiation précoce.

# Psychiatrie et nouvelles technologies : enjeux et perspectives

## P8 - LA GENT FÉMININE FACE À LA VIOLENCE CONJUGALE

Dr. MEGUERBA Aïcha  
Pr. BOUGUERMOUTH Yacine, Dr. DJERAF Nacéra, Dr. BENMOUSSA Farah  
Psychiatres à l'Établissement Hospitalier Spécialisé Psychiatrique Frantz Fanon de Blida. Algérie.

La violence faite aux femmes désigne tout acte de violence causant ou susceptible de causer des dommages et des souffrances physiques, sexuelles ou psychologiques et comprenant la menace de tels actes, la contrainte ou la privation arbitraire de la liberté que ce soit dans la vie publique ou dans la vie privée. La violence conjugale a des conséquences délétères pour les victimes et les éventuels enfants du couple.

En vertu du droit international relatif aux droits humains, tous les gouvernements ont la responsabilité d'élaborer des mesures législatives, éducatives, sociales et autres visant à prévenir la violence contre les femmes.

En Algérie, les services de la sûreté nationale dévoilent en 2015 que sur les 9 663 femmes violentées, 5 423 sont des femmes mariées.

Au niveau mondial, jusqu'à 38 % des meurtres à l'encontre des femmes sont le fait de leur partenaire intime masculin. Dans une série d'études publiées dans la revue médicale The Lancet, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) révèle qu'une femme sur trois dans le monde a déjà été confrontée à des violences conjugales. Il s'agit de l'un des facteurs majeurs de risque pour la santé des femmes âgées de 19 à 44 ans dans le monde. L'organisation onusienne réclame plus d'investissements de la part des États et des donateurs pour diminuer les discriminations envers les femmes, soulignant qu'il ne s'agit pas seulement d'une problématique sociale et criminelle mais également de santé publique.

La victime consulte souvent le médecin et subit plus d'interventions chirurgicales. La violence du partenaire peut avoir des conséquences sur les revenus, les performances au travail de la victime et sa capacité à garder son emploi. Les femmes peuvent souffrir d'isolement, commettre ultérieurement des actes violents ou en être victime.

Les coûts socio-économiques de la violence du partenaire intime sont énormes et se répercutent négativement sur toute la société.

## P9 - LE COMPORTEMENT VIOLENT DES PATIENTS INSTITUTIONNELLEMENT DÉPENDANTS : À PROPOS D'UN CAS

Dr. MEGUERBA Aïcha  
Pr. BOUGUERMOUTH Yacine, Dr. BENMOUSSA Farah, Dr. DJERAF Nacéra  
Psychiatres à l'Établissement Hospitalier Spécialisé Psychiatrique Frantz Fanon de Blida. Algérie.

L'institution thérapeutique est considérée comme un espace contenant la dynamique psychique des membres qui la composent. Elle est utilisée comme espace de vie et surface de transfert pour les patients mais aussi pour les soignants.

La vie psychique des patients institutionnellement dépendants est faite d'une violence interne extrêmement difficile à contenir. Cette violence cherche à se décharger sur des objets externes.

La littérature fait le constat d'une fréquence importante d'incidents violents dans les établissements psychiatriques avec un risque accru de comportement violent chez les patients en hospitalisation de longue durée. Plusieurs études rapportent que les services accueillant principalement des patients institutionnellement dépendants figurent parmi les secteurs les plus touchés par le phénomène de violence.

Basée sur l'analyse de dossiers de patient, des transmissions infirmières, des déclarations d'événements indésirables, d'un relevé d'incidents majeurs faisant l'objet d'une déclaration d'événements indésirables et d'incidents de moindre gravité, une étude, publiée sur des données relatives à 5 546 séjours dans 11 unités psychiatriques sur une période de 12 mois, suggère une variabilité d'incidents violents entre secteurs.

Ainsi dans les unités accueillant des patients en hospitalisation de longue durée :

- Le taux d'incidents sérieux ou graves est deux à quatre fois supérieur que dans les autres unités (unités de psychiatrie générale et une unité pour malades difficiles).

- Le taux d'incidents de moindre gravité est six à neuf fois supérieur que dans les autres unités.

Les données disponibles permettent de déduire que les formes de violence sont multiples : on distingue la violence physique, la violence verbale et la violence contre les objets.

Un cas clinique illustratif, relatant le parcours d'une patiente schizophrène paranoïde hospitalisée depuis juillet 2010 à ce jour, accompagnera ce poster.





## P10 - LA DÉPENDANCE AU TRAVAIL

Dr. MEGUERBA  
Pr. BOUGUERMOUTH Yacine, Pr. BENMOUSSA Farah, Dr. DJERAF Nacéra  
Psychiatres à l'Établissement Hospitalier Spécialisé Psychiatrique Frantz Fanon de Blida. Algérie.

Au stade de la dépendance, les pratiques addictives constituent un problème de santé pour le sujet pouvant également retentir sur l'entourage familial et professionnel.

En milieu professionnel, des employés développent une dépendance au travail ou workaholisme, terme créé en 1971 par le psychologue américain Wayne Oates, une addiction comportementale pouvant se révéler fatale notamment à la suite du syndrome d'épuisement professionnel (le burnout américain ou le Karoshi japonais).

Au début du XXème siècle, « La névrose du dimanche » a déjà été décrite par un élève de Freud.

Ces sujets dépendants au travail ont peur de l'inactivité ; ce sont des personnes à la recherche de défis permanents. Un travail hyper-sollicitant leur apporte dans un premier temps satisfaction, mais à terme ils en deviennent dépendants ; ils travaillent même le weekend et les vacances les incommode. En effet, le symptôme le plus significatif des individus atteints de workaholisme est sans conteste la dépendance fusionnelle avec leur profession.

Plusieurs causes sont attribuées au workaholisme : moyen d'échapper à une situation de stress, protection vis-à-vis des tensions anxieuses ou des troubles dépressifs, recherche d'une valorisation à travers le travail, problèmes d'identification, tradition culturelle et familiale, mauvaise image de soi, des antécédents de traumatismes dans l'enfance chez certains patients, modèle parental ou conjugal.

Cécilie Schou Andreassen, Docteur en psychologie qui a mené des travaux sur la dépendance au travail en 2013, rapporte que « le fait d'en arriver à de tels extrêmes au travail peut être le signe de troubles psychologiques ou émotionnels profonds » et que « pour le moment, on ne sait si cela est le signe de vulnérabilités génétiques, de troubles préexistants qui mènent au workaholisme ou, au contraire, le workaholisme est la cause de ces troubles ».

Ce n'est pas la première fois que des recherches sur la dépendance au travail établissent un lien avec des troubles psychologiques. Une étude réalisée en 2012, concluait à des niveaux plus élevés d'anxiété, d'insomnie, de dysfonctionnement social et de dépression. Une autre étude menée en 2012 en France par l'Institut National de Recherche et de Sécurité (INRS) pour la prévention des maladies professionnelles et des accidents du travail sur un échantillon de 50 travailleurs parisiens a conclu à un « lien significatif » entre workaholisme et anxiété.

Par ailleurs, les workaholiques rapportent davantage de plaintes somatiques d'après des recherches menées en 1992.

La plupart du temps, ces workaholiques nient être dépendants prétextant des contextes particuliers de précarité professionnelle. La prise en charge du workaholisme fait appel au médecin du travail, aux thérapies comportementales et de groupe. Mais la personne doit reconnaître sa dépendance au travail et avoir besoin d'aide puis modifier sa conduite.

Un autre type de workaholisme existe où le patient ne semble pas avoir de pensées obsédantes. Il s'agit seulement d'un désir d'accomplissement et de réussite professionnelle.

## P11 - AUTISME ET ÉPILEPSIE

Dr. BOULCANE Aida  
Service de pédopsychiatrie, EHS Eerrazi, ANNABA, ALGERIE  
Dr. CHEKKAL Tarek  
Service de pédopsychiatrie, EHS Errazi, ANNABA, ALGERIE  
Pr. TERRANTI Idriss  
Service de pédopsychiatrie, EHS Belamri, CONSTANTINE, ALGERIE

**Introduction :** Chez les sujets autistes, la prévalence de l'épilepsie est évaluée, selon les études, entre 5 et 40 %. Ces taux sont nettement supérieurs à ceux observés dans la population générale. Les enfants autistes avec épilepsie présentent un fonctionnement cognitif et un comportement adaptatif plus faibles que ceux sans épilepsie.

**Objectifs :** Evaluer la sévérité de l'autisme chez les enfants présentant une épilepsie associée

**Matériel et méthodes :** Nous avons pris les enfants diagnostiqués autistes, sur une période de 2 ans (2016, 2017), qui sont suivis soit en consultation soit en hôpital de jour, nous avons pris parmi eux ceux présentant une épilepsie associée. Nous avons précisé le déroulement de la grossesse et l'accouchement, les antécédents périnataux. Un examen neurologique et un EEG ont été réalisés pour tous les patients. Pour l'épilepsie, nous avons précisé l'âge de début, le type des crises en se basant sur la classification internationale des épilepsies et syndromes épileptiques, et les résultats de l'EEG. Une évaluation du degré de l'autisme par la CARS a été réalisée pour tous les malades. Tous les patients ont bénéficié d'une prise en charge de l'autisme, et ont reçu un traitement anti épileptique.

**Résultats :** Il s'agit de 27 autistes soit 18 % du nombre total d'enfants autistes suivis, présentant une épilepsie soit 18 % du nombre total d'enfants autistes, dont 6 filles et 21 garçons. Les crises étaient généralisées (24 cas) soit 88,9 %, partielles (3 cas) soit 11,11 %. L'autisme était sévère dans 19 cas (70,38 %), et moyen dans 8 cas (29,62 %).

**Discussion et Conclusion :** L'association autisme épilepsie est assez fréquente, le diagnostic de l'épilepsie chez les autistes n'est pas toujours facile. Les troubles du comportement de l'enfant autiste peuvent être confondus avec les symptômes de l'épilepsie. Les autistes épileptiques auraient une forme d'autisme plus sévère. En effet, l'épilepsie représente un facteur de mauvais pronostic dans l'évolution de l'autisme.

# Psychiatrie et nouvelles technologies : enjeux et perspectives

## P13 - DÉMENCE FRONTO-TEMPORALE : LA PORTE D'ENTRÉE PSYCHIATRIQUE

COURCIERAS Raphaëlle  
FFI Centre Hospitalier Georges Mazurelle, La Roche Sur Yon  
LAURIN Andrew  
Interne de Psychiatrie Université de Nantes, La Roche Sur Yon  
MARINESCU Matei  
PH Psychiatre Centre Hospitalier Georges Mazurelle

De nombreux patients présentant des démences fronto-temporales et des troubles apparentés, entrent dans leur pathologie dégénérative initialement par un tableau psycho-comportemental.

La porte d'entrée psychiatrique ne doit pas être un facteur de retard diagnostique, et induire une prescription de psychotrope non adaptée, pouvant être délétère.

En partant d'un cas clinique exemplaire, les auteurs, utilisant des échelles validées, ont mis au point un outil d'orientation rapide, facile d'utilisation en psychiatrie. Premièrement, la batterie de tests comporte la traduction française de l'I.R.I. (Interpersonal Reactivity Index), auto-questionnaire qui permet au patient d'évaluer ses propres capacités émotionnelles et d'empathie, particulièrement affectées dans les premières phases d'évolution des DFT. En second, l'échelle F.B.I (Frontal Behavioral Inventory), qui s'adresse à la personne ressource du patient et qui prend en compte un nombre de 24 items du registre frontal. Cette échelle, pour laquelle une traduction française a été réalisée apporte un vrai bénéfice au diagnostic précoce. Enfin, la troisième échelle utilisée est une échelle connue, l'échelle de dysfonctionnement frontal de Lebert et Pasquier (1998), qui apporte un regard objectif et clinique rapide de l'état du patient. L'intérêt de la conjonction de ces trois échelles est que chacune prend en compte les premiers impacts de la maladie par des portes d'entrée différentes. Les auteurs ont utilisé cette batterie sur l'évaluation de 30 patients, dans des phases différentes de leur pathologie, majoritairement dans des phases débutantes.

En conclusion, une batterie simple de trois tests conjoints est proposée par les auteurs, avec une efficacité certaine, dans l'évaluation et l'orientation diagnostique des démences fronto-temporales dans des phases de début durant lesquelles les manifestations comportementales peuvent orienter faussement le diagnostic vers une pathologie psychiatrique.

## P14 - ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE CHRONIQUE CHEZ LES SAPEURS-POMPIERS VENDÉENS INTERVENUS AU COURS DE LA TEMPÊTE XYNTHIA DE 2010

LAURIN Andrew  
Interne de Psychiatrie Université de Nantes  
SIMONS Luc  
Interne de Psychiatrie Université de Nantes  
COURCIERAS Raphaëlle  
FFI Centre Hospitalier Georges Mazurelle, La Roche Sur Yon  
MARINESCU Matei  
PH Psychiatre Centre Hospitalier Georges Mazurelle, La Roche Sur Yon

**Introduction :** La tempête Xynthia a frappé la France du 27 au 28 février 2010 touchant plus particulièrement la région vendéenne. Elle reste, à ce jour, l'une des catastrophes naturelles les plus meurtrières de son histoire avec 47 disparus sur le littoral Vendéen. Selon le rapport d'activité du Sénat, 500 sapeurs-pompiers du Service Départemental d'Incendie et de Secours de Vendée (SDIS 85) ont été mobilisés pour venir en aide aux victimes sinistrées. L'objectif principal de cette étude est de mesurer la prévalence de l'état de stress post-traumatique (ESPT) chronique chez des sapeurs-pompiers du SDIS 85 qui ont été mobilisés sur le terrain entre le 27 février et le 7 mars 2010.

**Matériel et méthode :** Il s'agit d'une étude observationnelle prospective de prévalence réalisée 7 ans après le passage de la tempête Xynthia par auto-questionnaires volontaires, anonymes et gratuits. Les sapeurs-pompiers éligibles ont rempli l'IESR (Impact Events Scale Revised), le QSPT (Questionnaire de Stress Post-Traumatique) et le GHQ-28 items (Général Health Questionnaire).

**Résultats :** Sur un total de 139 participants retenus (114 hommes et 25 femmes), notre étude montre une prévalence d'ESPT chronique de 3,6 % [IC 95 % ; 0,5-6,7]. Le célibat et les antécédents d'ESPT (4,3 % [IC 95 % ; 0,9-7,7]) apparaissent comme des facteurs de risque significatifs de chronicisation ( $p < 0,001$ ). De plus, les sapeurs-pompiers atteints d'ESPT chroniques présentent une tendance à la somatisation, l'anxiété et l'insomnie au QHG-28 items avec une moyenne générale pathologique de 7,0 (SD : 3,53) versus une moyenne de 2,01 (SD : 2,69) sur l'ensemble de l'échantillon.

**Conclusion :** Bien que supérieur au 1,9 % d'ESPT chroniques retrouvés en population générale, les résultats de notre travail semblent encourageants face au 10 % d'ESPT retrouvés en moyenne dans la littérature chez les sapeurs-pompiers. Une attention toute particulière devrait être portée aux sapeurs-pompiers vulnérables surtout quand on sait les conséquences néfastes que peut avoir ce trouble sur le fonctionnement individuel et collectif de la personne.



## P15 - LA PROBLÉMATIQUE SUICIDAIRE CHEZ LES FEMMES AU MAROC

AMIAR Latifa<sup>1</sup>, HAMI Hinde<sup>2</sup>, RHALEM Naima<sup>3</sup>, AARAB<sup>1</sup> Ahmed, MOKHTARI Abdelrhani<sup>2</sup>, SOULAYMANI Abdelmajid<sup>2</sup>, SOULAYMANI-BENCHEIKH<sup>3</sup> Rachida<sup>4</sup>,

1 : Faculté des Sciences et Techniques, Université Abdelmalek Essaadi, Tanger, Maroc

2 : PPR-B-Mokhtari-FS-UIT-Kénitra, Laboratoire de Génétique et Biométrie, Faculté des Sciences, Université Ibn Tofail, Kénitra, Maroc

3 : Centre Anti Poison et de Pharmacovigilance du Maroc, Rabat, Maroc

4 : Faculté de Médecine et de Pharmacie, Université Mohammed V, Rabat, Maroc

**Introduction :** La présente étude vise à évaluer, chez les femmes au Maroc, l'ampleur de la problématique suicidaire en termes de nombre de tentatives de suicide par ingestion de produits toxiques.

**Méthode :** Une étude rétrospective portant sur les cas d'intoxications suicidaires déclarés entre 1980 et 2013 au Centre Anti Poison et de Pharmacovigilance du Maroc a été réalisée.

**Résultats :** Durant la période d'étude, 17 012 femmes ont été hospitalisées pour une intoxication suicidaire, soit près de 501 cas en moyenne par an. Les victimes sont âgées en moyenne de 23,4±9 ans. Les classes d'âge de 15-24 ans et 25-34 ans sont particulièrement concernées (respectivement 61,7% et 21,5%). D'après les données déclarées, le nombre de tentatives de suicide chez les femmes est 31 fois plus élevé que celui des suicides réussis. Les produits les plus fréquemment cités par les suicidants sont les médicaments, alors que le décès par suicide est principalement lié à l'empoisonnement par les pesticides et la paraphénylène-diamine. Les signes présentés par les femmes victimes d'intoxication sont divers suivant le ou les toxiques en cause, la quantité ingérée et le délai écoulé avant le traitement. Parmi les 10 992 cas pour lesquels on dispose de données sur l'évolution, 346 se sont donnés la mort durant leur séjour à l'hôpital. Les autres femmes ont survécu avec ou sans séquelles.

**Conclusion :** Au Maroc, comme dans d'autres pays -et pour plusieurs raisons-, le suicide est caché et le nombre de femmes qui se sont suicidées ou tenté de le faire par ingestion volontaire de produits toxiques doit être beaucoup plus élevé, en raison des cas non diagnostiqués et non déclarés.

## P16 - LES EFFETS INDÉSIRABLES DE LA CARBAMAZÉPINE : UNE ÉTUDE RÉTROSPECTIVE

BELAMALEM Souad<sup>1</sup>, HAMI Hinde<sup>1</sup>, TEBAA Amina<sup>2</sup>, BENKIRANE Rajae<sup>2</sup>, SOULAYMANI Abdelmajid<sup>1</sup>, MOKHTARI Abdelrhani<sup>1</sup>, SOULAYMANI-BENCHEIKH Rachida<sup>2,3</sup>

<sup>1</sup>PPR-B-MOKHTARI-FS-UIT-Kénitra, Laboratoire de Génétique et Biométrie, Faculté des Sciences, Université Ibn Tofail, Kénitra, Maroc

<sup>2</sup>Centre Anti Poison et de Pharmacovigilance du Maroc, Rabat, Maroc

<sup>3</sup>Faculté de Médecine et de Pharmacie, Université Mohammed V, Rabat, Maroc

La présente étude vise à décrire les effets indésirables de la carbamazépine, un dérivé de la dibenzazépine dotée de propriétés antiépileptiques, neurotropes et psychotropes.

Il s'agit d'une étude rétrospective des effets secondaires de la carbamazépine issus des cas spontanés, notifiés au Centre Anti Poison et de Pharmacovigilance du Maroc entre 2005 et 2013.

La relation de cause à effet entre le médicament pris et la survenue d'un événement clinique ou paraclinique déterminé est établie selon la méthode d'imputabilité de l'OMS.

Durant la période de l'étude, 38 sujets sous carbamazépine ont présenté des effets indésirables dont 39 % sont des effets graves, selon la classification OMS des effets secondaires médicamenteux suivant le degré de gravité. L'âge moyen des patients est de 33±3,3 ans. Le sex-ratio (F/M) est de 1,4 (P<0,001). D'après les données de cette étude, près d'un tiers des patients, soit 32 % sont hospitalisés et dans 3 % des cas, la prise de la carbamazépine a mis en jeu le pronostic vital des patients. Les adultes sont les plus touchés (66 %), suivis par les personnes âgées (17 %) et les enfants (11 %). Les effets indésirables les plus observés sont la somnolence (4,4 %), les convulsions (3,5 %), le rash (3,5 %), l'amnésie (2,6 %) et l'exanthème aigu généralisé (1,8 %). La relation de cause à effet est possible dans 55 % des couples, probable dans 32 % des couples alors que cette imputabilité est certaine dans 13% des couples, selon la méthode d'imputabilité de l'OMS. D'après les données collectées, aucun cas de décès n'est enregistré, parmi les cas pour lesquels l'évolution est connue (90 %).

## P17 - TRAMADOL, L'ANTIDOULEUR QUI VOUS VEUT DU MAL ! À PROPOS DE DEUX CAS CLINIQUES

Dr. LADAIMIA, Dr. AMALOU, Dr. HABIBECHÉ, Dr. YAMANI, Dr. MESLEM, Pr. BOURBON  
EHS Frantz- Fanon, Blida

Depuis que la DI-Antalvic a été retiré du marché en mars 2011, le TRAMADOL a été adopté par des milliers de patients. Cet antidouleur dérivé de l'opium est très apprécié pour calmer la douleur après un accident, une chirurgie ou encore dans le cas de douleurs chroniques.

C'est un médicament prescrit facilement par les médecins pour ses vertus antalgiques, donc la perception des risques liés à sa consommation est faible.

Le TRAMADOL est un opioïde de synthèse intervenant sur le système nerveux central, et comme toute autre drogue à base de narcotiques, il soumet le patient à un risque élevé d'addiction, particulièrement si elle est ingérée en grandes quantités et sur une longue période. Si l'on considère les différentes propriétés des opioïdes, la consommation régulière de tramadol peut entraîner une dépendance physique et mentale importante au produit.

Dans le cas d'un individu dépendant depuis une longue période au tramadol qui tenterait de combattre son addiction, plusieurs symptômes psychologiques et physiques de manque se feraient ressentir, tels que : dépression, labilité de l'humeur, anxiété, agitation et agressivité, insomnie, chair de poule, sensations de décharges électriques, douleurs musculaires, transpirations, palpitations, tremblements, maux de tête, nausées, diarrhées. Les sensations de manque sont encore plus présentes lorsque le tramadol est arrêté de manière brutale.

Ces faits vont être étayés par deux cas cliniques :

**Cas clinique 1 :** Une patiente âgée de 42 ans, hospitalisée pour prise en charge de son addiction au TRAMADOL, cet antalgique qui a été pris pour soulager la douleur d'une entorse.

**Cas clinique 2 :** Un patient âgé de 40 ans, consulté pour prise en charge de son addiction au TRAMADOL, un antidouleur pris suite à une prescription médicale dans le cadre d'un traitement de la colique néphrétique.

# Psychiatrie et nouvelles technologies : enjeux et perspectives

## P18 - BIPOLAIRE ET CONSOMMATION D'ALCOOL

Pr. SEMAOUNE Bou

C'est presque un euphémisme de dire que lorsque bipolarité et alcoolisme sont associés le pronostic est affecté : il y a alors davantage d'épisodes aigus et davantage de résistance aux traitements. Les relations entre l'alcoolisme et la bipolarité sont complexes : l'alcoolisme est-il secondaire au trouble bipolaire ? Ou bien en est-il au contraire le déclencheur ? Ou bien encore s'agit-t-il de la simple association de deux troubles qui partageraient peut-être des facteurs explicatifs communs ? Ce sont là les principales questions que nous allons tenter d'éclairer à travers ce travail.

## P19 - L'INTÉRÊT DE L'ASSOCIATION PHARMACOTHÉRAPIE ANTIPSYCHOTIQUE ET PSYCHOTHÉRAPIE DANS LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS SOUFFRANT D'AFFECTION PSYCHOTIQUES

Pr. BAGHIRI Safa\*, Pr. SEMAOUNE Bou \*\*

\* Centre National D'expertise Médical Du Personnel Navigant

\*\* Hôpital Central de l'Armée

Le renversement presque total du raisonnement psychiatrique est un phénomène qui mérite d'être souligné, l'intérêt ne portant plus sur les causes de la folie et les classifications nosographiques, nous assistons actuellement à l'attention portée au traitement et à ses effets spécifiques qui est devenu central dans le raisonnement psychiatrique. Néanmoins l'industrie pharmaceutique a largement influencé la prise en charge des patients atteints de troubles mentaux et la pharmacothérapie est restée de ce fait pendant très longtemps dominante par rapport à la psychothérapie qui lui faisait concurrence.

Avec le traitement per-os, on place le patient atteint d'un trouble mental en dedans de sa maladie, face à une prise de décision difficile et répétée 30 à 60 fois par mois. Cette attitude nécessite la participation active des personnes en souffrance et nombreux sont ceux qui souhaitent entretenir une relation de partenariat avec leurs médecins traitants afin d'exprimer leurs droits d'autodétermination.

Le but donc d'associer les médicaments avec la psychothérapie ou la psychothérapie avec les médicaments est de prendre soin du biologique, de l'intrapsychique et plus encore des interactions interpersonnelles dans un raisonnement unifié. Ce sont là les principales questions que nous allons tenter d'éclairer à travers ce travail.

## P20 - THÉRAPIE PAR RÉALITÉ VIRTUELLE SA PERTINENCE DANS LA PRISE EN CHARGE DE CERTAINS TROUBLES MENTAUX

Dr. DJERAF Nacéra

Psychiatre à l'ehs frantz fanon-blida-algerie

Pr. BOUGUERMOUH Yacine

EHS FRANTZ FANON-BLIDA

Dr. MEGUERBA Aïcha

Psychiatre A L'EHS FRANTZ FANON-BLIDA

La thérapie par réalité virtuelle est une thérapie d'exposition faisant partie des psychothérapies cognitivo-comportementales. Elle a été l'objet d'une polémique du fait que plonger des sujets en souffrance dans un monde virtuel peut s'avérer dangereux et provoquer des accidents, mais en réalité il en est tout autrement car elle permet de simplifier et de faciliter la prise en charge de certaines maladies mentales en aidant le patient à affronter progressivement l'objet de ses angoisses en réalisant une désensibilisation.

## P21 - LE STRESS DU POINT DE VUE DES NEUROSCIENCES

Dr. DJERAF Nacéra

Psychiatre à L'EHS DE BLIDA-ALGERIE

Pr. BOUGUERMOUH Yacine

EHS-BLIDA

Dr. MEGUERBA Aïcha

Psychiatre à L'EHS-BLIDA

De tout temps l'individu a été confronté à de multiples stress, de la naissance jusqu'à la mort, nous sommes soumis à des tensions, des pressions et contraintes de tout genre, dans notre vie familiale ou professionnelle, alors nous sommes toujours à la recherche de la meilleure manière pour gérer ce stress ou d'essayer de le contrôler, parfois avec beaucoup de culpabilité sur la raison de notre stress. La neuroscience a permis d'étudier et de comprendre la réaction au stress et de proposer des méthodes pour le gérer.





## P22 - DROGUES ET GROSSESSE

Dr. BOUGUERMOUH Yacine  
Dr. DJERRAF Nacéra  
Dr. MEGUERBA Aïcha  
Faculté de médecine SAAD DALAB BLIDA

La consommation des drogues pendant la grossesse est un problème majeur de santé publique, les risques tératogènes, de prématurité, amènent une morbidité et une mortalité supérieures qui prennent un relief particulier dans un contexte global de diminution des pathologies périnatales. Le développement des poly-consommations notamment chez ces jeunes femmes désocialisées et l'absence des structures d'accueil adaptées pour ces cas, posent des réels problèmes de prise en charge, à notre modeste expérience essayer d'apporter quelques pistes de réflexions sur les modalités de prise en charge et de prévention.

**MOTS CLÉS :** femme, drogues, grossesse et structures

## P23 - ABUS DE SUBSTANCES ET DÉPRESSION CHEZ LES JEUNES

Dr. BOUGUERMOUH Yacine  
Dr. MEGUERBA Aïcha  
Dr. DJERRAF Nacéra  
Faculté de médecine de BLIDA (ALGERIE)

Depuis quelque mois, nous avons constaté dans notre service d'addictologie, une nette augmentation de consommation des drogues notamment le cannabis et surtout par des jeunes issus de tout rang social.

Qu'en est-il lorsque ces jeunes développent un problème de dépression, avec une utilisation régulière et répétée de ces substances : le risque suicidaire n'est plus à écarter ?

Comment intervenir alors auprès de ces jeunes et de leurs familles ?

Cette problématique dépendra des facteurs psychosociaux, cliniques et les différents intervenants notamment, sociaux, sportifs, religieux et politiques.

Nous essayerons à travers notre pratique clinique de présenter la relation existante entre la prise de substance et la dépression chez ces jeunes et de réfléchir sur l'amélioration du cadre d'intervention.

**Mots clés :** abus de substances, jeunes, dépression et prévention

## P24 - PROFIL DES PATIENTS INFANTO-JUVÉNILES CONSULTANT AU NIVEAU DU CENTRE HOSPITALIER MOULAY EL HASSAN DE LA VILLE DE KENITRA (MAROC)

ASSIANDY S.A.<sup>1</sup>, AZZAOUY F-Z.<sup>1</sup>, AHAMI A.<sup>1</sup>, HAMI H.<sup>2</sup>, BOULBAROUD S.<sup>3</sup>, EL HIOUI M.<sup>1</sup>

1 : Equipe de Neurosciences Cognitivo-comportementales et Nutrition Appliquée, Faculté des Sciences, Kenitra, Maroc.

2 : Laboratoire de Génétique et Biométrie, Faculté des Sciences, Kenitra, Maroc.

3 : Département de Biologie, Faculté polydisciplinaire, Béni Mellal, Maroc.

**Introduction :** Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S.), une personne sur deux souffre de trouble psychiatrique au moins une fois dans sa vie, soit, un jeune sur cinq au Maroc.

**Objectif :** Etude du profil des patients infanto – juvéniles consultant au niveau du Centre Hospitalier Moulay El Hassan de la ville de Kenitra (Nord-Ouest du Maroc) pour des troubles psychiatriques.

**Sujets et méthodes :** La présente étude est une étude rétrospective réalisée entre mars et juin 2015 sur 238 cas âgés de 11 à 19 ans vivants dans la ville de Kénitra et ses alentours. L'enquête s'est intéressée à relever les données sociales et les fréquences des différents types de psychopathologies dont souffrent cette population ainsi que les différentes substances pharmacologiques prescrites, en se basant sur les fiches de patients.

**Résultats :** Les résultats montrent que l'échantillon est constitué de 58,4 % de patients de sexe féminin et 41,6 % de sexe masculin, avec un âge moyen de 16 ± 2,7 ans. Une dominance du sexe masculin est observée avant la puberté et inversement après. Les patients vivent à 92 % dans un foyer biparental en zone urbaine. En outre, la moitié de la population étudiée est non scolarisée (52 %), 19 % sont des lycéens, 15 % des collégiens et 14 % ont un niveau de scolarisation primaire. Les patients consultant dans ce centre de santé souffrent à 36,55 % de troubles d'humeur, à 12 % environ de troubles névrotiques et de troubles psychotiques aigus et transitoires, à 9 % de retards mentaux et à 5 % de schizophrénie et d'épilepsie.

En plus, 15 % des patients sont sous traitement pharmacologique seul, 35 % sous psychothérapie seulement et 50 % des patients bénéficient d'un traitement double (Psychothérapie et pharmacologie). 31 % des prescriptions concernent des anxiolytiques, 27 % concernent des antidépresseurs, 23 % concernent des neuroleptiques et le reste concernent les antiépileptiques et les antiparkinsoniens.

**Conclusion :** Ces résultats préliminaires sont alarmants ; une étude plus profonde des différents facteurs intervenant dans le développement de ces psychopathologies est à envisager dans le but d'améliorer la qualité de vie de cette population.



# Psychiatrie et nouvelles technologies : enjeux et perspectives

## P25 - NOUVELLES TECHNOLOGIES DANS LES SOINS : LE PATIENT (RE) CONNECTÉ ; L'OUTIL NUMÉRIQUE AU SERVICE DES MILITAIRES SOUFFRANT DE TROUBLES PSYCHIQUES POST-TRAUMATIQUES

COUTIER David  
Psychologue clinicien, service de psychiatrie, HIA Percy (Clamart)  
ANNETTE Sophie  
Interne des hôpitaux des armées, service de psychiatrie, HIA Percy (Clamart)  
VERNIÈRE Camille  
Psychologue clinicienne, service de psychiatrie, HIA Percy (Clamart)  
Pr. COLAS Marie-Dominique  
Psychiatre, chef du service de psychiatrie, HIA Percy (Clamart)

Forts de leur expérience dans la prise en charge globale des blessés de guerre, le Service de santé des armées et l'Hôpital d'Instruction des Armées Percy ont développé l'« App2RBO » (application pour la réadaptation et la réinsertion des blessés en opération), pour téléphones mobiles et tablettes, à l'usage des blessés physiques et/ou psychiques et de leurs familles.

Dans son parcours de soins, le blessé rencontre de nombreux interlocuteurs pluridisciplinaires. Le but premier de cette application est de lui proposer un repérage initial dans l'élaboration d'une cartographie de nouveaux espaces de fonctionnement et de représentations, très éloignés de ses repères habituels en unité combattante. Il s'agit de lui donner accès à un guide pratique d'informations sur les différents acteurs médico-psycho-sociaux et associatifs. En outre, cet outil numérique est comme une boussole qui permet de garder le cap dans les méandres des temps de soins, d'expertises, de congés liés à son état de santé, et de la réinsertion socio-professionnelle.

Au-delà de proposer un accompagnement, voire une guidance, il apparaît au clinicien lors du parcours psychothérapique que cette application permet également de (re)tisser du lien entre le militaire blessé et son institution, là où un vécu de honte et d'indignité peut attaquer le sentiment d'appartenance au monde des combattants. L'application tente également de (re)créer de la communication entre le militaire et ses proches. Ainsi, elle peut favoriser une mise en mots des particularités des « blessures invisibles », de ce qui apparaît initialement comme une expérience indicible, irréprésentable. Outil de médiation, elle participe à la réinscription du sujet dans un réseau social en favorisant l'accès à la reconnaissance et à la réparation sur un plan symbolique et financier.

Ces nouvelles technologies numériques peuvent contribuer à (re)connecter le blessé en luttant contre les processus de désocialisation à l'œuvre dans les troubles psychiques post-traumatiques psychopathologies est à envisager dans le but d'améliorer la qualité de vie de cette population.

## P26 - LA FORMATION EN PSYCHIATRIE AMÉLIORE LA REPRÉSENTATION DE LA DÉPRESSION ET DES ANTIDÉPRESSEURS UNE ÉTUDE AUPRÈS DE 1475 ÉTUDIANTS INFIRMIERS

Dr. BLANC Jean Victor<sup>1</sup>, Dr. LAPIDUS Nathanael<sup>2</sup>, Dr. NUSS Philippe<sup>1</sup>, Dr. MOUCHABAC Stéphane<sup>1</sup>, Dr. FERRERI Florian<sup>1</sup>  
1 : Département de psychiatrie et psychologie médicale, CHU Saint-Antoine, 184, rue du Faubourg Saint-Antoine, 75012 Paris, France.  
2 : Public Health Department, Saint-Antoine Hospital, AP-HP, F-75012 Paris, France

**Introduction :** L'importance de la stigmatisation des troubles psychiques reste un frein à l'accès aux soins. Elle s'exprime notamment par les représentations négatives associées aux psychotropes dans le grand public, que l'on observe également chez les patients [1].

**Objectif :** L'objectif de cette étude était d'évaluer les représentations de la dépression et des antidépresseurs chez les étudiants infirmiers, ainsi que l'influence de la formation théorique et pratique délivrée sur le sujet.

**Méthode :** Un questionnaire a été élaboré pour explorer les expériences personnelles de troubles psychiques et la stigmatisation de la dépression et de ses traitements. Les attitudes aux antidépresseurs ont été évaluées en utilisant la version courte du Drug Attitude Inventory (DAI-10), questionnaire utilisé couramment chez les patients et en population générale [2].

**Résultats :** 1475 étudiants ont participé à l'étude. Un étudiant sur 10 a déjà consulté un psychiatre ou a pris un traitement antidépresseur. La représentation des antidépresseurs était négative (moyenne à  $-1,9 \pm 4,4$ , pour une échelle de  $-10$  à  $+10$ ), et seul 40% de l'échantillon en avait une représentation positive. 70% pensait qu'il s'agissait de traitements dangereux. Recevoir un enseignement théorique en psychiatrie en association avec un stage clinique en service spécialisé était associée à une représentation plus positive du traitement, notamment quant à son efficacité.

**Discussion :** Au vu des attitudes négatives retrouvées envers les patients atteints de troubles dépressifs et leur traitement chez les futurs soignants, il apparaît essentiel de renforcer l'enseignement ainsi que la pratique de stage en service de psychiatrie. Les infirmiers étant des interlocuteurs privilégiés de la dispensation des traitements, notamment à l'hôpital, il est nécessaire de leur fournir une formation éclairée sur les psychotropes [3]. Enfin, ces représentations seraient à explorer également chez d'autres professionnels de santé, en formation initiale ou continue.

**Mots Clés :** antidépresseur, dépression, formation, étudiants infirmiers, représentations

[1] Istilli PT, Miasso AI, Padovan CM et al. Antidepressants: knowledge and use among nursing students. Rev Lat Am Enfermagem. 2010 May-Jun;18(3):421-8.  
[2] De Las Cuevas C, Sanz EJ. Attitudes toward psychiatric drug treatment: the experience of being treated. Eur J Clin Pharmacol. 2007 Nov;63(11):1063-7.  
[3] Wu YP, Pai AL. Health care provider-delivered adherence promotion interventions: a meta-analysis. Pediatrics. 2014 Jun;133(6):e1698-707.



## P27 - LES ÉCRANS POUR LES ENFANTS, LES BANNIR OU EN ADAPTER L'USAGE !

Dr. KHEFFACHE Fatiha  
Psychiatre au Pôle 94i03/04 des Hôpitaux Saint Maurice

Ces dernières années sont marquées par la convergence multimédia et le multi-équipement. Non seulement les postes de télévision sont en nombre croissant dans les foyers mais ils sont complétés et relayés par d'autres écrans et supports technologiques médiatiques. Néanmoins, depuis quelques temps déjà, des chercheurs, des professionnels de l'enfance, de la santé, réfléchissent à ce phénomène afin de mieux se positionner en tant que parents et afin d'être en mesure de prévenir des risques et dangers potentiels que représente la pratique des médias par les enfants et les jeunes sans avoir à bannir cette technologie du foyer. Ce phénomène « l'usage des écrans », fait actuellement polémique et dérouté les professionnels de la petite enfance. La rapidité des changements technologiques a dépassé les capacités d'intégration d'une génération d'adultes, alors même que les plus jeunes s'en saisissent avec aisance et ce, dès le berceau. Le bébé reste jusqu'à la fin de sa seconde année une sorte de « prématuré physiologique » dont l'organisation cérébrale inachevée nécessite des précautions particulières. Les craintes sont tout d'abord, en détournant le bébé d'activités qui engagent ses cinq sens, la télévision le détourne d'une conscience de son propre corps. Notre corps est en effet toujours plus ou moins un autre pour chacun d'entre nous, mais il risque de le devenir bien plus encore pour les bébés encouragés à s'endormir, à se réveiller et à interagir avec un écran allumé. Perdront-ils le goût du corps à corps ? En tout cas, lorsque le corps, le toucher et la possibilité d'un contact physique s'effacent, l'attitude mentale change et le mécanisme psychique aussi. L'intérêt de la prévention primaire pour une meilleure guidance parentale dans l'usage des écrans permettra de préserver la santé de nos enfants et un respect de leur développement. Certes les outils numériques s'avèrent pour certains enfants autistes formidablement mobilisateurs à condition de ne pas oublier que c'est la médiation de l'éducateur qui fonde l'intérêt de l'enfant. À quel âge doit-on laisser nos enfants devant la télé, les jeux vidéo et Internet ? Serge Tisseron guide les parents avec des repères simples : « 3-6-9-12 ». Des repères importants dans l'évolution de l'enfant face aux nouveaux outils numériques. « Apprendre à s'en servir, apprendre à s'en passer » est une chose essentielle dans notre relation avec les écrans. Prévenir leurs dangers pour chaque période, mais aussi les bénéfices qu'ils peuvent leur apporter et la manière de mettre à profit leur utilisation, dans l'éducation et l'apprentissage. Nous vivons à une époque où la technique prend chaque jour une place plus importante. Notre génération peut encore se défendre et faire la part entre l'intérêt et le risque ! Ceci n'est pas le cas pour nos enfants, montrons-leur le bon chemin et protégeons les pour un meilleur développement neuro psychomoteur.

## P28 - « L'HYPERACTIVITÉ CHEZ L'ENFANT, QUELLES ALTERNATIVES AUX TRAITEMENTS MÉDICAMENTEUX ? »

Dr. NAIT SAID Samir  
Psychiatre au Pôle 93i04 au Centre Hospitalier Robert Ballanger

Avant même tout processus pubertaire, l'agitation motrice ou l'hyperactivité chez l'enfant constitue un motif de consultation de plus en plus fréquent en pédopsychiatrie qui se voit sollicitée par les professionnels de la petite enfance pour son expertise.

Un débat passionné oppose d'une part, les partisans d'une hyperactivité « symptôme » connue sous l'intitulé « instabilité psychomotrice » soutenant une approche psycho dynamique qui perçoit l'agitation comme la manifestation d'un conflit psychique interne, notamment en France et d'autre part, les partisans d'une approche « neurodéveloppementale » inspirée des neurosciences, intégrant ce symptôme dans un ensemble ou entité nosographique, nommé selon la classification internationale des maladies dans sa dixième édition, « Syndrome hyperkinétique » et selon le DSM IV « trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité ». Depuis 2013, le DSM V propose les mêmes critères diagnostiqués pour tous les âges de la vie, âge adulte compris.

D'autres entités diagnostiques sont apparues tels que le trouble oppositionnel et provocateur ou trouble des conduites qui peuvent constituer autant une conséquence d'un TDA-H non traité qu'une comorbidité. A ceux-là, on peut ajouter les troubles anxieux et dépressifs et les troubles des apprentissages qui greffent lourdement le pronostic fonctionnel.

En pratique, le TDA-H reste de loin, l'étiologie la plus souvent évoquée. Sa forte médiatisation a contribué à sa vulgarisation auprès des professionnels qui font parfois l'économie d'une démarche diagnostique bien conduite ; et des non professionnels, en particulier les parents d'enfants qui viennent à la recherche de conseils et d'une guidance, voire une médication qui porte l'espoir d'une guérison certaine.

Bien que les traitements médicamenteux, notamment les psychostimulants ont fait preuve de leur efficacité et ont considérablement modifié l'évolution de ce trouble, le recours à eux devrait se faire en seconde intention, tant leurs effets secondaires pèsent lourdement dans la balance bénéfices/risques.

Des alternatives non invasives existent et méritent d'être connues et reconnues voire en généraliser l'usage.

# Psychiatrie et nouvelles technologies : enjeux et perspectives

## P29 - D'UN JEU VIRTUEL À UNE RÉALITÉ SUICIDOGÈNE ! QUE FAIRE ?

ALI PACHA Nadjib  
Psychiatre Maitre-assistant, C.H.U Bejaia  
DJILLALI Aissa  
Psychiatre Maitre-assistant, C.H.U Bejaia  
ADJA El Hamid  
Psychiatre et professeur, C.H.U Bejaia

La technologie des communications transforme-t-elle le lien social ? Qu'attendre ou que craindre de l'utilisation de toutes les données produites par le monde connecté ? La technologie fait-elle mieux que les relations humaines traditionnelles ?

Le roman ADDICT écrit par Jeanne Ryan paru en 2013, traitait déjà des effets néfastes de l'internet sur les jeunes personnes et son haut caractère de dépendance et ses dérivés. Ces dernières années, un phénomène est devenu le nouveau passe-temps des adolescents à savoir les CHALLENGES. Un jeu sur smartphone ; la baleine bleue, crée par un russe a fait plusieurs victimes à travers le monde et s'ensuivi en Arabie Saoudite le jeu SAUVEZ MERIAME. L'Algérie n'y échappe pas et à partir de la rentrée scolaire 2017, plusieurs cas de suicides imputés au jeu virtuel ont été relevés à Bejaia avec un pic de demandes de prise en charge au mois de décembre ce qui a poussé le service de psychiatrie du CHU à la création d'une cellule Médico-psychologique pour la prise en charge des victimes de la « Baleine Bleue ». Aux fins de répondre de façon appropriée, le Professeur ADJA, Chef de service de Psychiatrie, avec l'appui du directeur du CHU, a tenu une réunion de travail qui a réuni tous les psychologues du CHU de Bejaia. Trois principales résolutions ont été prises à cet effet pour ne pas « psychiatriser » l'enfant et le traumatiser davantage à savoir ;

- La création d'une cellule Médico-psychologique pour une meilleure prise en charge des victimes.
- Assurer des gardes d'astreintes par les psychologues du CHU de Bejaia 7/7J et 24/24H au niveau des Urgences Médico-chirurgicales, Unité Hospitalo-Universitaire Khellil Amrane ;
- Projeter un plan d'action pour la sensibilisation de la frange concernée à travers des programmes de sensibilisation et d'information qui seront organisées au niveau de certains établissements scolaires de la wilaya.

Il ressort que pour la majorité des cas, les personnes qui sont devenues « prisonnière du jeu » avaient un terrain psychologique fragile (parents en instance de divorce, enfant harcelé, absence d'autorité parentale...). Un film pédagogique s'inspirant de ADDICT traite justement de l'impact du jeu Blue Whale Challenge. Le film NERVE sorti en 2016 a pu renseigner fidèlement sur le caractère de manipulation mentale du jeu. Dernièrement en France, un projet de loi est en discussion afin de délimiter un âge numérique légal pour l'utilisation des nouvelles technologies ce qui pourrait être proposé aux dirigeants des hautes instances en Algérie vu qu'ils ont pris conscience de la dangerosité de ce jeu qui a été supprimé des plateformes de téléchargement en plus du rôle important joué par le ministère de l'éducation nationale, la presse et les services de sécurité.

Nul ne peut prédire l'existence d'autres formes de jeux basés sur le challenge et nous devrions rester vigilants.

## P30 - CLASSIFICATION DES SUICIDANTS À L'AIDE D'UN ALGORITHME DE CLUSTERING

BOUTALBI Narjess<sup>1</sup>, BRIKI Fatma Zohra<sup>1</sup>, ZEGHIB Horia<sup>1</sup> et BOUTALBI Rafika<sup>2</sup>

1 : CHU El Razi, Annaba, Algérie

2 : UFR mathématique informatique, Université Paris Descartes, Paris, France

Sur un échantillon représentatif de 308 suicidants, une typologie des sujets est recherchée à partir des variables sociodémographiques, familiales, psychiatriques, et médicales. Dans la plupart des travaux qui se sont penchés sur le profil des suicidants, les auteurs ont étudié différentes caractéristiques (Age, sexe, profession, ascendants psychiatriques ... etc.) séparément, ou en croisant deux voire trois d'entre elles. Or, cela ne permet en aucun cas de définir les profils des suicidants puisqu'il faudrait pour cela croiser ces différentes caractéristiques interdépendantes. L'objectif en abordant cette problématique complexe, est d'identifier et de définir ces profils.

Nous avons utilisé dans un premier temps un algorithme de classification automatique (clustering) appelé K-means, qui permet de déterminer l'appartenance de chaque patient à une classe en se basant sur les 34 indicateurs sélectionnés. Chaque classe est représentée par un centroïde, qui correspond au profil type de suicidants. Le nombre de classes idéal est celui qui permettra la meilleure discrimination entre les différentes classes et la plus grande homogénéité au sein d'une même classe. Dans un deuxième temps, l'approche statistique de l'Analyse en Composantes Principales permet la représentation graphique de ces classes. Il s'agit d'une méthode de réduction des dimensions et de visualisation afin de projeter les résultats obtenus par le K-means sur un plan à trois dimensions.

Nous avons obtenu six classes et donc six profils de suicidants différents se distinguant clairement et dont l'interprétation des profils présente des structures cohérentes. Par ailleurs cette méthode nous ouvre des perspectives très intéressantes. En effet, après avoir déterminé nos classes, il est possible de suivre l'évolution de chacune d'entre elles dans le temps en termes de modalités thérapeutiques, et de dégager des facteurs de risque de suicide d'une part, et de récurrence d'autre part, propre à chaque classe.



### **P31 - LA TÉLÉ-PSYCHIATRIE, UN OUTIL INNOVANT POUR AMÉLIORER LA QUALITÉ DES SOINS DES PERSONNES ÂGÉES**

GARCIA Manuel \*, MORIN Claire \*, HERMELINE Günther \*\*, BERTEAUX Pascaline \*, LELE Nathalie \*,  
HERON Anne \*\*\*, PARIS Pierre \*  
\*Pôle Santé Mentale - Centre Hospitalier de Dreux  
\*\*Equipe Régionale Centre Val de Loire, GCS Télésanté Centre - Antenne 28  
\*\*\*Unité de Recherche Clinique et d'Évaluation Scientifique URC28

Le projet de télé-psychiatrie pour les résidents des EHPAD d'Eure et Loir, porté par le Centre Hospitalier de Dreux, fonctionne depuis l'année dernière et s'étend progressivement sous la forme de télé-expertises.

Les motifs des demandes sont les troubles du comportement et les ajustements thérapeutiques à valider chez des résidents très âgés, souffrant de troubles mentaux chroniques et surtout de plus en plus déficitaires.

Notre exposé se propose de cerner tout d'abord les intérêts cliniques de la télé-psychiatrie qui vise avant tout à améliorer l'accessibilité aux spécialistes, à prévenir les hospitalisations inutiles, tout en fluidifiant le parcours de soins des patients entre l'hôpital et les institutions médico-sociales.

Il envisage de décrire les champs d'application de cette télé-expertise chez la personne âgée, qui possède bien entendu, ses limites médicales comme elle peut s'accompagner de désagréments si elle n'est pas bien organisée ou très structurée.  
Il s'agit d'une première étape dans la prise en charge des résidents dépendants, et l'on constate que les équipes soignantes elles-mêmes bénéficient des télé-staffs et des téléformations.

Enfin, au regard de la littérature disponible, l'objectif final de ce travail est de révéler les différentes facettes de la télé-psychiatrie, à la lumière de nos pratiques actuelles en géronto-psychiatrie, ceci dans le cadre du projet médical partagé de territoire (GHT 28).

### **P32 - RESEARCH OF THE RELATIONSHIP BETWEEN NEUROPSYCHIATRIC SYMPTOMS AND DAILY LIFE ACTIVITY LEVELS IN PATIENTS WITH DEMENTIA ACCORDING TO DEMENTIA CAREGIVER**

ATKAN Fatma (\*), ÖZKAN Birgül (\*), KARAHAN Sevilay (\*\*), SAKA Esen (\*\*), AYHAN Yavuz (\*\*)  
\*Ankara Yıldırım Beyazıt University Faculty of Health Sciences  
\*\* Hacettepe University Faculty of Medical Sciences

**Objective :** The aim of this study is to determine the relationship between the neuropsychiatric manifestations of patients and their daily living activities according to caregivers of dementia patients.

**Method :** 142 patients who were diagnosed with dementia and their caregivers were included in the study conducted within the scope of Tubitak project conducted by a university hospital in psychiatry department between July 2016 and August 2017. Data were collected by Sociodemographic Data Form, Basic Daily Living Activities (BDLA) Scale, Instrumental Daily Activities (IDLA) Scale, Neuropsychiatric Inventory (NPI). Data were analyzed using Independent Samples t test, Tamhane binary comparison test, ANOVA test, Bonferroni test, Pearson correlation test, logistic regression.

**Findings :** Daily life activity scale average scores of patients differ according to the care giving status and the daily life activity average scores differs according to age, sex, marital status, child ownership, and other disease accompanying dementia. NPI averages differ according to age and education of patients. Distress average scores vary according to caregivers' jobs and professions, having child, degree of closeness to the patient, frequency of telephone conversations, presence of care with children with, their income and giving care to another patient with dementia. While the education level of the patients was effective on TGYA, NPE was found to be an effective variable on EGYA.

**Conclusion and Suggestions :** There was a significant positive correlation between ADL and IADL, NPI and NPI distress scores ( $p < 0.05$ ), but there was no relationship between NPI and ADL ( $p > 0.05$ ). The ADL levels of non-caregivers were higher than those of the caregivers, and there was no relationship between NPI and ADL levels. According to the results, it suggested that nurses' researches can be involved to evaluate the relationship with larger samples including different dementia diagnoses and arrange psychoeducation for caregivers of patients with dementia.

**Keywords :** Activities of daily living, caregiver dementia, dementia, neuropsychiatric symptom, nurse.

\*\*\*This work was done under a project supported by TUBITAK 3001.



# Psychiatrie et nouvelles technologies : enjeux et perspectives

## P33 - THE RESEARCH ABOUT RELATIONSHIP BETWEEN IMPULSIVITY, ANXIETY AND ANGER LEVELS AND DEFENSE WAYS IN NURSES

ÇAKAR Burcu<sup>1</sup>, ÖZKAN Birgül<sup>2</sup>

1 : Department of Clinical Emergency, Health Sciences University, Gülhane Education and Research Medical Hospital Ankara, Turkey  
2 : Ankara Yıldırım Beyazıt University, Faculty of Health Sciences, Psychiatric Nursing, Turkey

**Purpose :** This study was made to research relationship between nurses' impulsivity, anxiety and anger levels and defense mechanisms and determine influential factors in this relationship.

**Methods :** This research was planned as quantitative study. This study is performed with 370 nurses who are selected as sample from internal unit, surgical unit, intensive care unit and emergency unit of Gülhane Military Medical Academy Hospital in Turkey in the period between July 2014 and April 2015.

**Results :** Nurses' average point of "general impulsivity" is  $65.40 \pm 6.96$ , average point of "anxiety" is determined as  $13.71 \pm 11.16$ , average point of "anger symptoms" is  $31.50 \pm 10.81$  and average point of "situations lead to anger" is  $145.36 \pm 30.70$ . According to obtained data, general impulsivity, anxiety level, thoughts related anger, behaviors related anger and interpersonal anger level of nurses increased dimension of immature defenses.

**Conclusion :** This study suggests that training programmes for impulsivity, anxiety anger levels, defense mechanisms and stress management should be available for nurses.

**Keywords :** Anxiety, impulsivity, nurse, anger, defense mechanisms

\*This study was carried out within the scope of a thesis made at Ankara Yıldırım Beyazıt University Health Sciences Institute.

## P34 - COMPARISON OF APPROACHES ON CONTEXT NUMBERS WITH INTENSIVE CARE RELATIONS AND DISCUSSIONS ON PATIENT CARE

SARI Tuba (\*), ÖZKAN Birgül (\*\*)

**Objective :** This study was conducted in a descriptive fashion to determine the relationship between the communication skills of nurses working in intensive care units and their approach to the situations they are challenged with.

**Method :** This study is descriptive. Ankara Yıldırım Beyazıt University Faculty of Medicine, Ankara Atatürk Training and Research Hospital has created nurses working in intensive care units. 100 nurses have participated in the research. Data collection form was made by using literature and communication skill inventory was used. Percentage test, t tests were used in the analysis of the results.

**Findings :** 62% of nurses stated that they worked outside their will in intensive care unit and 68% had communication problems with their patients. Nurses who have communication problems; 26% of the patients who are constantly asking questions, asking questions and calling the nurse with them; 20% of the patients said to be angry and shouting; 16% of them have very painful, constantly screaming patients as difficult patients, and have difficulty in communicating. 55% care; 35% stated that they had problems while giving information. Nurses who have communication problems; 37% were assisted by the service nurse; 23% of them stated their attitudes towards the illness they had difficulty in communicating by trying to solve the problem by producing instant solutions.

**Conclusion :** According to the results of the research; the vast majority of nurses working in intensive care units have difficulty in communicating patients and the reasons for their difficulties are; the personality traits of the patients and the nurses' lack of communication.

**Key words :** Intensive care nurse, communication, nurse-patient communication

\*Ankara Atatürk Education and Research Hospital, Clinics of Intensive Care, Turkey

\*\* Ankara Yıldırım Beyazıt University , Department of Psychiatric Nursing, Turkey

### P35 - INVESTIGATION OF THE EFFECTIVENESS OF ACTIVITY PERFORMANCE OF BUSINESS AND OCCUPATIONAL THERAPIES APPLIED TO SCHOOL MENTAL HEALTH CENTERS ON SCHIZOPHRENIA DISEASES

ÖZKAN Birgül (\*), ÜNAL Betül (\*\*), ESKİYURT Reyhan (\*), ÖZTAŞ Dilek (\*\*\*), ABBAK RABIA MINA (\*\*).

\*Ankara Yıldırım Beyazıt University, Department of Psychiatric Nursing

\*\*Ankara Yıldırım Beyazıt University, Institute of Health Sciences.

\*\*\*Ankara Yıldırım Beyazıt University, Faculty of Medical Sciences.

**Objective :** This study was conducted to investigate the effect of occupational and occupational therapies on activity performance of schizophrenia patients attending community mental health centers.

**Methods :** The study was conducted between December 2016 and January 2017, with a survey of 25 patients in a community mental health center in Ankara for 2 months. A semi-experimental model was used in the study. In this center, the effects of weekly applied work and occupational therapies have been observed and examined. Sociodemographic Data Collection Form, Canadian Activity Performance Scale and Fagerstorm Non-Nicotine Dependence Test were used to collect the data of the study. These scales were applied twice at the beginning and end of the study. In addition, daily follow-up forms and occupational and occupational therapies were evaluated for each patient. In the analysis of the data, descriptive statistics such as percentage distribution, mean and standard deviation were analyzed.

**Findings :** 9 women (37.5%) and 16 men (62.5%) were included in the study group with a mean age of  $43.46 \pm 10.92$ . 33.3% of the participants were graduated from primary education and it was determined that 70.8% of them had knowledge about the medicines used in the treatment. It was determined that 50% of the participants were smoking and high (16.7%,  $n = 4$ ) compared to the result of Fagerstor's Non-Nicotine Dependence Test.

According to the results of the Canada Activity Performance Measurement (CAPT) evaluation, the significance level of the participants to self-care activities was  $20.54 \pm 5.6$ ; the significance level value given to productivity activities was  $16.87 \pm 6.9$ ; the mean value of importance for free time activities was found to be  $19.62 \pm 7.7$ . The mean scores of performance (1-10) and satisfaction (1-10) were  $5.6 \pm 2.3$  and  $5.7 \pm 2.2$ , respectively. In our study, activity performance and satisfaction were assessed by CAPI and there was a significant difference between first and second measurement satisfaction scores ( $p < 0.05$ ).

Participation rates of participants in occupational and occupational activities are; 48.1% were sporting activities, 40.7% were musical activities, 7.4% wood painting activities, 7.4% hand knitting and 3.7% fabric dyeing activities.

**Keywords :** Canadian Activity Performance Measurement, schizophrenia, work and occupation therapy

### P36 - STUDY OF ADAPTATION OF THE SCALE OF FEAR AND BEHAVIOR INTENTIONS TO THE TURKISH LANGUAGE

GUNAY MOLU Nesibe (\*)

\*Necmettin Erbakan University, Department of Psychiatric Nursing, Turkey.

ÖZKAN Birgül (\*\*)

\*\*Ankara Yıldırım Beyazıt University, Department of Psychiatric Nursing, Turkey

**Introduction and Objective:** Testing reliability and validity of Fear and Behavioral Intentions (FABI) scale in Turkey, developed by Wolf (1996) and validity and reliability studies of which were conducted in different countries with the purpose of assessing fear and behavioral intentions of nursing students against mental patients.

**Method :** This is a methodological research testing reliability and validity of FABI scale. Scale is comprised of 10 items and is 5-point Likert type. The sample consists of 250 volunteer students fulfilling the research criteria. Content validity of the scale was evaluated through expert opinions Kendall concordance analysis and content validity index tests in scale adaptation. Construct validity of the scale was examined with confirmatory factor analysis (CFA) and Cronbach Alfa reliability co-efficient was examined in calculation of reliability of the scale with item analysis Pearson's correlation coefficient. Test-retest point averages of the scale were analyzed with t test and Pearson's correlation coefficient in dependent groups.

**Findings :** As a result of Kendal analysis, it was determined that Kendall's W: 0.064.  $p: 0.860$ . Content validity index points of items were between 0.83-1 points and content validity is adequate. In consequence of CFA, it was found out that  $X^2/sd=2.73$ , GFI:0.94, AGFI:0.89, CFI:0.93, SRMR: 0.07, and RMSEA: 0.08 and model points out to good/perfect concordance. When item-total point correlations of 10-item scale were reviewed for reliability studies, it was detected that it is between 1-0.824 and at statistically significant level ( $p < 0.001$ ). It was determined that item-point correlation of the scale is between 0.215-0.640 and the correlation between each item and total point is statistically significant ( $p < 0.001$ ). As for time invariance, total point average of first application was found out as  $25.71 \pm 5.868$ , and total point average of second application as  $25.9 \pm 6.141$ . As a result of t-test conducted, the difference between point averages was determined as not statistically significant ( $t=0.397$ ,  $p > 0.05$ ). Total point correlation of FABI scale was found 0.824. The fact that correlation is highly related shows that scale is time invariant and consistent.

**Conclusion :** According to the results, FABI scale is a valid and reliable scale that can be used in Turkey.

**KeyWords :** Psychiatric patient, fear, attitude, scale

# Psychiatrie et nouvelles technologies : enjeux et perspectives

## P37 - ANALYSIS OF ANGER MANAGEMENT AND COMMUNICATION SKILLS SCORES OF NURSES

Dr. AYDOĞAN Arzu \*

\*Gülhane Training and Research Hospital, Training Nursing, Ankara, Turkey

Dr. ÖZKAN Birgül \*\*

\*\*Ankara Yıldırım Beyazıt University, Faculty of Health Sciences, Department of Nursing, Department of psychiatric nursin., Ankara, Turkey

**Objective :** It is targeted to determine communication skillsscores and angermanagement points of nurses in this study.

**Material and method :** Conducted as descriptive and cross-sectional, this research was performed in a Training and Research Hospital between March 2017 and June 2017. The sample of the research was comprised of the nurses working for the hospital and accepted participating in the study between the specified dates. The data was collected by means of socio-demographic data collection form, Communication Skills Inventory (CSI) and State AngerandAngerExpression Scale (SAAES). Analysis of data was carried out in SPSS 22.0 package program.

**Findings :** All of the nurses attended to the study was female and 44,4% of them were between 30-39 ages. 66,7% was married and 35,4% had 2 children. It was found out that 59.7% of nurses had equal income and expense. When educational background was considered, it was observed that 72.9% has bachelor's degree, and others have master's degree. 70.8% of nurses works both at night and day shifts and 44.4% is on duty for 24 hours and more in a month. 67.4% of nurses stated that they are satisfied with the clinics they are working for. When the score averages that nurses get from the scales are taken into account, communication total score averages were found as  $161,74 \pm 13,71$ ; mental sub-dimension scoreaverages which is the sub-scale of CSI, as  $55,81 \pm 5,99$ ; emotional sub-dimension scoreaveragesas  $52,72 \pm 5,34$  and behavioral sub-dimension scoreaveragesas  $53,20 \pm 4,98$ .Sub-dimension score averagesof SAAES were found as follows: state angerscore averageswere  $17,18 \pm 4,11$ ; intrinsicangerscore averageswere  $14,54 \pm 2,92$ ; extrinsic angerscore averageswere  $13,50 \pm 2,98$  and angercontrol score averageswere  $21,36 \pm 3,74$ .Negative significant relation was detected between intrinsicanger sub-dimension of SAAES and communication total score of CSI; and between behavioral sub-dimension and mental sub-dimension( $p < 0.05$ ).

**Discussion and conclusion :** It was found out that communication skill levels of the nurses participated in the research were above the average. State angerand angerexpression of nurses have influence on their communication skills and within this direction, it is considered that providing anger management trainings to nurses at regular intervals will be influential on their communication skills.

**Keywords :** Nurse, communication skills, anger.

## P38 - AGRÉSSIVITE ET SUICIDE : À PROPOS DE DEUX CAS ILLUSTRATIFS

ADJA EH, ABASSI A, BOUDEBZA D, DJILLALI A, ALI PACHA N.

Agressivité et suicide sont deux aspects sémiologiques intimement liés. Il convient d'abord de distinguer l'agressivité en tant qu'état ou potentialité et la conduite agressive objectivement observable. Le suicide est souvent un appel d'aide et revêt à la fois un aspect auto et hétéro-agressif (le meurtre de soi-même). Qu'il soit intentionnel, pathologique ou réactionnel, il a toujours une signification qu'il va falloir décoder. En pathologie psychiatrique, les états dépressifs représentent un modèle de l'intrication entre auto et hétéro agressivité, comme l'illustre le suicide altruiste des mélancoliques. Nous terminerons par une illustration clinique à travers deux cas cliniques, tirés de notre pratique dans le service, représentant deux situations illustratives différentes au sein du même continuum auto-hétéro-agressivité.

## P39 - IMPACT DES NOUVELLES TECHNOLOGIES SUR LES ADOLESCENTS : ÉTUDE DE QUATRE CAS CLINIQUES

ABASSI A, ADJA EH, TIZI D, FERGANI L, TOUATI K.

Ces derniers mois les professionnels de la santé en Algérie sont confrontés à une vague d'enfants et d'adolescents victimes du jeu dit « jeu de la baleine bleue ». Nous nous intéressons dans le cadre de cette communication, au profil psychologique, social et familial de quatre élèves adolescentes, victimes de ce jeu dangereux, que nous avons reçu au service de psychiatrie de l'hôpital Frantz Fanon à Bejaïa. Nous nous sommes interrogés sur ce qui pourrait amener un adolescent à un tel geste. L'hypothèse retenue est que le paramètre adolescent à lui seul ne suffirait pas à expliquer le geste de ces adolescentes. Ainsi, à partir de l'analyse des données anamnestiques et les données de test du Rorschach de chaque cas, nous avons conclu à l'absence d'une souffrance psychopathologique franche chez les quatre élèves. Il semble que le geste invoque plutôt la présence d'un dysfonctionnement au niveau du système familial. Cela implique l'importance de l'abord familial dans la prise en charge de ces adolescentes.





## INDEX DES AUTEURS



# Psychiatrie et nouvelles technologies : enjeux et perspectives

AARAB	A.	P15	COUTIER	D.	P25
ABASSI	A.	P38, P39	DANEL	T.	P2
ABBAK	R-M	P35	DE BEAUREPAIRE	R.	A2
ADJA	E-H	P29, P38, P39	DEPRINCE	J.	P1
AHAMI	A.	P24	DEREUX	A.	A1
AIZEL	F.	P4	DESSEILLES	M.	O503
ALI PACHA	N.	P29, P38	DE TIMARY	P.	O703
AMALOU		P17	DJERAF	N.	P7, P8, P9, P10, P20, P21, P22, P23
AMIAR	L.	P15	DJILLALI	A.	P29, P38
ANNETTE	S.	P25	DRAPIER	D.	O101
ASSIANDY	S-A	P24	EL HIOUI	M.	P24
ATKAN	F.	P32	ESKIYURT	R.	P35
AYDOĞAN	A.	P37	FALISSARD	B.	O401
AYHAN	Y	P32	FERGANI	L.	P39
AYOUCH BODA	A.	O601	FERRERI	F.	P26
AZZAOUI	F-Z	P24	FLEURY	C	O402
BAGHIRI	S.	P19	GAILLEDREAU	J.	O104
BELARMI	M.	P3	GARCIA	M.	P31
BELAMALEM	S.	P16	GENOT POK	I.	A6
BENABBAS	M.	P6	GHEYSEN	F.	O104
BENELMOULOU	O.	P6	GHODHBANE	T.	O701
BENKIRANE	R.	P16	GUNAY MOLU	N.	P36
BENMOUSSA	F.	P7, P8, P9, P10	HABIBECHE		P17
BENSAIDA	S.	P6	HAMI	H.	P15, P16, P24
BERTEAUX	P.	P31	HERMELINE	G.	P31
BLANC	J-V.	O801, A4, P26	HERON	A.	P31
BOUDEBZA	D.	P38	JARDRI	R.	O201
BOUGUERMOUH	Y	P7, P8, P9, P10, P20, P21, P22, P23	KARAHAN	S.	P32
BOULBAROUD	S.	P24	KHEFFACHE	F.	P27
BOULCANE	A.	P11	LACAMBRE	M.	O301
BOURBON		P17	LADAIMIA	A.	P17
BOUTALBI	N.	P30	LAPIDUS	N	P26
BOUTALBI	R.	P30	LIPANI	MC.	O802
BRIKI	F-Z	P30	LAURIN	A.	P13, P14
ÇAKAR	B.	P33	LELE	N.	P31
CHEKKAL	T.	P11	LEPLEGE	A.	P2
COLAS	M-D	P25	LEROY	J-C.	O702
CORRUBLE	E.	O501	MADOUI	F Z.	P3
COSTANTINO	C.	O502	MALBOS	E.	O102
COURCIERAS	R.	P13, P14	MARINESCU	M.	P13, P14



MASETTI	V.	O602
MEGUERBA	A.	P7, P8, P9, P10, P20, P21, P22, P23
MESLEM		P17
MICHELOT	S.	A5
MOKHTARI	A.	P15, P16
MOKHTARI	L.	P6
MORIN	C.	P31
MOUCHABAC	S.	O103, P26
NAIT SAID	S.	P28
NEUMAN	E.	O104
NUSS	P.	O202, P26
OLIVIER	F.	P2
OUKALI	H.	P5
ÖZKAN	B.	P32, P33, P34, P35, P36, P37
ÖZTAŞ	D.	P35
PARIS	P.	P31
PAUWELS	N.	O803
RADJACK	R.	O302
RHALEM	N.	P15
SAKA	E.	P32
SARI	T.	P34
SEMAOUNE	B.	P18, P19
SIMONS	L.	P14
SOULAYMANI	A.	P15, P16
SOULAYMANI-BENCHEIKH	R.	P15, P16
TANNEAU	E.	O104
TEBAA	A.	P16
TERRANTI	I.	P11
TIZI	D.	P39
TOUATI	K.	P39
ÜNAL	B.	P35
VERNIERE	C.	P25
WILLARD	D.	A3
YAKHLEF	W.	P5
YAMANI		P17
ZEGHIB	H.	P30

La  
**Psychiatrie**  
dans **TOUS** ses états

**16** <sup>ème</sup> **CONGRÈS INTERNATIONAL**  
DE L'ASSOCIATION DE RECHERCHE ET  
DE SOUTIEN DE SOINS EN PSYCHIATRIE GÉNÉRALE