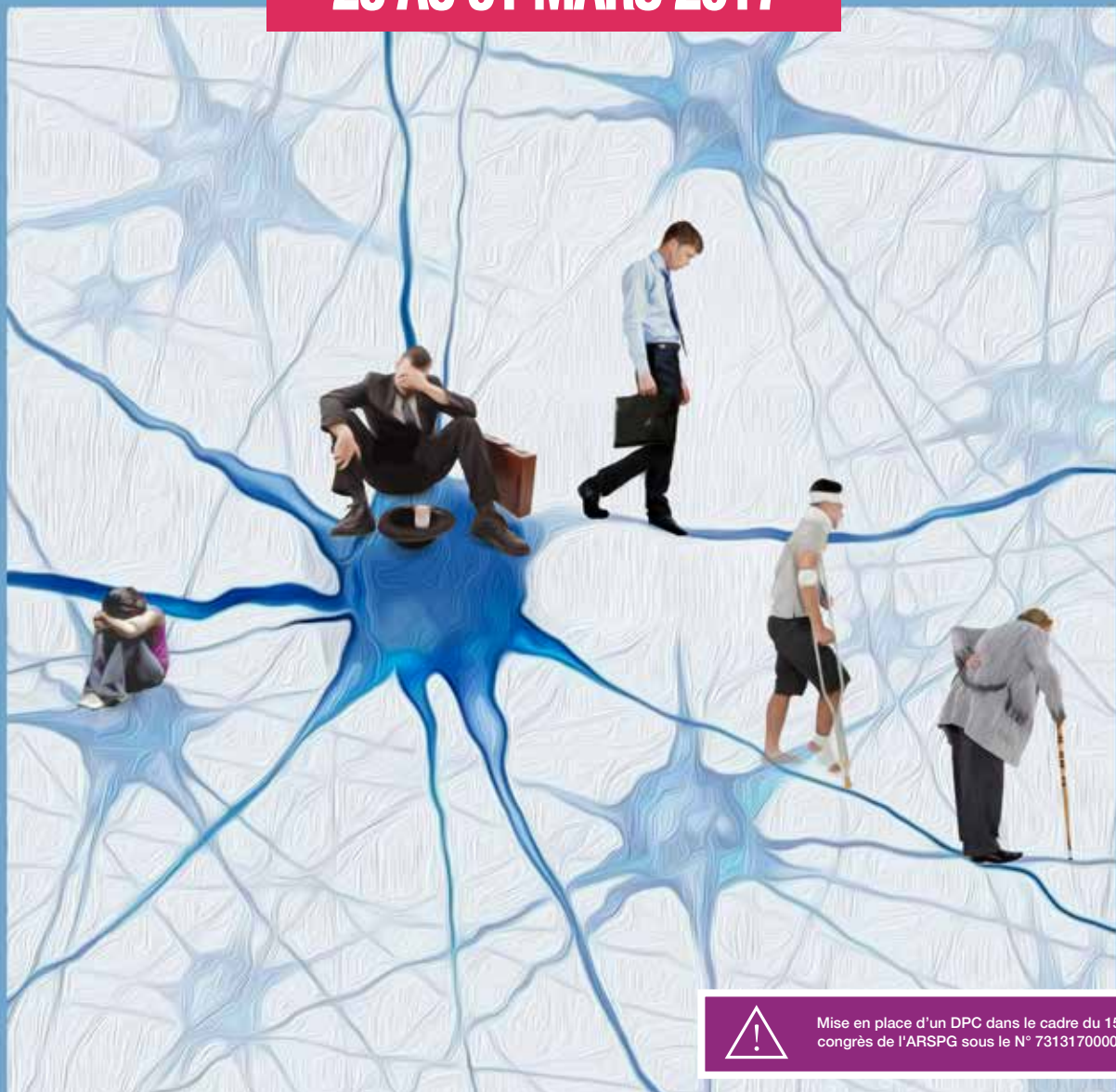


# La psychiatrie dans un monde en sursauts : quelles réponses ?

**29 AU 31 MARS 2017**



Mise en place d'un DPC dans le cadre du 15ème congrès de l'ARSPG sous le N° 73131700002-S1

**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  
Logistique : 09 73 53 14 67 - arspg@d-s-o.fr

# La psychiatrie dans un monde en sursauts : quelles réponses ?

## PRÉSIDENT DU CONGRÈS

Pr. Chantal HENRY (Créteil)

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

En réponse à la rapidité et à l'ampleur des changements du monde contemporain, deux attitudes s'opposent pour penser, organiser et mettre en œuvre le soin des pathologies mentales.

D'un côté, rapports et recommandations actuelles prônent des bonnes pratiques résolument nouvelles fondées sur les spécificités du monde d'aujourd'hui. Non plus issue de la pathologie, la neurobiologie ou la psychologie, la mise en œuvre du soin psychiatrique trouverait ses fondements dans l'intégration de réalités telles que la crise économique mondiale, les profondes mutations sociales, la nécessaire réforme du soin, l'internationalisation et l'homogénéisation des pratiques, la prééminence de la réhabilitation dans le soin. L'idée qui préside à une telle approche est que la psychiatrie s'est toujours adaptée au fil du temps aux modifications des valeurs, aux contraintes sociétales. Selon cette conception, la psychiatrie telle que nous la pratiquons encore aujourd'hui, centrée sur le sujet, sa biologie, son histoire singulière, serait en phase d'obsolescence. Elle aurait correspondu à un temps de notre modernité aujourd'hui révolu. Nous serions désormais dans une époque post-moderne. Les soubresauts sociétaux contemporains, la disparition des frontières et des écoles de psychiatrie nationales, les données issues des preuves scientifiques, la prééminence de la planification, de l'homogénéisation des pratiques exigeraient un changement des paradigmes du soin. Les invariants de la souffrance humaine guideraient moins les pratiques que l'importance et la vitesse des changements sociétaux, les soubresauts d'un monde devenu volcanique et désorganisé, la crise monétaire et économique et la nécessaire rationalisation du soin.

A ce modèle s'oppose celui qui postule que la vie psychique, notamment pathologique, possède des caractéristiques essentielles qui se manifesteraient, inchangées, depuis le néolithique jusqu'à nos jours. Si la psyché a pour fonction l'ajustement au monde pour lui donner sens, mais aussi s'adapter à ses incessants changements, c'est justement la pérennité de mécanismes psychiques qu'il faudrait concevoir et suivre pour offrir le soin le plus efficace. De tous temps, l'homme a dû changer, s'adapter. Le monde contemporain ne serait pas plus exigeant que d'autres périodes de l'humanité en termes de rapidité et de profondeur des changements. A ce titre, le soin psychiatrique se devrait de prendre en compte et intégrer dans ses procédures les éléments constitutifs de la psyché humaine. Les contraintes atemporelles de la biologie cérébrale et de la psychologie, mais aussi de la structuration du groupe humain comme espèce imposeraient des invariants de la prise en charge qui devrait, de ce fait, davantage être fondée sur cette essence que sur les aléas momentanés du monde.

S'il est une dimension fondamentalement scientifique de la psychiatrie, elle consiste en son effort d'observation détaillée, précautionneuse, souvent contradictoire du patient et de sa réalité vécue. Incessamment, le clinicien comme le chercheur étudie et interroge les écarts entre cet examen et les différentes grilles de lecture théoriques proposées pour appréhender le réel clinique. L'observation attentive quotidienne des patients montre de manière indubitable qu'aucun modèle unifié - qu'il soit atemporel ou contemporain - ne peut prétendre à lui seul décrire la complexité clinique, psychologique et biologique des patients. Aucun modèle univoque de pratique de la psychiatrie, éternel ou post-moderne, quand bien même il serait le fruit d'une analyse économique-social ou à visée fonctionnelle, n'est suffisamment intégratif pour rendre compte de la complexité du réel clinique, de son évolution et des attentes des patients.

Cliniciens, chercheurs et politiques, tous ont recours simultanément à plusieurs modèles d'intelligibilité fondamentalement différents pour comprendre et traiter la pathologie mentale. Chacun de ces protagonistes constate au quotidien, au fil des ans, l'importance et la rapidité du revirement des croyances, des grilles de lectures, des attentes. Certains dogmes jusqu'à récemment considérés comme mineurs se trouvent soudains légitimés. D'autres sombrent brutalement dans le plus profond discrédit. Tel est le cas par exemple de l'efficacité de thérapeutiques comme la méditation ou l'exercice physique. Jusqu'alors anecdotiques et qualifiés d'ascientifiques. Les voilà soudain, et à juste titre, prônés dans les recommandations. De même, assiste-t-on à la réhabilitation spectaculaire de molécules anciennes comme les sels de lithium. L'efficacité de traitements physiques comme la stimulation électrique considérés un temps comme fantaisistes ou obsolètes pourraient prochainement être mis en œuvre au domicile du patient pour des troubles variés allant de l'anxiété aux hallucinations. Commence aussi à poindre l'idée que l'imagerie fonctionnelle ou le recours à des biomarqueurs périphériques serviront à guider la prescription en l'individualisant. Il est un toutefois un invariant exprimé par les patients : leur besoin de thérapie individuelle.

A l'inverse d'un système de soin sous la bannière unificatrice d'un socles en crise ou d'une psyché éternelle, la modernité et postmodernité de la psychiatrie se manifestent par un éclectisme dynamique. Ainsi, les soubresauts du monde, les crises économiques et morales provoquent-ils davantage des oscillations nourries de riches harmoniques qu'ils ne conduisent à l'établissement d'un modèle unifié. Pourtant, le balancier penche souvent d'un seul côté. Pour les institutionnels, les régulateurs, les recommandations, le curseur est en faveur d'un modèle de soin globalisé et homogénéisé en réponse aux désordres du monde socio-économique nécessitant d'unifier les pratiques pour les optimiser. Pour le clinicien et le chercheur, un modèle patchwork, composite, hétérodoxe paraît plus souhaitable.

Mais le psychiatre, comme tout médecin est avant tout pragmatique. Enthousiaste, il veut croire à la modernité car elle lui ouvre des horizons. Attentif, il est précautionneux à ne pas chambouler des équilibres précaires. Etonné, il observe des forces psychiques mises en œuvre chez les patients à partir de champs qui lui sont inconnus. Ce pragmatisme le pousse à ne pas choisir entre ces deux extrêmes, mais à tester, être à l'écoute, se remettre en question. Enfin, face à une clinique aussi complexe, - palette quasi infinie de situations, d'imprévus, de changements -, et devant une telle variété de modèles de compréhension et de thérapeutiques, le soin devient une combinatoire où créativité et rigueur se combinent. La médecine n'est-elle pas aussi un art ?

La 15<sup>ème</sup> édition de notre congrès La Psychiatrie dans tous ses Etats se propose donc, en empruntant diverses approches et en confrontant les savoirs, de nous informer sur les évolutions de notre discipline, nous faire découvrir des champs jusqu'alors inconnus, éclairer d'un jour nouveau d'autres, confirmer heureusement certaines de nos pratiques. Le format du congrès qui laisse une part importante à l'interaction permet de fructueux échanges entre orateurs et écoutants, cliniciens et théoriciens, industriels et associatifs.

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

Professeur Charles-Siegfried PERETTI  
Président de l'ARSPG



## SOMMAIRE

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

### PROGRAMME DÉTAILLÉ

Mercredi 29 mars 2017 .....	7
Jeudi 30 mars 2017 .....	8
Vendredi 31 mars 2017 .....	9

### INFORMATIONS IMPORTANTES

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

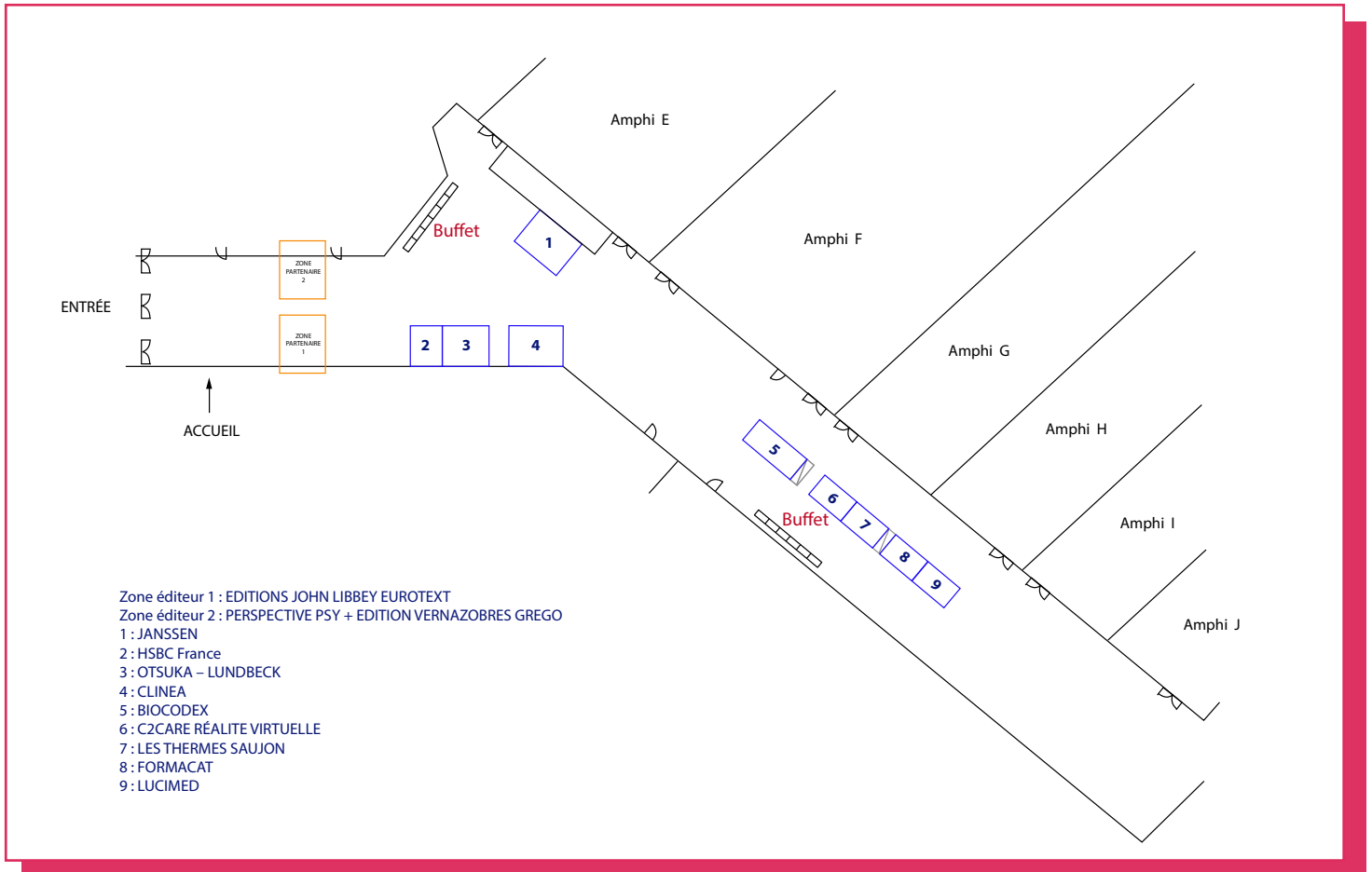
### LIVRE D'ABSTRACTS

Communications orales .....	14
Communications posters .....	26
Index des auteurs .....	43



# La psychiatrie dans un monde en sursauts : quelles réponses ?

## PLAN DE L'EXPOSITION



### Remerciements :

Le Professeur Chantal HENRY, présidente 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 29 MARS 2017

### INTRODUCTION

10h00 - 10h30

VERS UN RETOUR DES ÉMOTIONS  
10h30 - 12h30

COCKTAIL DÉJEUNATOIRE  
12h30 - 13h50

QUE NOUS APPREND L'ADDICTOVIGILANCE ?  
13h50 - 15h50

PAUSE CAFÉ  
15h50 - 16h20

TROUBLE ATTENTIONNEL AVEC HYPERACTIVITÉ : DONNÉES RÉCENTES CHEZ L'ENFANT ET L'ADULTE  
16h20 - 17h40

**ATELIER 1 :**  
**ADDICTOLOGIE : CONNAÎTRE ET COMPRENDRE LES NOUVEAUX USAGES DE DROGUES**  
17h40 - 18h40

**ATELIER 2 :**  
**LES PSYCHOSES DÉBUTANTES**  
17h40 - 18h40

JEUDI 30 MARS 2017

TRAITER LA DÉPRESSION : REVISITER SANS CESSER LES THÉRAPEUTIQUES  
9h00 - 11h00

PAUSE CAFÉ  
11h00 - 11h30

LES LIPIDES : NOUVEAUX ACTEURS DE LA PHYSIOPATHOLOGIE DES TROUBLES NEUROPSYCHIATRIQUES  
11h30 - 12h50

COCKTAIL DÉJEUNATOIRE  
12h50 - 14h20

**ATELIER 7 :**  
**PSYCHOSE DE SUPERSENSIBILITÉ**  
13h20 - 14h20

STRESS, ASPECTS PHYSIOLOGIQUES ET PSYCHOPATHOLOGIQUES  
14h20 - 16h50

PAUSE CAFÉ  
16h50 - 17h10

PSYCHIATRIE ET MALADIES SOMATIQUES  
17h10 - 18h30

**ATELIER 3 :**  
**MINDFULNESS : INITIATION À LA MÉDITATION EN PLEINE CONSCIENCE**  
18h30 - 19h30

**ATELIER 6 :**  
**UNE NOUVELLE PRISE EN CHARGE DES TROUBLES ANXIEUX : MÉDECINE THERMALE ET APPROCHES PSYCHOCORPORELLES - FAITS ET PREUVES**  
18h30 - 19h30

VENDREDI 31 MARS 2017

**ATELIER 4 :**  
**PSYCHOSE : COMMENT FAVORISER L'ADHÉSION AUX SOINS ?**  
8h30 - 9h30

**ATELIER 5 :**  
**SEXOLOGIE - CAS CLINIQUE**  
8h30 - 9h30

SCHIZOPHRÉNIE : DONNÉES RÉCENTES  
9h30 - 10h50

PAUSE CAFÉ  
10h50 - 11h20

PSYCHOTÉRAPIES  
11h20 - 12h40

COCKTAIL DÉJEUNATOIRE  
12h40 - 14h00

ACTUALITÉ DE LA PSYCHIATRIE LÉGALE  
14h00 - 15h20

REMISE DES PRIX POSTERS  
15h20 - 15h40

**CONCLUSION**  
15h40 - 16h00

# La psychiatrie dans un monde en sursauts : quelles réponses ?

## LES ATELIERS DE FORMATION

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

**ATELIER N°1 : ADDICTOLOGIE : CONNAÎTRE ET COMPRENDRE  
LES NOUVEAUX USAGES DE DROGUES**

Dr. Samira DJEZZAR (Paris) et Dr. Anne BATISSE (Paris)

**Mercredi 29 mars 2017 de 17h40 à 18h40**

**ATELIER N°2 : LES PSYCHOSES DÉBUTANTES**

Dr. Jean-Victor BLANC (Paris)

**Mercredi 29 mars 2017 de 17h40 à 18h40**

**ATELIER N°3 : MINDFULNESS : INITIATION À LA MÉDITATION  
EN PLEINE CONSCIENCE**

Mme Soizic MICHELOT (Paris)

**Jeudi 30 mars 2017 de 18h30 à 19h30**

**ATELIER N°4 : PSYCHOSE : COMMENT FAVORISER L'ADHÉSION AUX SOINS ?**

Dr. Marie-Noëlle VACHERON (Paris)

**Vendredi 31 mars 2017 de 8h30 à 9h30**

**ATELIER N°5 : SEXOLOGIE - CAS CLINIQUE**

Dr. Alexandre THOMIN (Paris)

**Vendredi 31 mars 2017 de 8h30 à 9h30**

**ATELIER N°6 : UNE NOUVELLE PRISE EN CHARGE DES TROUBLES ANXIEUX :  
MÉDECINE THERMALE ET APPROCHES PSYCHOCORPORELLES -  
FAITS ET PREUVES**

Dr. Olivier DUBOIS (Saujon) et Dr. Florian FERRERI (Paris)

**Jeudi 30 mars 2017 de 18h30 à 19h30**

**ATELIER N°7 : PSYCHOSE DE SUPERSENSIBILITÉ**

Pr. Guy CHOUINARD (Montréal, Québec)

**Jeudi 30 Mars de 13h20 à 14h20**

## RAPPEL : COÛT DE L'ATELIER SUPPLÉMENTAIRE :

Tarif jusqu'au  
26 février 2017 inclus

**55 € TTC / atelier**

Tarif à partir du  
27 février 2017

**66 € TTC / atelier**

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

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



MERCREDI 29 MARS 2017

10h00 - 10h30

INTRODUCTION

Pr. Charles-Siegfried PERETTI (Paris) et Pr. Chantal HENRY (Créteil)

VERS UN RETOUR DES ÉMOTIONS

Présidente de séance : Pr. Chantal HENRY (Créteil)

10h30 - 11h10

L'instabilité émotionnelle au cœur du trouble bipolaire : même lors des périodes euthymiques - O101

Pr. Chantal HENRY (Créteil)

11h10 - 11h50

Emotions et psychopathologie - O102

Pr. Pierre PHILIPPOT (Louvain, Belgique)

11h50 - 12h30

Manifestations neuropsychiatriques au cours des affections neurodégénératives - O103

Dr. Stéphane EPELBAUM (Paris)

12h30 - 13h50

Cocktail déjeunatoire

QUE NOUS APPREND L'ADDICTOVIGILANCE ?

Présidente de séance : Dr. Samira DJEZZAR (Paris)

13h50 - 14h30

Données d'addictovigilance du méthylphénidate - O201

Dr. Samira DJEZZAR (Paris)

14h30 - 15h10

Les nouveaux usages par vaporisation : à propos de l'E-Cig et du cannabidiol - O202

Dr. Cécile CHEVALLIER et Dr. Anne BATISSE (Paris)

15h10 - 15h50

Droit et addictovigilance : quelles synergies pour le soin ? - O203

Me. Martine MOSCOVICI (Paris)

15h50 - 16h20

Pause café

TROUBLE ATTENTIONNEL AVEC HYPERACTIVITÉ : DONNÉES RÉCENTES CHEZ L'ENFANT ET L'ADULTE

Présidente de séance : Pr. Diane PURPER - OUAKIL (Montpellier)

16h20 - 17h00

Evolution des conceptions de la clinique du TDAH chez l'enfant - O301

Pr. Diane PURPER-OUAKIL (Montpellier)

17h00 - 17h40

Clinique et traitement du TDAH chez l'adulte - O302

Dr. Bluenn QUILLEROU (Paris)

17h40 - 18h40

SALLE  
G

ATELIER 1 :

Addictologie : connaître et comprendre  
les nouveaux usages de drogues  
Dr. Samira DJEZZAR (Paris) et  
Dr. Anne BATISSE (Paris)

SALLE  
H

ATELIER 2 :

Les psychoses débutantes  
Dr. Jean-Victor BLANC (Paris)

# La psychiatrie dans un monde en sursauts : quelles réponses ?

JEUDI 30 MARS 2017

		<b>TRAITER LA DÉPRESSION : REVISITER SANS CESSE LES THÉRAPEUTIQUES</b> Président de séance : Dr. Florian FERRERI (Paris)	
<b>9h00 - 9h40</b>		Ayahuasca et autres drogues psychédéliques au secours de la dépression ? - O401 Dr. Mocrane ABBAR (Nîmes)	
<b>9h40 - 10h20</b>		S-Ketamine, traitements physiques de la dépression : où en est-on ? - O402 Dr. Florian FERRERI (Paris)	
<b>10h20 - 11h00</b>		Catégoriel ou dimensionnel, le DSM ne reconnaît toujours pas les Etats Mixtes - O403 Dr. Taieb GHODHBANE (Tunis, Tunisie)	
<b>11h00 - 11h30</b>		<b>Pause café</b>	
		<b>LES LIPIDES : NOUVEAUX ACTEURS DE LA PHYSIOPATHOLOGIE DES TROUBLES NEUROPSYCHIATRIQUES</b> Président de séance : Dr. Philippe NUSS (Paris)	
<b>11h30 - 12h10</b>		Cholestérol et apolipoprotéine E (APOE) dans la maladie d'Alzheimer - O501 Dr. Marie-Claude POTIER (Paris)	
<b>12h10 - 12h50</b>		Anomalies lipidiques et manifestations cliniques dans la schizophrénie - O502 Dr. Philippe NUSS (Paris)	
<b>12h50 - 14h20</b>		<b>Cocktail déjeunatoire</b>	
<b>13h20 - 14h20</b>	<b>SALLE G</b>	<b>ATELIER 7 :</b> Psychose de supersensibilité - Pr. Guy CHOUINARD (Montréal, Québec)	
		<b>STRESS, ASPECTS PHYSIOLOGIQUES ET PSYCHOPATHOLOGIQUES</b> Président de séance : Dr. Stéphane MOUCHABAC (Paris)	
<b>14h20 - 14h50</b>		Susceptibilité et résilience au stress social : adaptations moléculaires dans le système limbique - O601 Dr. Vincent VIALOU (Paris)	
<b>14h50 - 15h30</b>		Stress et résistance aux antidépresseurs - O602 Pr. Catherine BELZUNG (Tours)	
<b>15h30 - 16h10</b>		Un an et demi après le Bataclan : où en sont les blessés psychiques ? - O603 Dr. Philippe NUSS (Paris) et Dr. Youri YORDANOV (Paris)	
<b>16h10 - 16h50</b>		Attentats et fascinations - O604 Dr. Hugues LEFORT, médecin urgentiste, médecin chef du groupement des appuis et de secours, Brigade de sapeurs-pompiers de Paris, et M. Matthieu PETITCLERC, psychologue, chef de la section psychologique, Brigade de sapeurs-pompiers de Paris, France	
<b>16h50 - 17h10</b>		<b>Pause café</b>	
		<b>PSYCHIATRIE ET MALADIES SOMATIQUES</b> Présidente de séance : Dr. Bluenn QUILLEROU (Paris)	
<b>17h10 - 17h50</b>		Les différents visages de la dépression en psychiatrie de liaison - O701 Dr. Bluenn QUILLEROU (Paris)	
<b>17h50 - 18h30</b>		La dépression : un facteur pronostic pour les pathologies chroniques ? - O702 Dr. Jean-Victor BLANC (Paris)	
<b>18h30 - 19h30</b>	<b>SALLE G</b>	<b>ATELIER 3 :</b> Mindfulness : initiation à la méditation en pleine conscience Mme Soizic MICHELOT (Paris)	<b>SALLE H</b>
		<b>ATELIER 6 :</b> Une nouvelle prise en charge des troubles anxieux : Médecine Thermale et approches psychocorporelles - faits et preuves Dr. Olivier DUBOIS (Saujon) et Dr. Florian FERRERI (Paris)	





VENDREDI 31 MARS 2017

8h30 - 9h30	SALLE G	ATELIER 4 : Psychose : comment favoriser l'adhésion aux soins ? Dr. Marie-Noëlle VACHERON (Paris)	SALLE H	ATELIER 5 : Sexologie - cas clinique Dr. Alexandre THOMIN (Paris)
		SCHIZOPHRÉNIE : DONNÉES RÉCENTES Présidente de séance : Dr. Marie-Cécile BRALET (Clermont de l'Oise)		
9h30 - 10h10		Atteintes cognitives et inflammation dans la schizophrénie - O801 Dr. Guillaume FOND (Créteil)		
10h10 - 10h50		Stimulations magnétiques dans la schizophrénie - O802 Dr. Marion PLAZE (Paris)		
10h50 - 11h20		Pause café		
		PSYCHOTHÉRAPIES Présidente de séance : Dr. Marie-Victoire CHOPIN (Paris)		
11h20 - 12h00		Techniques narratives en psychothérapie - O901 Dr. Marie-Victoire CHOPIN (Paris)		
12h00 - 12h40		Nouvelles données sur la Méditation en pleine conscience - O902 Dr. Christine BAROIS (Paris)		
12h40 - 14h00		Cocktail déjeunatoire		
		ACTUALITÉ DE LA PSYCHIATRIE LÉGALE Président de séance : Dr. Mathieu LACAMBRE (Montpellier)		
14h00 - 14h40		Prise en charge en milieu carcéral des détenus radicalisés - O1001 Dr. Anne-Hélène MONCANY (Toulouse)		
14h40 - 15h20		Typologie du terrorisme, une approche psychocriminologique - O1002 Dr. Mathieu LACAMBRE (Montpellier)		
15h20 - 15h40		Remise des prix posters		
15h40 - 16h00		CONCLUSION Pr. Charles-Siegfried PERETTI (Paris)		



# La psychiatrie dans un monde en sursauts : quelles réponses ?

## INFORMATIONS GÉNÉRALES

### INSCRIPTIONS

Les droits d'inscription incluent l'accès aux sessions scientifiques, aux zones de l'exposition et des posters scientifiques, aux cocktails déjeunatoires et aux pauses café, ainsi qu'à un atelier au choix.  
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 29 au 31 mars 2017 (soit 3 jours) AVEC 1 ATELIER AU CHOIX OFFERT	360 € TTC jusqu'au 26 février 2017 inclus	419 € TTC à partir du 27 février 2017 inclus
Forfait Psychologue du 29 au 31 mars 2017 (soit 3 jours) AVEC 1 ATELIER AU CHOIX OFFERT	270 € TTC jusqu'au 26 février 2017 inclus	310 € TTC à partir du 27 février 2017 inclus
Forfait interne / infirmier / étudiant en psychologie du 29 au 31 mars 2017 (soit 3 jours) AVEC 1 ATELIER AU CHOIX OFFERT	250 € TTC jusqu'au 26 février 2017 inclus	295 € TTC à partir du 27 février 2017 inclus
Atelier supplémentaire	55 € TTC / atelier supplémentaire	66 € 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 "La psychiatrie dans un monde en sursaut" est proposé sous forme DPC sous le numéro : 73131700002-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 : 15<sup>ÈME</sup> CONGRÈS DE L'ARSPG, LA PSYCHIATRIE DANS UN MONDE EN SURSAUTS : QUELLES RÉPONSES ?

- CODE IDENTIFIANT : 30064AF
- VALABLE POUR TRANSPORT : DU 23 MARS 2017 AU 5 AVRIL 2017
- 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

# La psychiatrie dans un monde en sursauts : quelles réponses ?

## 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 29 mars à partir de 9h00

DÉMONTAGE : le vendredi 31 mars entre 16h00 et 17h30

Les posters qui ne seront pas récupérés le vendredi à 17h30 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 31 mars de 15h20 à 15h40.

### 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

### COCKTAILS DÉJEUNATOIRES :

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

### CONFÉRENCES :

Les conférences auront lieu en amphi E.

Les ateliers auront lieu en salle G et H.

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

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

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

### EXPOSITION :

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

### NON FUMEUR :

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

### OBJETS PERDUS :

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

N'hésitez pas à consulter les 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.

# La psychiatrie dans un monde en sursauts : quelles réponses ?



LIVRE D'ABSTRACTS  
COMMUNICATIONS ORALES



## VERS UN RETOUR DES ÉMOTIONS

### O101 - L'INSTABILITÉ EMOTIONNELLE AU CŒUR DU TROUBLE BIPOLAIRE : MÊME LORS DES PÉRIODES EUTHYMIQUES

AUTEUR : Dr. Chantal HENRY

Suite à des travaux récents, il existe un changement de paradigme concernant les troubles bipolaires mettant l'accent sur une instabilité émotionnelle évoluant de manière chronique en dehors des épisodes aigus. Cependant, les systèmes de classifications basés sur une approche catégorielle ne tiennent pas compte de ces manifestations inter-critiques. Nous aborderons dans cette présentation l'intérêt d'une approche dimensionnelle pour caractériser les symptômes sub-syndromiques sur le plan clinique, étudier leur impact sur le fonctionnement et les mettre en lien avec des marqueurs de l'inflammation. Enfin, nous montrerons l'impact potentiel des antidépresseurs prescrits au long cours sur l'instabilité émotionnelle.

### O102 - ÉMOTIONS ET PSYCHOPATHOLOGIE

AUTEUR : Pr. Pierre Philippot

Dans l'univers des psychothérapies, les émotions ont longtemps été considérées comme présentant un intérêt mineur, alors que la plupart des personnes qui consultent un psychothérapeute mettent au premier plan de leurs plaintes une détresse émotionnelle à laquelle ils ne peuvent faire face. Cependant, les connaissances scientifiques sur les émotions ont fortement évolué dans les deux dernières décennies et elles offrent actuellement une base théorique et empirique solide pour la psychopathologie et la psychothérapie.

Dans cette optique, cette conférence va présenter des développements récents de modèles psychopathologique et psychothérapique basés sur les théories des émotions. Ceux-ci seront situés dans leur contexte historique de développement. Une attention particulière sera accordée à démontrer la valeur ajoutée d'une approche émotionnelle pour la conceptualisation des situations cliniques et des méthodes d'intervention. Enfin, des courants psychothérapeutiques spécifiques, issus de cette approche, seront présentés, notamment ceux basés sur l'acceptation du vécu émotionnel.

### O103 - MANIFESTATIONS NEUROPSYCHIATRIQUES AU COURS DES AFFECTIONS NEURODÉGÉNÉRATIVES

AUTEUR : Dr. Stéphane EPELBAUM  
Neurologue,  
Dpt. de Neurologie/Institut de la mémoire et de la maladie d'Alzheimer  
Hôpital de la Salpêtrière, 75013, Paris.

De nombreuses pathologies neurologiques à expression cognitive ou comportementale peuvent engendrer des troubles psychiatriques. Certaines de ces maladies ont des traitements spécifiques qu'il ne faut pas méconnaître. D'autres, comme la maladie d'Alzheimer, peuvent justifier d'inclusion dans des protocoles pharmacologiques lorsqu'elles sont diagnostiquées précocement. Enfin, certaines de ces affections ont un caractère héréditaire et leur mise en évidence doit aboutir à un conseil génétique. À travers trois exemples, nous passerons en revue ces différentes situations afin de sensibiliser le psychiatre à ces diverses pathologies qui nécessitent un avis neurologique.

## QUE NOUS APPREND L'ADDICTOVIGILANCE ?

### O201 - DONNÉES D'ADDICTOVIGILANCE DU MÉTHYLPHÉNIDATE

AUTEUR : Dr. Samira DJEZZAR  
CEIP IDF-Centre Val de Loire, Hôpital Fernand Widal, APHP

Le méthylphénidate, (MPH) seul médicament autorisé en France dans le traitement du trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH) de l'enfant, est au cœur de nombreuses interrogations sur son risque d'usage détourné dans un cadre festif mais également en thérapeutique. Son expertise en addictovigilance a mis en lumière, entre 2000 et 2015, 517 cas d'usage abusif ou d'indication hors autorisation de mise sur le marché (AMM), majoritairement chez des sujets de sexe masculin, âgés de 12 à 74 ans. La dose maximale utilisée est de 2520 mg/j et la durée de consommation peut atteindre 22 ans. La prescription médicale hors AMM croissante du MPH notamment dans le dopage intellectuel, l'administration par voie intraveineuse (33 à 50 % des cas) et son mélange aux nouveaux produits de synthèse représentent les principaux signaux de notre étude.



# La psychiatrie dans un monde en sursauts : quelles réponses ?

## O202 - LES NOUVEAUX USAGES PAR VAPORISATION : À PROPOS DE L'E-CIGARETTE ET DU CANNABIDIOL

AUTEURS : Dr. Cécile CHEVALIER et Dr. Anne BATISSE  
CEIP-Addictovigilance Ile de France - Centre - Val de Loire

La vaporisation se définit comme le passage de l'état liquide à l'état gazeux d'une substance. Les vaporisateurs constituent une méthode alternative d'inhalation de principes actifs thermorésistants. Les cigarettes électroniques (CE), dispositifs de vaporisation de la nicotine, ont été développées afin d'éviter la formation de produits de combustion toxiques des cigarettes à tabac. Les vaporisateurs sont utilisés pour l'administration de cannabinoïdes thérapeutiques (Tétrahydrocannabinol (THC) ; cannabidiol (CBD)) ainsi que pour leurs consommations récréatives. À travers deux études du Centre d'Addictovigilance de Paris (CEIP-A), nous rapportons les résultats d'une enquête sur la CE (auto-questionnaire en ligne) et les données d'une expertise d'addictovigilance sur le CBD conduite à la demande de l'ANSM.

Les CE sont largement utilisées dans la population mais l'efficacité et le potentiel addictif de ces dispositifs reste insuffisamment documenté. Notre étude a pour objectif de caractériser l'usage de la CE et d'évaluer l'évolution de la dépendance à la nicotine dans différents groupes d'utilisateurs (n=113 fumeurs actifs ; n=1008 anciens fumeurs). Pour le tabac, la dépendance à la nicotine était évaluée par l'échelle de Fagerström (score F tabac ; consommation actuelle/rétrospective). Pour la CE, nous avons utilisé une échelle de Fagerström adaptée à l'utilisation de la CE (Fm). Les résultats déclaratifs montrent que la CE apparaît moins nocive que le tabac pour les usagers. Les scores F Tabac et Fm montrent une réduction de la dépendance à la nicotine grâce à la CE dans les 2 groupes d'utilisateurs. Elle apparaît comme une aide efficace au sevrage tabagique, tel un traitement de « substitution » à long terme. Ces dispositifs ne sont cependant pas complètement satisfaisants, en particuliers pour les fumeurs actifs qui entretiennent une dépendance cumulée à la nicotine par le tabac et la CE.

Le CBD appartient à la famille des cannabinoïdes et présente un potentiel thérapeutique dans de multiples indications. Il est actuellement commercialisé en association ou non au Tétrahydrocannabinol (THC) dans le traitement de l'épilepsie de l'enfant, la douleur et la spasticité. L'utilisation médicamenteuse des cannabinoïdes ainsi que leur usage récréatif, ont conduit au développement de vaporisateurs spécifiques. A la différence du THC, le CBD est décrit dans la littérature comme ne présentant pas d'effets psychoactifs (du fait d'une affinité très faible pour les récepteurs endocannabinoïdes CB1 et CB2). Les modèles animaux ont confirmé le faible potentiel d'abus et de dépendance du CBD (expériences de préférence de place et de discrimination). Cependant considérant notamment son action agoniste sérotoninergique 5-HT1A et ses effets sur le système nerveux central, l'expertise considère que le CBD possède des effets psychoactifs qui doivent être confirmés par des études complémentaires sur les propriétés de ce composé.

Les vaporisateurs de produits psychoactifs peuvent être considérés comme des outils de réduction des risques. Cependant, l'innocuité des produits inhalés et leurs effets à long terme sont encore trop peu connus et méritent une attention particulière des professionnels de santé dans l'accompagnement des patients et des usagers.

## O203 - LE DROIT ET L'ADDICTION

AUTEUR : Me Martine MOSCOVICI

L'addiction peut être une dépendance, voire un esclavage, à un ou plusieurs produits licites (alcool, tabac, médicaments) ou illicites (stupéfiants et substances psycho-actives > psychotrope). Elle peut être aussi un besoin irrésistible et excessif de comportements tels que le jeu pathologique, l'utilisation permanente de l'Internet ou du téléphone, les troubles des comportements alimentaires, le détournement de médicaments, les rapports sexuels, les achats ciblés ou non. Qu'en dit le droit ? Nulle mention de l'addiction dans les codes pénal et civil.

Ce qui est licite peut devenir illicite par l'addiction ou la consommation excessive.

Ainsi, la consommation excessive d'alcool au volant est répréhensible et punie par le code pénal de peines d'emprisonnement, d'amende, de suspension du permis de conduire et d'immobilisation du véhicule : la personne sera soumise à un test d'éthylomètre qui déterminera la consommation d'alcool par litre de sang.

De même, la cigarette au volant est condamnable car le conducteur sera gêné pour accomplir les gestes utiles à la conduite.

Idem, l'addiction aux médicaments est répréhensible au volant ou dans l'exercice de certains métiers manuels ou pour les pilotes de ligne ou de bateau, taxi...).

Le sexe, activité licite, devient illicite quand il entraîne l'agression sexuelle ou le viol.

La pratique addictive de l'ordinateur tombe sous le coup de la loi lorsque l'utilisateur se livre à la pédopornographie, la consultation de sites terroristes ou le hackage.

Les produits illicites, tels les stupéfiants, tombent toujours sous le coup de la loi ; ainsi, il est interdit de détenir, de céder ou d'utiliser de la drogue, sous toutes ses formes.

Cependant, une expertise psychiatrique qui indique que la personne est addictive à une substance, peut entraîner une atténuation de responsabilité si une maladie psychiatrique en est la cause ou la conséquence.





## TROUBLE ATTENTIONNEL AVEC HYPERACTIVITÉ : DONNÉES RÉCENTES CHEZ L'ENFANT ET L'ADULTE

### O301 - ÉVOLUTION DES CONCEPTIONS DE LA CLINIQUE DU TDAH CHEZ L'ENFANT

AUTEUR : Dr. Diane PURPER-OUAKIL  
CHU Montpellier, Hôpital Saint Eloi, Médecine Psychologique de l'Enfant et de l'Adolescent

Le trouble déficit d'attention hyperactivité (TDAH) concerne tous les âges de la vie puisqu'il peut débuter dès l'âge préscolaire et reste gênant dans près de la moitié des situations à l'âge adulte. Comme souligné dans les récentes recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS 2014) le TDAH représente un enjeu majeur de santé publique. Le TDAH entraîne en effet un retentissement fonctionnel et social important en termes scolaires, professionnels, familiaux et sociaux. Le TDAH représente également un impact médico-économique avec des coûts directs liés au recours au système de santé et des coûts indirects en termes de perte de productivité. D'où l'importance d'un repérage précoce et d'aides appropriées pour les personnes atteintes de TDAH et leur entourage. La présentation clinique du TDAH est hétérogène selon les individus et les étapes du développement. Il existe également des particularités liées au sexe et, même s'il s'agit d'un trouble chronique, le contexte peut influencer la façon dont les symptômes se manifestent et évoluent, notamment du fait des possibles comorbidités. L'évolution des conceptions et de la nosographie du TDAH reflète cette diversité clinique puisque tour à tour l'accent a été mis sur l'instabilité motrice dans une conception neuro-lésionnelle (le « Minimal Brain Damage »), sur les troubles attentionnels et les particularités neuropsychologiques (dans le modèle de Barkley notamment). Les conceptions actuelles tentent de rendre compte de l'hétérogénéité clinique du TDAH qui est maintenant compris comme un trouble de l'autorégulation dans lequel plusieurs types d'atteintes neuropsychologiques peuvent être identifiées et qui peut affecter des dimensions comportementales, motivationnelles et émotionnelles variées. La compréhension des diverses trajectoires développementales permettra de faciliter le repérage de ce trouble, y compris dans les formes moins typiques et devrait également conduire à une meilleure prise en compte des besoins individuels dans les approches thérapeutiques et d'optimisation environnementale.

### O302 - CLINIQUE ET TRAITEMENT DU TDAH CHEZ L'ADULTE

AUTEUR : Dr. Bluenn QUILLEROU  
Praticien Hospitalier  
Responsable de la psychiatrie de liaison et des urgences psychiatriques  
Service de psychiatrie adulte du Pr. PERETTI  
Hôpital Saint Antoine, 184 rue du Faubourg Saint Antoine 75012 Paris

Le trouble avec déficit de l'attention et hyperactivité ou TDAH est un trouble neurodéveloppemental longtemps considéré comme n'affectant que les enfants. La prévalence dans l'enfance est comprise entre 3 et 5 % de la population. Si ce trouble a longtemps été considéré comme disparaissant progressant à l'adolescence, les études actuelles montrent qu'il persiste chez 40 à 75 % des enfants diagnostiqués lorsqu'ils atteignent l'âge adulte. De plus, non seulement ce trouble persiste chez l'adulte jeune, mais aussi chez celui de plus de 65 ans.

Il s'agira de montrer en quoi la clinique diffère selon les âges, comment réaliser de manière fiable un diagnostic quel que soit l'âge du sujet et comment traiter ces patients, là encore selon leurs âges.



# La psychiatrie dans un monde en sursauts : quelles réponses ?

## TRAITER LA DÉPRESSION : REVISITER SANS CESSE LES THÉRAPEUTIQUES

### O401 - AYAHUASCA ET AUTRES DROGUES PSYCHÉDÉLIQUES AU SECOURS DE LA DÉPRESSION ?

AUTEUR : Dr. Mocrane ABBAR, CHU de Nîmes

Le fait que certaines substances psycho-actives dites psychédéliques (LSD, MDMA, Kétamine, Psilocybine, Mescaline...) puissent avoir un intérêt dans le traitement des troubles psychiatriques n'est pas une idée neuve.

C'est toutefois leur utilisation à des fins récréatives, associée à une probable surestimation de leur dangerosité, qui a conduit à ce que la commercialisation et l'utilisation de ces produits soient « criminalisées » dans la quasi-totalité des pays développés.

Par conséquent, leur utilisation à des fins médicales s'est évidemment interrompue et les budgets alloués à leur évaluation scientifique ont été principalement accordés à des études visant à démontrer leur toxicité, justifiant a posteriori leur statut de drogues illicites et leur prohibition.

Les choses sont cependant en train de changer. Depuis quelques années, les données de toute une série d'études, académiques et sur de petits échantillons il est vrai, font naître l'espoir que leur utilisation raisonnée puisse être une réponse à la souffrance de patients dont les troubles ne répondent pas à nos chimiothérapies traditionnelles.

L'ayahuasca ou yagé est un breuvage à base de lianes consommé traditionnellement par les chamans des tribus indiennes d'Amazonie et utilisé pour sa capacité curative dans le cadre de leurs croyances et de leurs pratiques.

On connaît maintenant les mécanismes d'action pharmacologiques de cette « décoction » qui plaident en faveur de son potentiel antidépresseur.

Nous discuterons des données des premières études publiées dans cette communication.

### O402 - S-KETAMINE, TRAITEMENTS PHYSIQUES DE LA DÉPRESSION : OÙ EN EST-ON ?

AUTEUR : Dr. Florian FERRERI (Paris)

La dépression résistante est une réalité clinique quotidienne. Environ un tiers des patients atteints de dépression sont résistants à des traitements médicamenteux bien conduits. Nous aborderons les différentes définitions de la résistance. En cas de non réponse ou de réponse partielle après une première phase d'optimisation thérapeutique les traitements physiques de la dépression peuvent être proposés. Nous reviendrons sur l'intérêt des techniques de neuromodulations et sur l'utilisation de la kétamine dans cette indication.

La stimulation magnétique transcrânienne répétitive (SMTr), est déjà officiellement approuvée par la FDA dans la dépression. D'autres techniques, telles que la stimulation transcrânienne à courant continu (tDCS) ou la stimulation du nerf vague font actuellement l'objet de nombreuses études. Certaines indications sont bien validées et ont franchi le stade de la recherche : dépressions pharmaco-résistantes et hallucinations résiduelles dans les schizophrénies, dépression pour la SMTr.

Si l'on s'intéresse à la tDCS, technique la plus récente, les premiers résultats de l'activation du CPFDL gauche par stimulation anodique ont été publiés à partir de 2006. Depuis une dizaine d'études randomisées et contrôlées sont disponibles (Shiozawa P et al The international journal of neuropsychopharmacology). Bien que les paramètres de stimulation et les populations étudiées soient hétérogènes, 8 études contrôlées sur 10 montrent une efficacité significative de la tDCS sur la dépression.

La kétamine est un anesthésique général de demi-vie courte. Il s'agit d'un antagoniste N-méthyl-D-aspartate (NMDA) très proche du PCP (phéncyclidine). Elle est également utilisée comme stupéfiant. Des travaux récents ont montré qu'une perfusion a une action antidépresseive très rapide (en quelques heures) contrastant avec le délai habituel de 15 jours des antidépresseurs. La question du maintien dans le temps de l'effet antidépresseur, de la supériorité éventuelle des injections répétées par rapport à une injection unique et du taux de réponse restent débattues. Une méta analyse [Coyle C et al. Human psychopharmacology 30 152-63] de 21 essais incluant 437 patients souffrant d'épisode dépressif majeur confirme que la kétamine réduit de façon importante les symptômes dépressifs lors d'évaluations réalisées de la 4ème heure jusqu'à 14 jours après une perfusion unique ou répétée. Ces résultats bien qu'encourageant demandent à être confirmés par de grandes études contrôlées qui permettront également d'étudier la sécurité d'emploi et le risque éventuel de conduites addictives ultérieures.

### O403 - CATÉGORIEL OU DIMENSIONNEL, LE DSM NE RECONNAIT TOUJOURS PAS LES ÉTATS MIXTES

AUTEUR : Dr. Taieb GHODHBANE

Un siècle sépare la conceptualisation finale des états mixtes par E Kraepelin en 1913, de la version de ces états dans la dernière édition de la classification américaine, le DSM-5 sorti en 2013. Depuis l'apparition du DSM-I en 1952 les états mixtes ont d'abord été négligés puis, avec le DSM-III en 1980 et les versions suivantes, ces états ont été reconnus sous la forme de catégories diagnostiques. Les critères trop stricts ne permettaient pas de capter la réalité clinique, riche et diversifiée, de ces états mixtes. L'évolution dimensionnelle du DSM-5 était supposée pallier cette lacune. A-t-elle réussi ce pari ? Aperçu historique et analyse critique.



## LES LIPIDES : NOUVEAUX ACTEURS DE LA PHYSIOPATHOLOGIE DES TROUBLES NEUROPSYCHIATRIQUES

### O501 - CHOLESTÉROL ET APOLIPOPROTÉINE E (APOE) DANS LA MALADIE D'ALZHEIMER

AUTEURS : Dr. Marie-Claude POTIER, Catherine MARQUER, Linda HANBOUCH, Lydie BOUSSICAUT, Mai PANCHAL et Charles DUYCKAERTS  
ICM Institut du Cerveau et de la Moelle épinière, CNRS UMR7225, INSERM U1127, UPMC, Hôpital de la Pitié-Salpêtrière, 47 Bd de l'Hôpital, Paris, France

La maladie d'Alzheimer (MA) se caractérise par une perte mnésique progressive. Deux types de lésions apparaissent au cours de cette maladie : les plaques amyloïdes extracellulaires, résultant de l'agrégation de peptides amyloïdes (A $\beta$ ), et les dégénérescences neurofibrillaires constituées d'agrégats intraneuronaux de protéines tau hyper-phosphorylées. Le cholestérol joue un rôle central dans la physiopathologie de la MA. En particulier, l'allèle  $\epsilon$ 4 du gène codant l'apolipoprotéine E (ApoE), transporteur cérébral du cholestérol, est le principal facteur de risque génétique des formes sporadiques de la MA. La quantité de cholestérol est plus élevée dans les cerveaux de patients atteints de la MA, et nous avons montré que le cholestérol s'accumule dans les plaques séniles. Lorsque nous augmentons le cholestérol membranaire de neurones primaires en culture, nous détectons une relocalisation des protéines APP (précurseur des peptides A $\beta$ ) et BACE1 (une des enzymes qui clive l'APP) dans les radeaux lipidiques. Les radeaux lipidiques sont des structures nanométriques de la membrane qui sont enrichies en cholestérol et dans lesquels les protéines diffusent moins. Ce sont aussi des plateformes d'endocytose de protéines membranaires. Après relocalisation les complexes APP-BACE1 sont internalisés dans les endosomes, organites subcellulaires dans lesquels les peptides A $\beta$  sont produits. Enfin, nous montrons une forte augmentation de sécrétion de peptides A $\beta$ . L'APP ayant un site de liaison du cholestérol, nous avons récemment généré des mutants de ce site de liaison. Certains produisent beaucoup moins de peptides A $\beta$ 42 qui s'agrègent dans la maladie d'Alzheimer. Il y aurait donc un lien entre le site de liaison du cholestérol sur l'APP et la production de peptides A $\beta$ .

Parallèlement, nous avons montré que des cultures primaires de neurones exprimant l'ApoE4 sécrètent en plus grande quantité les peptides A $\beta$  comparé à des neurones exprimant l'ApoE3. De plus les neurones ApoE4 expriment plus fortement les protéines tau et phospho-tau, mais plus faiblement l'ApoE par rapport aux neurones ApoE3. Enfin les neurones ApoE4 ont des taux de cholestérol intracellulaire plus faibles que les ApoE3 alors que le cholestérol extracellulaire produit par les neurones ApoE4 est plus élevé.

Nous montrons le rôle central du cholestérol et de l'ApoE4 sur la production de peptides A $\beta$  et le développement de la maladie d'Alzheimer.

### O502 - ANOMALIES LIPIDIQUES ET MANIFESTATIONS CLINIQUES DANS LA SCHIZOPHRÉNIE

AUTEUR : Dr. Philippe NUSS

Il est connu de longue date que le cerveau est un organe dont la teneur en lipides est importante (environ 70 %) et que la membrane plasmique au travers de laquelle a lieu une quantité innombrable de phénomènes biologiques est composée de phospholipides et de cholestérol. Ce n'est pourtant qu'assez récemment - et encore timidement - que les travaux scientifiques ont mis en évidence l'importance des lipides structuraux dans les maladies mentales.

Ce domaine est très vaste. Il concerne d'une part la composition cérébrale en lipides dont on sait maintenant qu'elle a une spécificité locorégionale très précise - et une génétique encore à explorer. Des techniques sophistiquées d'imagerie en IRM du phosphore ou en tenseur de diffusion mettent en évidence certaines caractéristiques lipidiques cérébrales chez les sujets souffrant de pathologies mentales. Les recherches ont aussi mis en évidence des anomalies lipidiques structurales membranaires générales à l'ensemble de l'organisme, mais dont le retentissement cérébral est particulièrement important. Cette approche a permis d'étudier sur des cellules périphériques des anomalies possiblement présentes dans le cerveau, tout particulièrement au niveau de la synapse. Pour le lipidologue, la synapse est un exemple remarquable de machinerie de signalisation au sein de la laquelle les lipides membranaires jouent un rôle crucial. Cela concerne notamment les phénomènes de vésiculation présynaptique permettant le stockage de neurotransmetteurs, de fusion des vésicules à la membrane, mais aussi du rôle des lipides membranaires vis-à-vis du comportement et de l'activité des protéines, notamment réceptrices, qui s'y trouvent logées (interaction lipides/protéines).

Depuis la découverte de l'anandamide qui est un des ligands lipidiques naturels des récepteurs CB1 cérébraux, puis de la classe plus vaste des endocannabinoïdes, et maintenant d'un nombre important de lipides de signalisation, tout un champ parallèle du dialogue intercellulaire et interrégional cérébral s'est ouvert montant sa complémentarité avec celui, plus connu, des neurotransmetteurs.

Par ailleurs, les lipides sont impliqués dans de nombreux processus l'homéostatiques de l'organisme qu'il s'agisse de l'inflammation, mais aussi de l'équilibre redox dans la gestion du stress oxydatif cellulaire. On sait à quel point ces deux processus sont impliqués dans le maintien de la chronicité des pathologies mentales. Enfin, le cholestérol, dont le rôle est capital pour la fluidité et la compartimentation des membranes en domaine, est aussi fortement impliqué dans le fonctionnement cérébral. Il l'est indirectement via les sels biliaires dans les processus d'absorption intestinale en interaction avec le microbiote et l'axe entéro-cérébral. Il l'est aussi, plus directement, particulièrement via la synthèse de la vitamine D et des hormones sexuelles.

Plusieurs angles d'approche sont nécessaires pour comprendre l'application aux pathologies mentales de la lipidomique structurale (par opposition à celle métabolique). C'est sans doute ce qui a rendu plus ardue son exploration. Aux connaissances chimiques doivent s'associer des connaissances physiques (chimie physique) mais aussi son application dans la chimie du vivant (biophysique et biochimie). Passer de phénomènes de l'ordre du nanomètre à la physique membranaire, renverser des dogmes concernant le passage passif de protéines au travers des membranes supposées infranchissables, passer de la neurotransmission à la neuromodulation, imaginer les liens entre ces phénomènes et l'expérience vécue par le malade est un challenge enthousiasmant dans le champ de la lipidomique appliquée aux pathologies mentales. Tout cela nécessite une réelle interdisciplinarité et un intérêt commun des chercheurs et cliniciens porté aux pathologies mentales.

La schizophrénie est un exemple remarquable de l'apport de la lipidomique à la compréhension du trouble et de ses manifestations cliniques. Les pistes actuelles de recherche concernant ce trouble seront présentées.



# La psychiatrie dans un monde en sursauts : quelles réponses ?

## STRESS, ASPECTS PHYSIOLOGIQUES ET PSYCHOPATHOLOGIQUES

### O601 - SUSCEPTIBILITÉ ET RÉSILIENCE AU STRESS SOCIAL : ADAPTATIONS MOLÉCULAIRES DANS LE SYSTÈME LIMBIQUE

AUTEUR : Dr. Vincent VIALOU, PhD  
INSERM, UMRS 952, CNRS UMR 7224, Université Pierre et Marie Curie, Paris, France

La plasticité neuronale joue un rôle important dans le développement des symptômes négatifs liés au stress mais aussi, sous d'autres formes, à la résilience au stress. En utilisant le modèle de défaite sociale chronique chez la souris, nous avons mis en évidence dans les régions limbiques (cortex préfrontal médian et noyau accumbens) des modifications moléculaires essentielles à l'adaptation au stress. En utilisant  $\Delta$ FosB comme marqueur d'activation neuronale, j'ai tout d'abord mis en évidence un pattern d'activation des structures corticales et sous-corticales distinct entre souris susceptibles au stress social et les souris résilientes. J'ai pu montrer que l'induction de  $\Delta$ FosB dans le noyau accumbens est nécessaire et suffisante pour la résilience.  $\Delta$ FosB est également requis pour les effets thérapeutiques de la fluoxétine. Les effets de  $\Delta$ FosB sont assurés par l'induction de la sous-unité GluR2 du récepteur AMPA au glutamate, diminuant ainsi la sensibilité du neurone au glutamate. À l'inverse, l'induction de  $\Delta$ FosB dans le cortex préfrontal favorise la susceptibilité au stress. Cet effet est assuré par une augmentation des taux du récepteur à la cholecystokinine (CCK-B). Alors que le blocage des récepteurs CCK-B induit un phénotype résilient, la libération de CCK dans le cortex préfrontal est directement impliquée dans les effets anxiogéniques et pro-dépressifs du stress social. Dans ce projet, j'ai utilisé une double approche, pharmacologique et optogénétique, afin de disséquer les voies corticales impliquées dans le rôle pro-dépressif et anxiogénique de la cholecystokinine (CCK). J'ai injecté directement dans le cortex préfrontal la CCK et stimulé (à l'aide de la channelrhodopsine injectée dans le cortex préfrontal) les voies corticales projetant soit vers le noyau accumbens, soit vers l'amygdale, deux structures sous-corticales impliquées dans la régulation des émotions et la réponse au stress. J'ai ainsi pu établir que la stimulation des projections cortico-amygdaloïdes bloque les effets anxiogéniques de la CCK mais pas le déficit d'interaction sociale. Par contre, la stimulation des projections cortico-accumbales est suffisante pour inverser l'aversion sociale et l'anhédonie mais pas l'anxiété observée dans le test de croix surélevée. Ces résultats indiquent que l'aversion sociale et l'anxiété induite par le stress social sont assurées par des adaptations moléculaires, en particulier  $\Delta$ FosB et CCK au travers de projections corticales spécifiques vers l'amygdale et le noyau accumbens. Les adaptations à long-terme dans le système limbique contribuent aux maladaptations induites par le stress de défaite sociale. La compréhension des mécanismes biologiques adaptatifs permettant la résilience pourrait permettre le développement de nouvelles cibles thérapeutiques.

### O602 - STRESS ET RÉSISTANCE AUX ANTIDÉPRESSEURS

AUTEUR : Pr. Catherine BELZUNG

La dépression majeure est un problème grave de santé publique. En effet, d'après l'Organisation Mondiale de la Santé, ce sera la première cause d'invalidité dans le monde à l'horizon 2030. Ces chiffres alarmants sont entre autres liés à l'inefficacité des pharmacothérapies actuelles qui sont essentiellement basées sur l'utilisation de composés stimulant la neurotransmission sérotoninergique et/ou noradrénergique. En effet, on observe que ces traitements sont inefficaces chez la moitié des patients environ. Des progrès dans ce champ peuvent reposer sur :

- la compréhension des mécanismes d'actions ultimes des pharmacothérapies classiques,
- l'étude des mécanismes ultimes sous tendant l'action des thérapies alternatives, utilisées chez les patients pharmacorésistants, comme par exemple les traitements par neurostimulation,
- des modèles théoriques.

Nous présenterons des données suggérant que les antidépresseurs reversent l'effet délétères du stress dans l'hippocampe. Dans le cas où la symptomatologie dépressive n'est pas induite par le stress ou n'est pas due à un déficit dans l'hippocampe, d'autres alternatives thérapeutiques doivent être proposées, ciblant un autre circuit cérébral impliquant le cortex préfrontal et le noyau accumbens.





## O603 - UN AN ET DEMI APRÈS LE BATACLAN : OÙ EN SONT LES BLESSÉS PSYCHIQUES ?

AUTEURS : Dr. Philippe NUSS et Dr. Youri YORDANOV

Le suivi post-traumatique immédiat des personnes se trouvant au Bataclan lors de l'attentat de novembre 2015 nous a fait découvrir la richesse et l'originalité des manifestations cliniques apparues dans les semaines et mois qui ont suivis l'épisode traumatique. Parmi les caractéristiques les plus passionnantes, il nous est apparu que les manifestations cliniques affectives ou comportementales présentes chez les sujets traumatisés - bien qu'apparemment semblables à celles observées en clinique quotidienne - semblaient résulter d'une psychopathologie différente. Un peu comme s'il s'agissait davantage, dans un grand nombre de cas, de l'expression d'un processus de réaménagement psychique original qui empruntait des manifestations cliniques connues chez la plupart des sujets que nous suivons habituellement, mais avec une finalité et une palette expressive plus variée.

Avec le recul d'un an et demi, on observe peu dans nos consultations de tableaux cliniques structurés de dépression ou de troubles anxieux. Certains sujets, rares, présentent des signes d'état de stress post-traumatique. En revanche, parmi les patients que nous suivons toujours et dont le fonctionnement est apparemment satisfaisant, de nouveaux paramètres cliniques nécessitent une prise en charge patiente et un soutien psychothérapeutique important. On citera un besoin de rencontres longues et assez fréquentes, une tendance à la prise de poids, des relations profondément modifiées dans le couple, mais aussi vis-à-vis des parents, des amis, une impression de perte de repères, un questionnement professionnel. Bien que non obligatoirement en rapport avec l'épisode traumatique, ces manifestations y sont rapportées, parfois figurées par les sujets comme résultant du « corps mort » qu'ils devront désormais porter. Une rapide vignette clinique illustrera quelques caractéristiques originales de cette clinique post-traumatique tardive.

## O604 - ATTENTATS ET FASCINATIONS

AUTEURS : Médecin-Chef Hugues LEFORT et Psychologue de Classe Normale Matthieu PETITCLERC

Secourir des victimes et braver le danger symbolisent ce qui est bien souvent à l'origine de l'engagement et de la vocation du métier de sapeur-pompier (SP). Le SP est formé pour répondre aux sollicitations de ses concitoyens en détresse et anticiper au mieux les dangers auxquels il peut être exposé. Le paradoxe reste qu'il ne maîtrise rien de la survenue d'événements exceptionnels tels que des attentats et ne peut en prédire les conséquences pour les victimes comme pour lui-même, notamment dans le champ du psychotraumatisme. Ainsi, la fascination du SP pour le danger, et par extension pour le caractère morbide qui parfois en découle, peut être considérée comme une tentative d'appréhender « indirectement » des risques physiques et psychiques inhérents au métier. En effet, ces risques restent souvent difficilement objectivables avant que le SP n'y soit lui-même confronté.

Les attentats du 13 novembre 2015, de par la violence intentionnelle inouïe qu'ils ont pu générer, ont soudainement mis en évidence les risques tant physiques que psychiques pourtant régulièrement encourus par les professionnels du secours à personnes. La probabilité qu'un certain nombre d'intervenants fasse l'expérience de difficultés transitoires ou durables justifiait une organisation particulière des dispositifs de prévention et de soins impliquant la systématisation de mesures à leur intention.

Quelles spécificités du dispositif de soutien médico-psychologique mis en place par la Brigade de Sapeurs-Pompiers de Paris (BSPP) à la suite des attentats du 13 novembre 2015 ? Comment dépasser la fascination « morbide » que ces attentats peuvent exercer sur le SP ? Quand le traumatisme vient questionner le sens et la pertinence des actions du SP, qui viendra réaffirmer le sens des valeurs d'entraide et d'altruisme que ce dernier incarne ?

## PSYCHIATRIE ET MALADIES SOMATIQUES

### O701 - LES DIFFÉRENTS VISAGES DE LA DÉPRESSION EN PSYCHIATRIE DE LIAISON

AUTEUR : Dr. Bluenn QUILLEROU  
Praticien Hospitalier  
Responsable de la psychiatrie de liaison et des urgences psychiatriques  
Service de psychiatrie adulte du Pr. PERETTI  
Hôpital Saint Antoine, 184 rue du Faubourg Saint Antoine 75012 Paris

La psychiatrie de liaison est apparue en 1902 avec la création d'un service de psychiatrie, à Albany, au sein de l'hôpital général. Le rôle de cette discipline de la psychiatrie est multiple : évaluer les patients hospitalisés dans les services de somatique, accompagner la prise en charge de patients présentant des troubles psychiatriques dans ces services, former les équipes à la prise en charge des patients connus de la psychiatrie, faire de la recherche... Ce domaine de la psychiatrie s'est considérablement développé au cours des dernières décennies.

Ainsi les équipes des différentes unités de soins somatiques font très souvent appel au psychiatre de liaison. Le motif le plus fréquent est celui « d'une suspicion de syndrome dépressif », parce que le patient pleure, qu'il est triste, asthénique... Il s'agit plus souvent de troubles de l'adaptation ou simplement de réaction adaptée que de véritables syndromes dépressifs.

Si le psychiatre de liaison vient donner des avis pour des patients hospitalisés, il est très souvent interpellé et confronté à la souffrance des équipes soignantes. La dépression en psychiatrie de liaison prend donc de nombreux visages : celui d'un trouble de l'adaptation ou d'une simple tristesse adaptée à la situation, celui de véritables patients déprimés hospitalisés dans les services de MCO, mais aussi celui de la dépression et de l'épuisement des équipes soignantes.

# La psychiatrie dans un monde en sursauts : quelles réponses ?

## O702 - LA DÉPRESSION : UN FACTEUR PRONOSTIC POUR LES PATHOLOGIES CHRONIQUES ?

AUTEUR : Dr. Jean-Victor BLANC, Chef de Clinique Assistant, Service de Psychiatrie et de Psychologie médicale de l'adulte, Hôpital Saint-Antoine, Université Paris VI, UPMC.

La dépression, par son importante prévalence, peut être co-morbide de nombreuses pathologies. S'il est établi qu'un trouble dépressif peut péjorer la prise en charge d'une maladie chronique, les intrications entre santé mentale et physique sont multiples et complexes. Nous illustrerons ce propos à travers les comorbidités dépressives et cardiovasculaires, puis avec les liens entre trouble dépressif et VIH.

La cooccurrence de pathologies cardiovasculaires et troubles dépressifs est particulièrement fréquente. Mais ne s'agit-il que d'une association statistique du fait de leur forte prévalence, ou des liens plus étroits peuvent être dessinés, notamment en terme pronostic ? Par ailleurs, la crainte des effets cardiotoxiques de certains psychotropes privent parfois les patients du traitement ad hoc. Mais ces préventions sont-elles fondées ?

Les Personnes Vivant avec le VIH (PVVIH) sont 5 fois plus à risque de présenter un trouble dépressif. Ce surrisque est multifactoriel, d'origine inflammatoire, iatrogène mais également psychosocial. À l'heure où l'infection par le VIH est de l'ordre de la maladie chronique, la santé mentale des PVVIH peut être la clé de voute de la prise en charge. Mais, en amont de la séroconversion, une fragilité dépressive ne pourrait-elle pas être exprimée ?

Nous verrons comment s'articulent ces enjeux au travers de vignettes cliniques et à la lueur de l'état de la littérature récente.

## SCHIZOPHRÉNIE : DONNÉES RÉCENTES

### O801 - ATTEINTES COGNITIVES ET INFLAMMATION DANS LA SCHIZOPHRÉNIE

AUTEUR : Dr. Guillaume FOND  
Clinique Jeanne d'Arc Hôpital Privé Parisien

Les troubles cognitifs sont les troubles les plus invalidants dans la schizophrénie. Aucun traitement pharmacologique n'est disponible à ce jour et la remédiation cognitive reste le traitement de référence. Une étude nationale multicentrique Française a montré récemment que la présence d'une inflammation périphérique de bas-grade (définie par une hs-CRP > 3mg/L) était associée à des troubles cognitifs plus marqués chez les patients stabilisés souffrant de schizophrénie. Pour la première fois se dessine une piste thérapeutique étiologique. Des études en cours tentent de déterminer si le fait d'améliorer l'inflammation périphérique de bas-grade pourrait permettre d'améliorer les troubles cognitifs, par l'ajout d'anti-inflammatoires (omégas 3, aspirine) au traitement usuel ou par l'amélioration des sources potentielles d'inflammation périphérique, parmi lesquelles on peut citer les traitements psychotropes (antipsychotiques et antidépresseurs), les infections, la graisse périviscérale, le microbiote intestinal, le régime alimentaire, l'activité physique et la consommation de tabac. Les troubles inflammatoires sont également liés au stress oxydatif et au métabolisme de la vitamine D, deux autres pistes prometteuses dans le traitement de la schizophrénie. Une meilleure caractérisation des perturbations inflammatoires des patients semble nécessaire pour pouvoir orienter des thérapies innovantes étiologiques dans le cadre d'une médecine de précision.

### O802 - STIMULATIONS MAGNÉTIQUES DANS LA SCHIZOPHRÉNIE

AUTEUR : Dr. Marion PLAZE

Technique thérapeutique innovante, la stimulation magnétique transcrânienne est étudiée dans le traitement de la schizophrénie depuis maintenant 18 ans. Quels bilans peut-on en tirer ? Quelle place doit-elle avoir dans l'arsenal thérapeutique ? A quel(s) stade(s) du trouble schizophrénique peut-on proposer ce traitement ? Quelles innovations permettront éventuellement d'améliorer son efficacité ?

## PSYCHOTHÉRAPIES

### O901 - TECHNIQUES NARRATIVES EN PSYCHOTÉRAPIE

AUTEUR : Dr. Marie-Victoire CHOPIN

Notre identité est construite par nos relations et les histoires que nous nous racontons à leur propos. Cette hypothèse est au cœur de l'approche narrative proposée par Michael White et David Epston. Dans un premier temps, la méthode consiste à aider le patient à déconstruire des relations de pouvoir dans lesquelles celui-ci se sent bloqué. Dans un second temps, le patient est invité à reconstruire des histoires alternatives qui permettent de retrouver un équilibre et à renouer avec ses rêves et aspirations. Un des grands points forts de l'approche narrative est de savoir guider l'individu dans la recherche et la re-connexion avec ses ressources cachées, celles qui n'ont pas été prises en compte au regard de leur histoire « dominante ».



## O902 - NOUVELLES DONNÉES SUR LA MÉDITATION EN PLEINE CONSCIENCE

AUTEUR : Dr. Christine BAROIS

Après un bref rappel de ce qu'est la méditation de pleine conscience, de ses effets sur la santé, sur la dépression, une courte revue des publications en psychiatrie, seront abordés les effets sur le PTSD.

Le syndrome de stress post traumatique provoque des troubles cognitifs : les capacités de flexibilité mentale (shift), de mise à jour (updating) et d'inhibition sont perturbées.

Le renforcement des capacités attentionnelles vise à diminuer l'anxiété généralisée ou la phobie sociale, en abaissant les reviviscences traumatiques par l'entraînement au désengagement cognitif et une réduction des stratégies inopérantes.

La métacognition, en développant la capacité à observer sans jugement conduit à réduire l'évitement émotionnel, cognitif ou sensoriel ce qui permet une exposition avec prévention de réponse en dehors et lors du retraitement du souvenir traumatique.

D'autres thérapies associant pleine conscience avec d'autres stratégies ont des effets notables sans pour autant être spécifiques : MBCT (thérapie cognitive basée sur la pleine conscience), la thérapie ACT (thérapie d'acceptation et d'engagement).

## ACTUALITÉ DE LA PSYCHIATRIE LÉGALE

### O1001 - PRISE EN CHARGE EN MILIEU CARCÉRAL DES PERSONNES DÉTENUES RADICALISÉES

AUTEUR : Dr. Anne-Hélène MONCANY, pôle de psychiatrie et conduites addictives en milieu pénitentiaire, Centre Hospitalier Gérard Marchant, Toulouse

L'actualité récente a mis sur le devant de la scène sociétale les phénomènes de radicalisation, posant plusieurs questions centrales. Qui sont les personnes radicalisées et parmi elles celles à risque de passage à l'acte ? Quel repérage, quelle prévention, quelle prise en charge peut on mettre en place ? Quelle est la place de la prison dans ce phénomène, considérée par certains comme source de radicalisation, par d'autres comme un outil permettant la « déradicalisation » d'individus dangereux ? Ces débats nécessitent tout d'abord une extrême précision dans les mots utilisés : qu'appelle-t-on un détenu radicalisé ? Est-ce une personne condamnée et incarcérée pour des actes en lien avec sa radicalisation, une personne en voie de radicalisation ou considérée comme à risque du fait d'une certaine vulnérabilité, de comportements, de fréquentations repérées en détention ? Quels sont les liens avec la religion, le terrorisme, la folie ? La radicalisation en prison est-elle spécifique, différente du milieu libre ? Faut-il créer des unités dédiées ou au contraire isoler les personnes radicalisées ? L'accompagnement doit-il être volontaire ou imposé ? Enfin et c'est une question centrale, quelle est la place et le rôle des différents acteurs intervenants en milieu pénitentiaire, surveillants, conseillers pénitentiaires d'insertion et de probation, magistrats, représentants du culte, enseignants, éducateurs, et plus particulièrement en ce qui nous concerne médecins et soignants ? Cette dernière interrogation pose la question de l'existence de liens entre radicalisation et troubles psychiatriques. De fait, la psychiatrie en milieu carcéral française, qui n'a cessé de se développer depuis la seconde guerre mondiale, sous la tutelle du ministère de la santé depuis 1986, est sans cesse confrontée à cette épineuse question de la prise en charge des troubles du comportement, avec la difficile mission de distinguer ce qui relève de la psychiatrie et ce qui n'en relève pas, prise dans un contexte historique et une demande sociétale qui évolue avec le temps. Actuellement articulée en 3 niveaux de soins, elle tend à se rapprocher le plus possible de la psychiatrie en milieu libre et repose sur quelques principes nécessaires à son exercice : le respect du secret professionnel, le libre consentement aux soins du patient, l'indépendance des professionnels et bien sûr la nécessité éthique et déontologique de circonscrire sa mission, y compris sur des questions aussi sensibles que la radicalisation.

Ainsi, si certains auteurs ébauchent des réponses, font la distinction entre patients psychotiques dont les délires s'imprègnent de l'air du temps, personnes présentant troubles de la personnalité et difficultés identitaires, et individus radicalisés ne présentant pas de trouble psychiatrique, tous rappellent la nécessaire articulation entre les disciplines dans le respect du champ de compétence de chacun.

### O1002 - TYPOLOGIE DU TERRORISME, UNE APPROCHE PSYCHOCRIMINOLOGIQUE

AUTEUR : Dr. Mathieu LACAMBRE, psychiatre CHU Montpellier

Le terrorisme est un acte de violence qui a pour principale vocation de susciter la terreur. Comment, par qui, pourquoi ?

Un passage à l'acte terroriste s'inscrit dans le corps social, c'est pourquoi ses déterminants psychocriminologiques varient selon le contexte historique, politique, culturel, religieux, économique et social d'une communauté. Les typologies de crime et de criminels varient selon les facteurs suscités mais aussi selon la personnalité de l'auteur (immature, psychopathe, psychotique ou pervers), et du mode opératoire (attaque kamikaze, spree killer, décapitation...). L'approche nord-américaine oppose des cellules dormantes organisées versus des loups solitaires ; alors que l'approche francophone s'intéresse au processus dynamique qui conduit à la destruction des autres avec et grâce à soi, depuis la polarisation vers la radicalisation puis l'engagement violent direct ou indirect (Okomba- Deparice, 2015). Organisateur, administrateur ou soldat-kamikaze, différents profils émergent selon les auteurs. Les cinq profils décrits par Bouzar et Caupenne (Rapport du CPDSI, 2014) paraissent particulièrement pertinents : Call of duty, Zeus, Lancelot, Porteur d'eau et Mère Thérèse. Et quelques soient les approches, des points communs apparaissent pour éclairer la trajectoire de ces femmes et de ces hommes en particulier kamikazes : en mal d'identité et en quête d'appartenance, ils décident de donner, par leur mort associée à celle des membres du groupe auquel ils adressent leur message, un sens à leur vie. Inversant ainsi la quête de sens, car c'est précisément l'absence de sens d'un éprouvé, laissant la douleur en suspend, qui ouvre la voie au psychotrauma et à la terreur... pour ceux qui survivent.

# La psychiatrie dans un monde en sursauts : quelles réponses ?

## ATELIERS

### A1 - ADDICTOLOGIE : CONNAITRE ET COMPRENDRE LES NOUVEAUX USAGES DE DROGUES

AUTEURS : Dr. Samira DJEZZAR et Dr. Anne BATISSE  
Centre d'Évaluation et d'Information sur la Pharmacodépendance et centre d'Addictovigilance de Paris

**Contexte :** Nouvelles substances psychoactives, nouveaux produits de synthèse, designer drugs, legal high, smart drugs, research chemicals, party pills ? Ces diverses appellations regroupent l'idée pharmacologique d'une molécule un peu modifiée, assez voisine de celle qu'elle imite pour avoir des effets proches, mais assez différente pour pouvoir contourner la législation. L'Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime (ONUDC) désigne sous les termes « nouvelles substances psychoactives » (NPS), toute substance pure ou en préparation, consommée à des fins abusives, n'étant contrôlée ni par la Convention unique des Nations Unies sur les stupéfiants de 1961, ni par la Convention des Nations Unies sur les substances psychotropes de 1971, et qui peut représenter une menace pour la santé publique. Le terme « nouvelles » ne se réfère pas nécessairement à un développement récent de la substance, mais souvent à sa réémergence récente sur le marché récréatif des drogues. L'apparition de ces « NPS » modifie pour la première fois de façon profonde le monde des drogues qui passe d'une dizaine de produits à plusieurs centaines (650 produits ou combinaisons de produits ont été identifiés comme NPS par le projet européen ReDNet). L'aire d'Internet a largement contribué à modifier fondamentalement le marché des drogues avec des prix attractifs et un accès facile, inépuisable et mondial.

**Objectifs :** Notre atelier a pour objectif de faire connaître les NPS, leurs contextes d'usage et les risques associés à travers les données d'Addictovigilance en Ile de France, de présenter les outils de veille sanitaire créés par le réseau national d'Addictovigilance pour la surveillance du phénomène et la détection des signaux. Enfin l'atelier permettra de présenter une étude d'évaluation de réduction des risques et des dommages spécifique à l'usage des NPS mise en place par le CEIP-A de Paris.

À travers des exemples concrets, cet atelier offrira aux professionnels un espace d'expression de leurs propres expériences et permettra le partage de propositions afin d'améliorer nos pratiques et notre collaboration avec les équipes pluridisciplinaires.

### A2 - LES PSYCHOSES DÉBUTANTES

AUTEUR : Dr. Jean-Victor BLANC, Chef de Clinique Assistant, Service de Psychiatrie et de Psychologie médicale de l'adulte, Hôpital Saint-Antoine, Université Paris VI, UPMC.

Les premiers épisodes psychotiques sont actuellement au cœur de nombre de recommandations internationales. En effet, leur détection et prise en charge colorent toute la suite de la prise en charge, en tant que premier contact avec la psychiatrie.

Se situant encore plus en amont, le concept d'état mental à risque de transition psychotique interroge une clinique particulière, entre prévention et évaluation pronostique. L'objectif de cet atelier est, à travers des vignettes cliniques, de synthétiser les dernières recommandations mais aussi de rappeler les réseaux de soins spécifiques existants afin d'optimiser la prise en charge de ces patients.

### A3 - MINDFULNESS : INITIATION À LA MÉDITATION EN PLEINE CONSCIENCE

AUTEUR : Mme Soizic MICHELOT

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 l'atelier sera consacrée aux questions des participants.

### A4 - COMMENT FAVORISER L'ADHÉRENCE AU TRAITEMENT DANS LA PSYCHOSE ?

AUTEUR : Dr. Marie-Noëlle VACHERON. CHSA. Secteur 75G13

L'adhérence se définit comme étant l'adéquation entre le comportement du patient et la prescription qui lui est proposée. En d'autres termes, c'est le fait de prendre son traitement 75 à 80 % du temps dans les publications les plus récentes. De nombreux travaux font état de pourcentages d'adhérence entre 40 et 60 %, 75 à 90 % des patients selon les études devenant non adhérents un à deux ans après leur sortie d'hôpital (Valenstein 2006). Une mauvaise adhérence est liée à un certain nombre de facteurs dont une durée de psychose non traitée longue, un mauvais insight, une rémission symptomatique partielle. Les conséquences sont une évolution péjorative de la maladie avec augmentation du taux de rechute, de ré-hospitalisation et de suicide, un contrôle insuffisant des symptômes, une altération du fonctionnement, un délai plus long pour la rémission, une aggravation des troubles cognitifs, et une augmentation des coûts. Ainsi l'adhérence partielle ou nulle a été identifiée comme étant le facteur de risque de rechute le plus important chez les patients présentant un premier épisode psychotique. (Alvarez Jimenez 2014; Firth 2016; Berry 2016). De nombreuses interventions pour améliorer l'adhérence ont été développées (Haddad 2014). Dans cet atelier nous nous proposons d'aborder ces différentes questions.

Valenstein M. J Clin Psychiatry 2006, 67

Alvarez Jimenez. Schizo bull 2014, 156 (1).

Firth J Schizo bull 2016; 42(2): 448-55.

Berry N. J Med Internet Res 2016, 18(5).

Haddad PM. Patient relat Outcome meas 2014, 23: 5





## A5 - SEXOLOGIE – CAS CLINIQUE

AUTEUR : Dr. Alexandre THOMIN  
HOPITAL SAINT ANTOINE - 184 Rue du Faubourg Saint Antoine - 75012 PARIS

L'enseignement de la sexologie est absent du cursus médical classique. Malgré le fait que la pratique sexuelle ne soit pas vitale à l'être humain, elle reste un élément prépondérant au bien être quotidien. L'objectif de la psychiatrie moderne s'oriente vers l'amélioration et/ou la conservation de la qualité de vie du patient. La prise en charge des troubles sexuels se devrait d'être de première importance.

En effet, la souffrance morale engendrée par ceux-ci est souvent méconnue. Le patient comme le praticien n'osent pas aborder ce domaine relevant de l'intimité profonde. Démuni quant aux possibilités de réponses à offrir à son interlocuteur, le psychiatre choisira le plus souvent un abstentionnisme certes bienveillant mais insuffisant. Selon plusieurs études cliniques, l'apparition de dysfonctions sexuelles reste actuellement la deuxième cause de non observance de prise de psychotropes chez nos patients.

Nous vous proposons donc au travers de quelques cas cliniques d'aborder les problématiques sexologiques les plus souvent rencontrées, telles que la dysfonction érectile chez l'homme, la perte du désir dans le couple, ou bien "quid de dépression et sexualité".

Par cet atelier participatif, nous vous entraînerons à l'identification de ces problématiques, à en quantifier et reformuler la souffrance résultante afin d'offrir une réponse informative et thérapeutique à votre patientèle ou à l'orienter sur un réseau spécialisé.

## A6 - NOUVELLE PRISE EN CHARGE DES TROUBLES ANXIEUX : MÉDECINE THERMALE ET APPROCHE PSYCHOCORPOREL - FAITS ET PREUVES

AUTEUR : Dr. Olivier DUBOIS  
Clinique de Saujon

La Médecine Thermale est une approche originale et adaptée dans la prise en charge des troubles anxieux, dépressifs et dans certains cas d'addictions (sevrage benzodiazépines).

Les techniques les plus utilisées sont la crénothérapie et la balnéothérapie. Elles sont basées à la fois sur une dimension technique du soin mais également psychologique et relationnelle dans un environnement holistique et rassurant.

Ces dernières années, les preuves de l'efficacité de la crénothérapie utilisée dans le cadre d'une cure thermale de 3 semaines, ont été apportées dans la prise en charge des troubles anxieux généralisés sur une durée de 2 mois (étude STOP TAG – Olivier Dubois, Roger Salamon, Jean-Pierre Olié, et al. Complementary Therapies in Medicine, 2010), des troubles dépressifs à 6 mois (Constant et al, France 1996, Presse Thermale et Climatique), l'amélioration de la qualité de vie à 4 mois (Encéphale 2011- Hors série3, 12-14. Intérêt de la crénothérapie sur la qualité de vie de patients souffrant de trouble anxieux généralisé, Patrick Martin) et le sevrage des benzodiazépines (étude SPECTH, Pierre de Maricourt, Jean-Pierre Olié, Olivier Dubois. Balneotherapy Together with a Psychoeducation Program for Benzodiazepine Withdrawal : A feasibility Study).

La balnéothérapie semble également efficace dans le traitement de la douleur chronique. Elle est recommandée par l'European League Against Rheumatism Disorder. Une nouvelle étude menée par l'université de Poitiers (Pr. JAAFARI) vise à analyser l'impact de la cure au niveau de l'activité de l'insula chez les anxieux chroniques comparativement à un médicament de référence de l'anxiété pathologique.

Un autre travail devrait se mettre en place. Il portera sur l'intérêt de l'association balnéothérapie et TCC dans les troubles du sommeil.

Outre son approche thérapeutique, le séjour en cure thermale permet la mise en place de protocoles à visée psychoéducative.

À partir d'approches TCC, particulièrement exploitables pour des séjours de 3 semaines, notamment pour des pathologies anxieuses ou dépressives, a été mis en place à la station thermale de Saujon, un modèle innovant : l'Ecole Thermale du Stress (ETS), pour valoriser des protocoles en psychiatrie.

Ces prises en charge assurées, dans le cadre de l'ETS, sont particulièrement adaptées aux maladies (psychiatriques) de la société moderne marquées par la chronicité et la résistance aux traitements traditionnels et pour lesquels des alternatives thérapeutiques sont souvent recherchées.

## A7 - PSYCHOSE DE SUPERSENSIBILITÉ

AUTEUR : Pr. Guy CHOUINARD

Le traitement de première ligne des désordres psychotiques demeure les antipsychotiques avec des propriétés antagonistes des récepteurs dopaminergiques de la famille type 2 (D2). Cependant, leur administration de longue durée peut induire une augmentation de régulation (upregulation) de récepteurs dopaminergique D2 et produire une supersensibilité de ces récepteurs, qui se manifeste par une supersensibilité comportementale à la stimulation par la dopamine chez l'animal, et chez l'homme par des mouvements anormaux et la psychose de supersensibilité (PS). La psychose de supersensibilité (PS) induite par les antipsychotiques fut d'abord décrite comme une émergence de symptômes psychotiques accompagnée de dyskinésies tardives et d'une chute de prolactine suite à une discontinuation ou diminution des antipsychotiques anti-dopaminergique D2. Dans la période des antipsychotiques première génération, 4 caractéristiques cliniques furent décrites pour la psychose de supersensibilité induite par médicaments : rechute rapide suite à la cessation/diminution ou changement des antipsychotiques, tolérance médicamenteuse aux effets bénéfiques observés antérieurement, co-apparition avec des mouvements anormaux, et exacerbation par les stressors de la vie courante. Dans la période des antipsychotiques deuxième génération, trois études récentes (n=505) sur les taux de prévalence de la psychose de supersensibilité (PS) et sur son lien avec la résistance aux antipsychotiques seront présentées. Ces études ont montré que les taux de prévalence de la psychose de supersensibilité sont demeurés à 30 % pour la schizophrénie et ont augmenté à 70 % chez les malades avec résistance thérapeutique. Nous allons également revoir les critères diagnostiques de la psychose de supersensibilité. La prévention première est la détection précoce des mouvements anormaux légers ou même douteux (borderline) à la fois pour la dyskinésie tardive et la psychose de supersensibilité. Enfin, nous allons décrire les trois syndromes de sevrage associés aux antipsychotiques de seconde génération, qui sont semblables aux trois syndromes de sevrage associés aux autres psychotropes.

# La psychiatrie dans un monde en sursauts : quelles réponses ?



LIVRE D'ABSTRACTS  
COMMUNICATIONS POSTERS



## P01 - APPORT DE LA MÉDITATION MINDFULNESS POUR LES THÉRAPEUTES EN SANTÉ MENTALE : ÉTUDE LONGITUDINALE PROSPECTIVE

AUTEURS : COLOMBEL Marine 1 2, DELAMILLIEURE Pascal 2, SIXOU Jean 1.

1 Etablissement public spécialisé en santé mentale, Etampes.  
2 Centre Esquirol, Centre Hospitalier Universitaire de Caen.

### Introduction :

La méditation Mindfulness est une psychothérapie appartenant à la troisième vague des thérapies cognitivo-comportementales. Elle est définie comme « Un état de conscience qui résulte du fait de porter son attention, intentionnellement, au moment présent, sans juger, sur l'expérience qui se déploie moment après moment ». Cette thérapie a montré des résultats significatifs chez les patients en développant les capacités d'empathie, de compassion et de gestion des émotions. Ces capacités sont des composantes de l'alliance thérapeutique. La mindfulness peut-elle améliorer la pratique des thérapeutes ? L'objectif de cette étude est d'évaluer l'impact de la MBCI (Mindfulness basée sur la compassion et l'insight) sur les facteurs d'alliance thérapeutique suivants : la compassion, l'empathie et les capacités d'attention du thérapeute ainsi que sur la gestion du stress des thérapeutes.

### Matériel et Méthode :

Nous avons évalué chez un groupe de thérapeutes les scores d'auto-compassion (échelle SCS-SF), d'empathie envers leurs patients (échelle JSPE), les capacités d'attention (échelle MAAS), l'acceptation des émotions (échelle AAQ II) et le niveau de stress (échelle DAS 21) avant et après la formation au premier cycle de MBCI. Cette formation a eu lieu à Caen, sur 10 mois (de mai 2015 à février 2016). Les moyennes à chaque échelle, avant et après la formation, ont été comparées par un test de Student.

### Résultats :

16 thérapeutes ont été inclus dans cette étude. À l'issue de la formation MBCI, la moyenne du score d'auto-compassion (échelle SCS-SF) a augmenté de 22 % ( $p < 0.01$ ). Le score de niveau de stress (échelle DAS 21) a diminué de 23 % ( $p < 0.02$ ). Tous les thérapeutes ont initié une pratique quotidienne de la méditation, avec une moyenne de 14 minutes de pratique par jour.

### Discussion - Conclusion :

Une pratique quotidienne de la méditation, même de quelques minutes, a permis une amélioration notable des capacités d'auto-compassion et de gestion du stress des thérapeutes. La méditation influence de façon bénéfique la pratique des thérapeutes. Cette étude encourage à promouvoir cette pratique chez les praticiens pour leur pratique et leur bien-être professionnel.

## P02 - GÉNÉRATION DJIHAD : LA PLACE DE LA MALADIE MENTALE DANS LA RADICALISATION ET LES TUERIES DE MASSE

AUTEUR : Annie BOYER-LABROUCHE  
Psychiatre, Toulouse

Nous allons, dans le cadre historique de l'organisation terroriste Etat Islamique rapidement dressé, étudier les techniques d'embrigadement de personnes fragiles, en les comparant aux pratiques sectaires. Nous verrons comment le système utilise les failles d'un individu pour le réduire à un objet utilisable à merci. Nous nous interrogerons aussi sur la posture professionnelle à tenir pour les intervenants du processus de déradicalisation. Nous pensons que c'est la mort qui fait lien : le « nous aimons la mort plus que vous aimez la vie » libère de la peur et peut servir de support aux pulsions suicidaires. Ainsi, la personne fragile trouve une solution à sa problématique (personnelle, sociale, maturative), au prix de l'abandon de son état de sujet, devenant ainsi étrangère à elle-même. En outre, l'EI ne se contente pas d'asservir. Il veut créer une génération entièrement nouvelle, faite d'enfants élevés dans un rigoureux endoctrinement. Ces programmes de déshumanisation ne pourront être contrés que par la pleine connaissance des processus afin de rendre à chacun son statut de sujet.

Le poster est organisé en six parties :

- la propagande, faisant écho aux failles des personnes embrigadées et utilisant les réseaux sociaux,
- la forme moderne du terrorisme avec quatre registres,
- la génération djihad, avec les problématiques identitaires,
- le parcours de radicalisation, avec un processus comprenant trois paramètres,
- la radicalisation en tant que symptôme de la problématique de l'adolescence,
- les phénomènes socio-pathologiques, avec des paramètres familiaux et des troubles des conduites.

En conclusion, une mise en perspective autour des actions à mener (déradicalisation, travail pluridisciplinaire) met en évidence la place du psychiatre.



# La psychiatrie dans un monde en sursauts : quelles réponses ?

## P03 - INTÉRÊT DES VISITES À DOMICILE CHEZ LES « RETIRANTS » ADDICTIFS AUX ÉCRANS

AUTEURS : Dr. Shadili : psychiatre coordonnateur de la Consultation Jeunes Consommateurs du CSAPA centre Emergence Espace Tolbiac 6 rue Richemont 75013 Paris  
Thibault Pannetier : Psychologue à la Consultation Jeunes Consommateurs du CSAPA centre Emergence Espace Tolbiac 6 rue Richemont 75013 Paris

Depuis 2005, les consultations jeunes consommateurs (CJC) sont des lieux d'accueil et de prise en charge spécifiquement dédiés aux conduites addictives des moins de 25 ans. Nous pratiquons au centre Emergence Espace Tolbiac un projet interdisciplinaire individualisé qui personnalise les prestations. Nous voyons émerger depuis deux-trois ans un phénomène d'auto-réclusion, semblable à celui connu au Japon depuis les années 90, chez de jeunes adolescents addictifs aux écrans et aux jeux vidéo. Les addictions aux jeux vidéo représentent actuellement 8 % de notre file active ce qui est dans la moyenne nationale (entre 2 et 12 % Dervaux 2012).

Il existe souvent une configuration familiale particulière. Devant ce fait nouveau, nous avons fait comme axe principal de travail d'« aller-vers » les patients isolés et reclus chez eux pour qui aucun projet de vie « dans la norme » ne semble avoir d'intérêt. Le but de ces visites à domicile, qui augurent une nouvelle façon de pratiquer l'addictologie, est de réaliser un travail préparatoire à un suivi ambulatoire ou à une hospitalisation temps plein de « sevrage » ou de jour. Nous nous proposons, à partir d'un cas de jeune adolescent, d'illustrer l'importance du travail d'un binôme de « visiteurs » et témoigner des multiples difficultés rencontrées dans la prise en charge de ces usagers qui ne demandent rien, et dont les parents démunis font appel à notre structure.

## P04 - CANNABIS, SCHIZOPHRÉNIE ET SUICIDE : À PROPOS D'UN CAS

AUTEURS : Dr. Aïcha Méguerba  
1°/ Pr. Yacine Bouguermouh  
2°/ Dr. Nacéra Djeraf  
3°/ Pr. Hamid Oukali

Affiliation des auteurs : Psychiatres à l'Établissement Hospitalier Spécialisé psychiatrique Frantz Fanon de Blida. Algérie.

Pour beaucoup de personnes, le cannabis reste une grande inconnue quant à ses effets réels et ses conséquences sur la santé mentale.

Le cannabis est la substance psychoactive illicite la plus consommée par les jeunes.

Des études ont confirmé la vulnérabilité des adolescents à la neurotoxicité du cannabis qui entraîne une dégradation régulière du quotient intellectuel au fil des années avec des troubles de la mémoire et de l'attention.

Il a été constaté scientifiquement que l'exposition au cannabis à l'adolescence augmente la vulnérabilité aux troubles psychotiques, en particulier les troubles schizophréniques. La consommation cannabique avant l'âge de 16 ans et la survenue de la schizophrénie à l'âge adulte sont fortement liées. Consommer du cannabis peut également aggraver les symptômes psychotiques chez les personnes déjà atteintes de schizophrénie.

Une altération des performances cognitives peut caractériser l'entrée dans la schizophrénie.

La schizophrénie est un trouble très fréquent et ubiquitaire. Elle touche 0,3 à 1 % de la population mondiale.

Le schizophrène peut inaugurer cette pathologie qu'est la schizophrénie par une fugue, une automutilation, un suicide ou un acte médico-légal.

La dépression peut compliquer l'évolution de la schizophrénie, aggravant ainsi sévèrement son pronostic. La prévalence de la dépression associée à la schizophrénie est comprise entre 6 % et 75 %.

Le suicide constitue la complication majeure de la schizophrénie. En effet, le taux de suicide est très élevé dans la schizophrénie, il pourrait atteindre environ 15 %.

En Algérie, 1 % de la population générale souffre de schizophrénie. Certains schizophrènes, malheureusement, tentent d'échapper à leur souffrance majorée par la dépression en se suicidant.

Un cas clinique illustratif, le récit du parcours d'un patient schizophrène, accompagnera ce poster.

## P05 - LES DOMMAGES INDUITS PAR L'ALCOOL

AUTEURS : Dr Aïcha Méguerba  
1°/ Pr. Yacine Bouguermouh  
2°/ Dr. Nacéra Djeraf  
3°/ Pr. Mohamed Amine Bencharif

Affiliation des auteurs : Psychiatres à l'Établissement Hospitalier Spécialisé psychiatrique Frantz Fanon de Blida. Algérie.

L'alcoolisme est une maladie complexe relevant d'une prévention, d'une thérapie et d'un soutien.

Environ 20 % de l'alcool est absorbé au niveau de l'estomac et les 80 % restants le sont au niveau de l'intestin grêle, l'ingestion d'aliments ralentissant le passage de l'alcool de l'estomac vers l'intestin. L'essentiel de l'éthanol ingéré est oxydé au niveau du foie en acétaldéhyde puis en acétate. Les voies du métabolisme les mieux établies sont celles de l'alcooldéshydrogénase (ADH) et du système microsomal d'oxydation de l'éthanol (MEOS) qui fait intervenir le cytochrome CYP2E1. L'ADH est une enzyme cytosolique appartenant à une famille polygénique dans laquelle on peut identifier 7 gènes (ADH1 à ADH7). L'induction du CYP2E1 par l'éthanol entraîne une augmentation de la production de radicaux libres impliqués dans la genèse de l'hépatopathie.

À consommation égale, les femmes souffrent d'alcoolopathies plus sévères. Étant plus légères que les hommes, la teneur sanguine en alcool est plus élevée.





La distribution de l'alcool, après absorption, se fait en quelques minutes vers les organes très vascularisés comme le cerveau, les poumons et le foie. L'alcool franchit également facilement la barrière placentaire et ses concentrations dans le liquide amniotique et le fœtus sont proches des concentrations plasmatiques de la mère. L'éthanol est aussi excrété dans le lait maternel.

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.

## P06 - QUAND LES SOIGNANTS SE METTENT EN RÉSEAU

AUTEURS : A. Ait Ameer-Hadjout, D. Boussad-Touati, M. Kihal-Allal, A. Belaid (EHS Cheraga).

La maladie mentale s'inscrit dans une réalité familiale, professionnelle et sociale. Le lien entre chacune de ces dimensions est indéniable. Cela interpelle les soignants, les interroge et les incite à élaborer des stratégies de prise en charge multiaxiales. La pratique de réseau en constitue un modèle.

Nous allons tenter de l'illustrer par l'accompagnement d'une patiente psychotique et de sa famille par un ensemble de professionnels. Un dispositif de soin ouvert sur la communauté.

## P07 - DÉPRESSION, FAMILLE ET THÉRAPIE

AUTEURS : A. Ait Ameer-Hadjout, D. Boussad-Touati, M. Kihal-Allal, A. Belaid (EHS Cheraga).

La famille passe par des phases de transition (événements du cycle de vie). Chaque nouvelle étape demande des changements au sein des relations entre les membres. Dans ces moments, la dépression peut apparaître. La famille est alors amenée à se réorganiser. Lors des remissions, le patient peut avoir du mal à retrouver sa place en son sein. De plus, un autre membre (conjoint par exemple) peut être confronté à des affects dépressifs voire même à une dépression symptomatique. L'ensemble de ces éléments nous permet de nous demander, au-delà de la souffrance personnelle, ce que ce type de pathologie engendre : Quel est l'impact des problématiques familiales et de couple dans l'apparition et le maintien des symptômes dépressifs ?

Nous proposons à travers ce texte, d'amener une lecture des modifications familiales (interactionnelles) ainsi que l'utilité des thérapies familiales systémiques dans le traitement de la dépression.

## P08 - HOMICIDE PSYCHOTIQUE ET RESPONSABILITÉ PÉNALE

AUTEURS : Pr. Y. BOUGUERMOUH/Pr. K. BESSEDIK/Dr. A. MEGUERBA  
EHS FRAN

En Europe, environ 10 % des homicides sont commis par les personnes souffrant de troubles psychotiques. Ce passage à l'acte gravissime nous amène à nous interroger sur la violence du patient atteint de psychose. L'analyse clinique et psychopathologique d'un tel passage à l'acte pourrait aider à mieux définir et repérer les signaux d'alerte afin d'adapter des mesures préventives ainsi qu'une coordination plus efficiente entre un système médical et judiciaire.

L'objectif de notre travail est de décrire le profil sociodémographique et clinique des patients psychotiques ayant commis des homicides, mettre le point sur leurs responsabilités pénales et la place du système judiciaire dans la prise en charge et la prévention.

Mots clés : homicide, patient psychotique, responsabilité et prévention.

## P09 - ÉTUDE COMPARATIVE DES CONDUITES ADDICTIVES DES MALADES MENTAUX DANGEREUX SELON LEUR LIEU DE SUIVI

AUTEURS : Pr. Y. BOUGUERMOUH/Pr. K. BESSEDIK/Dr. A. MEGUERBA  
EHS FRANTZ FANON BLIDA

L'évaluation de la dangerosité du malade mentale est une préoccupation clinique ancienne et complexe, l'abus de substance est un des facteurs de passage à l'acte dans la population des malades mentaux.

Notre travail était une étude rétrospective concernant 60 patients de sexe masculin sortis entre 2010 et 2015.

Nous avons mené une étude comparative entre deux échantillons suivis dans nos services de l'établissement hospitalier Frantz Fanon de BLIDA.

Mots clés : jeune, conduite addictive et dangerosité.



# La psychiatrie dans un monde en sursauts : quelles réponses ?

## P10 - CARACTÉRISTIQUES DE LA VIOLENCE SUIVIE DANS LA PRATIQUE PSYCHIATRIQUE CHEZ LES MÉDECINS EN FORMATION

AUTEURS : Pr. Y. BOUGUERMOUTH/ Dr. A. MEGUERBA/Pr. K. BESSEDIK  
EHS FRANTZ FANON BLIDA

La violence dans le milieu de santé est un problème préoccupant et ce d'autant plus que l'agression est toujours très mal vécue par ceux dont le devoir est de soigner en toutes circonstances.

Notre objectif est d'estimer la violence subie dans la pratique psychiatrique selon une étude transversale réalisée auprès des internes de psychiatrie à l'EHS Frantz Fanon de BLIDA.

Mots clés : médecin, formation, violence.

## P11 - PRÉVALENCE DU SUICIDE, AUTOPSIES PSYCHOLOGIQUES ET POLITIQUE RÉGIONALE DE PRÉVENTION

AUTEURS : Benelmouloud Ouafia, Maître de conférences « A » en psychiatrie. Faculté de Médecine de Constantine, Université de Constantine.3 ; Algérie  
BENABBAS Malik, Professeur de psychiatrie. HMRUC. Algérie

Il s'agit d'une étude épidémiologique des suicides à l'Est Algérien (15 wilayas) à travers des autopsies psychologiques (de 2000 à 2008) où plusieurs variables ont été étudiées afin d'établir un profil type du suicidant en Algérie.

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

Au total nous avons recensé 1 263 cas de suicide ayant un âge de 15 ans et plus survenus au niveau des populations du Nord-est Algérien durant la période de 2000 à 2008.

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

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

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

## P12 - POLARITÉ OU BIPOLARITÉ ATYPIQUE

AUTEUR : Benelmouloud Ouafia, Maître de conférences « A » en psychiatrie. Faculté de Médecine de Constantine, Université de Constantine.3 ; Algérie

À travers une vignette clinique d'une patiente présentant un trouble bipolaire, les auteurs mettent en évidence les difficultés de diagnostic de ce genre de trouble surtout lorsqu'il évolue d'une manière atypique (lire atypicité dans le sens où le tableau clinique n'est pas évident au début).

La patiente C.L, qui au début présentait un trouble psychotique bref, voit son trouble évoluer sur une rythmicité thymique bipolaire teintée de thématiques sexuelles sans signes de saisonnalité.

Le diagnostic exact n'a été posé qu'après quelques années d'évolution, après de longs errements thérapeutiques.

## P13 - APPORT DES THÉRAPIES COGNITIVO-COMPORTEMENTALES DANS LA PRISE EN CHARGE DES HALLUCINATIONS RÉSISTANTES

AUTEURS : Benelmouloud Ouafia, Maître de conférences « A » en psychiatrie. Faculté de Médecine de Constantine, Université de Constantine.3 ; Algérie  
Benabbas Malik, Professeur de psychiatrie, HMRUC. Constantine ; Algérie

L'auteur présente une vignette clinique d'une jeune schizophrène dont la symptomatologie hallucinatoire demeure résistante à tout abord chimiothérapeutique et même avec des séances d'ECT.

L'auteur illustre une technique cognitivo-comportementale ayant permis de réduire à 70 % de l'intensité de ces phénomènes sensoriels en l'espace de 5 mois de cure.



## P14 - LA PSYCHO-TRAUMATISÉE AU TRIBUNAL : ÉTAIT-IL EN ÉTAT DE DÉMENCE ?

AUTEUR : Benelmouloud Ouafia, Maître de conférences « A » en psychiatrie. Faculté de Médecine de Constantine, Université de Constantine.3 ; Algérie

L'auteur relate l'histoire d'un jeune soldat coupable d'homicide sur son collègue par arme à feu.

La difficulté commence le jour de l'expertise psychiatrique ordonnée par le magistrat de Constantine.

La difficulté diagnostic et la longue durée écoulée entre le jour du délit et celui de l'expertise, rendant aléatoire toutes conclusions est illustrée à travers une vignette clinique détaillée.

## P15 - PRISE EN CHARGE DES SCHIZOPHRÉNIES RÉSISTANTES

AUTEURS : Benelmouloud Ouafia, Maître de conférences « A » en psychiatrie. Faculté de Médecine de Constantine, Université de Constantine.3 ; Algérie  
Benabbas Malik, Professeur de psychiatrie, HMRUC. Constantine ; Algérie

Il s'agit d'une évaluation des facteurs de résistances dans les schizophrénies à travers une large revue de la littérature et esquisse de prise en charge.

Les études cliniques et thérapeutiques sont peu nombreuses. Les données reposent en grande partie sur l'expérience clinique des auteurs et le consensus d'experts.

Enfin, une vignette clinique illustrative sera présentée et mettra en relief toutes les difficultés de prise en charge.

## P16 - CONDUITE SUICIDAIRE ET ENTRÉE DANS LA SCHIZOPHRÉNIE

AUTEURS : Benelmouloud Ouafia, Maître de conférences « A » en psychiatrie. Faculté de Médecine de Constantine, Université de Constantine.3 ; Algérie  
Benabbas Malik, Professeur de psychiatrie, HMRUC. Constantine ; Algérie

L'auteur, à travers un résumé de thèse, esquisse une visée selon laquelle des conduites suicidaires inaugurales peuvent être le prélude à un mode d'entrée dans la schizophrénie et ceci après une étude prospective concernant le recensement des tentatives de suicides durant la période d'une année.

L'auteur montre que 37 % des tentatives de suicide étaient un mode d'entrée dans la schizophrénie et la forme clinique la plus fréquente est le type paranoïde.

## P17 - CROYANCES FAMILIALES ET SCHIZOPHRÉNIE

AUTEURS : Dj. Boussad ; A. Ait-Ameur ; M. Kihal ; M. Nedjari ; A. Belaid (EHS Cheraga Alger Algérie)

Beaucoup de familles ont recours aux croyances culturelles (rokia, taleb...) pour maîtriser l'incompréhension, la honte et la culpabilité. Ces croyances et ces pratiques sont souvent liées à :

- un retard de prise en charge,
- à l'aggravation du tableau clinique,
- et surtout à l'absence d'adhésion à notre pratique de soins (refus de tout traitement médical ou psychologique).

Notre étude aborde des aspects culturels et leurs utilisations aidantes ou limitantes à travers une expérience d'un groupe de parole de parents de schizophrènes.

## P18 - LE TRAVAIL AVEC LA FRATRIE DE PATIENTS ATTEINTS DE SCHIZOPHRÉNIE AU SEIN DU GROUPE MULTIFAMILIAL

AUTEURS : Dj. Boussad ; A. Ait-Ameur ; M. Kihal ; M. Nedjari ; A. Belaid (EHS Cheraga Alger Algérie)

« Ils vont tous bien, ils ne posent aucun problème », telle est la phrase souvent dictée par les parents dans le groupe multifamilial à la demande de comment réagit la fratrie face à la maladie d'un des leurs. Souvent on relève dans le discours des parents, une absence relative d'incidence sur les autres membres de la famille.

Nous allons à travers des vignettes cliniques ramener le vécu de la fratrie que nous avons rencontré. Une kyrielle de symptômes sont ramenés lors des entretiens avec les membres de la famille, précisément la fratrie. La notion d'épuisement et de culpabilité entre autres domine les débats.



# La psychiatrie dans un monde en sursauts : quelles réponses ?

## P19 - INTÉRÊT DE LA RESTRUCTURATION COGNITIVE DANS LE SYNDROME DE RÉFÉRENCE : UNE ÉTUDE DE CAS

AUTEURS : LIVET, A., psychologue, psychothérapeute en thérapie cognitive et comportementale, Angers.  
ESTINGOY, P., psychiatre, médecin-chef du Pôle Intersectoriel de Soins et de Réhabilitation, CH Saint Jean de Dieu, Lyon.

Les thérapies cognitives et comportementales ont désormais pour cibles thérapeutiques toutes sortes de dysfonctionnements consécutifs aux pensées ou comportements psychotiques, tels que les hallucinations mais aussi les délires. Dans cette constellation, le syndrome de référence est souvent précurseur, mais aussi particulièrement résistant, notamment dans les troubles associés au spectre de la schizophrénie. Il se caractérise pour le sujet qui en souffre par l'impression de paroles ou signes particuliers s'adressant ou faisant directement allusion à lui. Ces erreurs d'attribution ouvrent le champ pathologique des troubles de l'intentionnalité et sont souvent génératrices de vécus persécutatoires avec conséquences émotionnelles ou comportementales.

Nous proposons ici de nous intéresser au cas particulier d'un patient de 35 ans porteur d'un diagnostic de schizophrénie, considéré médicalement comme stabilisé, mais présentant de façon persistante des idées de références associées à des idées obsédantes avec rituel de vérification, entraînant détresse émotionnelle et éviction sociale.

Objectifs et évaluations : L'objectif de la prise en charge est d'augmenter le contrôle personnel, l'estime de soi, de consolider le réseau social et en relancer sa trajectoire de vie. Au début et à la fin de protocole il est proposé un bilan avec tests d'évaluation clinique (PANSS, SAPS), de perception subjective des symptômes (PSYRATS), de conscience des troubles (SUMD) et de l'insight (IS). Par ailleurs, pendant la durée de la prise en charge sont évalués l'intensité et la quantité d'idées de référence ainsi que le nombre et la nature des comportements de vérification.

Protocole de prise en charge : La restructuration cognitive a été conduite sur 7 séances d'une heure avec exercices. Plusieurs techniques ont été utilisées : l'analyse des avantages et des inconvénients des idées de référence et donc leur rôle dans le maintien de la maladie et l'analyse des croyances délirantes associées aux idées de références ; et l'entraînement régulier aux hypothèses alternatives en s'appuyant sur le principe classique des colonnes de Beck appliqué aux idées de références suivi d'une mise en doute des convictions associées.

Résultats : Ce programme a permis de faire chuter l'ensemble des indicateurs cliniques liés aux symptômes psychotiques et notamment le sentiment de détresse associé (de pénible à mineur). De plus, si le taux de conviction des croyances passe seulement de 60 à 40 % avec l'expression pour le patient d'une part irréductible lié au bénéfice affectifs de ses croyances. Au final, ce sont l'anxiété non spécifique ainsi que les rituels de vérification qui persistent.

Conclusions : S'il est impossible de généraliser à partir d'une situation unique évaluée par le thérapeute impliqué (biais de désirabilité) les résultats de cette technique non invasive sont encourageants notamment en termes d'insight et de sentiment de contrôle (empowerment) notamment par la mise en sens de leurs vécus. Il semble donc pertinent de proposer ce type de soins à plus de patients avec des évaluations qui tiendraient aussi compte de la qualité de vie et de l'évolution sur le long terme.

## P20 - BURN OUT SYNDROM CHEZ LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

AUTEURS : Pr. Khadidja Bessedik / Hôpital Frantz-Fanon, Service de psychiatrie légale, Blida, Algérie.  
Pr. Yacine Bouguermouh / Hôpital Frantz-Fanon, Service de psychiatrie des chroniques, Blida, Algérie.  
Pr. Mohammed El-Amin Bencharif / Hôpital Frantz-Fanon, Service de psychiatrie légale, Blida, Algérie.

Bien que parfois qualifié de « maladie du siècle », le burnout n'inspire guère de mesures préventives et, pour la majorité des personnes atteintes, ce mal-être reste un tabou. Les professionnels de la santé représentent une population à risque et n'en sont que rarement conscients. Les moyens de prévention mis en place restent malheureusement peu connus. Il paraît pourtant nécessaire de tenter de prévenir sinon freiner l'évolution de cette pathologie avant qu'elle ne cause trop de dommages dans notre société déjà souffrante. Parler de cette pathologie est relativement aisé mais s'en avouer victime et chercher les ressources pour y remédier est une tâche bien plus ardue qu'on ne le pense. Dans la société actuelle, certains imaginent que cacher son mal-être, plus particulièrement dans le milieu professionnel, c'est l'aider à disparaître. Or, comment essayer de lever le voile sur un sujet surmédiatisé qui reste malgré tout encore tabou, et ce particulièrement dans le monde des soignants où demander de l'aide révèle son incapacité à en apporter ?

## P21 - EVALUATION OF EFFECTIVENESS OF WEB BASED PSYCHOSOCIAL INTERVENTION FOR CANCER PATIENTS

AUTEURS : Birgül Ozkan (\*), Reyhan Eskiuyurt (\*\*)  
\*Asistant Prof, Yildirim Beyazit University Department of Psychiatric Nursing, TURKEY  
\*\*Research Assitant, Yildirim Beyazit University Department of Psychiatric Nursing, TURKEY

Aim: This study was carried out in order to determining web-based patient education programs and evaluating effectiveness of web-based intervention for cancer patients.

Methods: In this systematic review, we searched the Web of Science, Wiley Online Library, Pubmed electronic databases for abstracts using the key words "breast cancer", "web based psychosocial intervention", "online psychosocial intervention", "internet based psychosocial intervention". The searches were conducted in January 2000-December 2016.





Results: We identified fifteen articles for the review. The interventions used were described as web-based programs. The scope of Web-based intervention were social support, exercise and dietary practices, self-helping guide, self-management and symptom management. The basic outcomes were quality of life, fatigue, pain, self-efficacy, depression and stress management.

Conclusion: The results suggest a positive relationship between the web-based interventions and psychosocial treatment level of cancer patients. The web-based interventions might be effective and eligible for cancer patients.

Key words: Breast cancer, web based intervention, patient, psychosocial, psychoeducation

## **P22 - THE INVESTIGATION OF NURSING STUDENTS' AUTOMATIC THOUGHTS ABOUT ONCOLOGY PATIENTS**

AUTEURS : Reyhan Eskiuyurt (\*) Birgül Ozkan (\*\*),  
\*Research Assitant, Yildirim Beyazit University Department of Psychiatric Nursing, TURKEY  
\*\*Asistant Prof, Yildirim Beyazit University Department of Psychiatric Nursing, TURKEY

Aim: This study was carried out in order to determining fourth grade nursing students' automatic thoughts about oncology patients.

Methods and Material: The study was conducted 27 fourth grade students who've studied Nursing Department Yildirim Beyazit University Faculty of Health Science and intern in the oncology department in the 2016-2017 education period. Data were collected Automatic Thoughts Scale, using personal form and structured clinical evaluation form. Data analysis in SPSS 21 program average, percentage distribution and correlation analysis were performed.

Results: In the study, as a result of analyzes made, the mean score on the Automatic Thoughts Scale was found 62.11 (min:33; max:94) and 29.6% of students didn't have experience in the oncology department. Before clinical practice, 33.3% of participant's automatic thoughts was "cancer patients are difficult patients." and 59.3% of participant's feeling was "sadness", 37.0% of participant's feeling was "fear". After clinical practice, 63.0% of participant's automatic thoughts was "holistic approach is important." and 63.0% of participant's feeling was "happy". At the end of the clinical practice, students noticed that developed "communication skills (88.9%)" and "capacity for empathy (40.7%)". It was found that was a significantly positive correlation between the mean score on the Automatic Thoughts Scale and negative automatic thoughts ( $\rho=0.414$ ;  $p<0.05$ ); students' negative automatic thoughts and students' negative emotions had a significantly positive correlation ( $\rho=0.597$ ;  $p<0.05$ ).

Conclusion: Students' thoughts that is about oncology patients affect their emotions and behaviour. It was found that students' negative thoughts changed communicating with cancer patients during the clinical practice.

Key words: nursing students, difficult patient, automatic thoughts

## **P23 - DETERMINING THE RELATIONSHIP BETWEEN AUTISM PERCEPTIONS AND FAMILY CHARACTERISTICS AND RESPECTS OF AUTISTIC CHILD PARENTS**

AUTEURS : Gokçe Sıksık (\*) Birgül Ozkan (\*\*)  
\*Master Nursing Student, Yildirim Beyazit University Department of Psychiatric Nursing, TURKEY  
\*\*Asistant Prof, Yildirim Beyazit University Department of Psychiatric Nursing, TURKEY

Aim: This study is a descriptive type survey on parents who have children with autism and this study is on the determining the relations among family characteristics, parents perceptions of autism and self-esteem.

Methods and Material: This research has been realized in two training school which are a private special training center and a government school in Ankara between November 2014 and June 2015. Research Universe is consisted of parents with autistic children that have studying private training center and Government school and study samples are consisted of fifty one mothers and forty fathers taken from private training center and nine mother from government school. A form which is intended collecting socio-demographic characteristics of parents, Family Assesment Scale, Rosenberg Self Esteem Scale and Semi-Structured Interview Form prepared by reserchers according to references on this research area are used for data collection. It is used IBM SPSS Statistics 21 statistical package to calculate Median, interquartil range, minimum and maximum statistics and to compare groups and variables Bonferroni corrected pairwise comparison, Kruskal Wallis H test and Mann Whitney U tests. It is used  $p<0.05$  level for statistical significance.

Results:

In this study, the parents opinions on their autistic children are not significant according to being their mother or father ( $P>0.05$ ). Family functions of fathers are healthy according to mothers. Rosenberg self esteem Scale Median scores are not significant between parents ( $P>0.05$ ). Between Family Assesment Scale constructs and Rosenberg Self Esteem Scale Median scores are determined weak, positive and linear correlation.

Conclusion:

In this study, lack of information of parents are defined to cause delays in diagnostic process. We are recommended that it must be made social and psychological support programs to informing of parents in this issue and increasing the positive perception of autism.

Keywords: Family , parental , perception of autism, .



# La psychiatrie dans un monde en sursauts : quelles réponses ?

## P24 - REPÉRAGE DES PRODROMES DE PASSAGE À L'ACTE PAR LES ÉQUIPES PARAMÉDICALES EN PSYCHIATRIE

AUTEURS : Dr. Camille RABOURDIN1 – Dr. Andrea PIERO2 – Caroline RZEPA3

1 Praticien Hospitalier au Centre Hospitalier Buëch Durance (CHBD), rue du Dr Provansal, 05300 Laragne-Montéglin

2 Praticien Hospitalier au CH Alpes Isère (CHAI)

3 Attachée de Recherche Clinique au Comité de Soutien à la Recherche du CHAI – 3, rue de la Gare, BP. 100 – 38521 SAINT ÉGRÈVE CEDEX

### INTRODUCTION

Dangerosité du patient psychiatrique : débat ancien et actuel.

Peu de littérature concernant les observations des équipes paramédicales malgré leur pertinence et leur contact direct avec les patients.

### OBJECTIFS

Principal :

- Analyser les prodromes des passages à l'acte (PAA) hétéro et auto-agressifs (tentatives de suicides, suicides, sorties non autorisées avec notion de dangerosité) observés et ressentis par les équipes paramédicales chez les patients en hospitalisation complète (HC) au CH Alpes Isère (CHAI).

Secondaires :

- Décrire les caractéristiques des situations et la population de patients commettant des PAA au cours d'une hospitalisation en psychiatrie.

- Proposer des pistes d'amélioration pour limiter la survenue des PAA.

### MÉTHODOLOGIE

- Etude épidémiologique descriptive, prospective, unicentrique

- Durée 18 mois

- Population : patients majeurs des 12 unités d'HC de psychiatrie (hors TSA) du CHAI, en Soins Libres ou Sous Contrainte, ayant commis un PAA de novembre 2015 à mai 2016

- Recueil des données : entretiens avec les équipes + grille ALARM (gestion des risques) + dossiers médicaux et de soins infirmiers > recueil de données objectives et subjectives

- Groupe de travail d'Amélioration des Pratiques Professionnelles

### RÉSULTATS

- 25 PAA analysés

- Des différences d'occurrence : 44 % le vendredi

- Un profil de patients : hommes, moyenne d'âge : 44 ans, célibataires, profil addictologique, avec antécédents : psychiatriques, d'auto et hétéroagressivité, de passage en UMD-USIP, hospitalisés en SDT, présentant des troubles schizophréniques ou délirants, des difficultés d'observance et un faible niveau d'insight.

- Des caractéristiques dans la prise en charge : 96 % absence d'échéance de sortie, 72 % de relations distantes ou inexistantes avec l'entourage, des relations équipe-encadrement à améliorer (mauvaise compréhension de la prise en charge, absence de communication). En revanche l'ancienneté, l'isolement, la mixité de l'équipe et le suivi médical régulier ne suffisent pas à prévenir les PAA.

- Des signes prodromiques identifiés : 44 % de peur ou méfiance des soignants par rapport à un PAA, sensation corrélée à la possibilité d'évitement du PAA, 80 % de changement dans l'état clinique des patients (dégradation psychiatrique, troubles du comportement), 80 % de changement récent dans la prise en charge (traitement, projet de soins et/ou de vie), 87.5 % d'agressivité intériorisée ou extériorisée, une sensation d'évitement des PAA liée à un moindre suivi médical et à une plus longue durée d'hospitalisation.

- Un profil de patients et de prise en charge différents selon le type de passage à l'acte.

### CONCLUSION

- Un travail de recherche paramédical et institutionnel d'amélioration des pratiques professionnelles montrant que des signes objectifs et subjectifs pertinents sont repérés par les équipes paramédicales.

- Des préconisations de prise en charge : projet de soins pluriprofessionnel avec dates prévisionnelles de sortie, relations sociales des patients, articulation avec l'extrahospitalier dès l'hospitalisation, vigilance lors de changements de prise en charge et d'état clinique, observance médicamenteuse, repérage du risque suicidaire.

- Une communication à améliorer (verbaliser les ressentis, exploiter les dossiers de soins infirmiers, transmettre les informations lors des changements d'équipe) pour mieux prévenir les PAA et accroître la qualité du travail et des soins.



## P25 - TROIS PEINTRES DANS LEUR RELATION À L'AUTRE, TROIS MONDES INTÉRIEURS

AUTEUR : Dr. Docteur Joëlle Skriabine, Praticien hospitalier, GH Paul Guiraud, Villejuif

Hopper par la pluralité des lignes de fuite de ses tableaux, ne permet pas à notre regard de converger vers un objet cause d'un désir qu'aucun regard de ses personnages n'oriente. Notre regard est diffracté. Un sentiment d'intense solitude se dégage des tableaux de Hopper, par ces jeux d'ombres et de lumières, par ces hommes et ces femmes qui juxtaposent leur existence.

Le Douanier Rousseau ne se questionne pas sur l'autre féminin. Neutre est le regard frontal de ces personnages, sans peur, sans sourire, sans ironie, déterminés à affronter leur choix et le destin qui est lié à cet autre regardé, nous et ses détracteurs. Seuls ceux des animaux témoignent d'un affect qui oscille entre la peur et la détermination.

D'aucuns diront que les tableaux de Marquet sont autant d'écrans qui habillent le monde qu'il représente. Tout est immuable, de l'organisation spatiale du tableau, au choix des couleurs, jusqu'aux thèmes. Rien ne doit changer de ce qui le fait être aimé de ses pairs. Pas de portrait de l'autre, mais des silhouettes dans des paysages de bord de mer, de rivière, de quais de port d'où l'on peut embarquer pour un ailleurs dont l'horizon est aussi sécurisé.

C'est de leur relation à l'autre dont témoignent ces trois peintres dans leurs peintures. Dans la veine impressionniste de la fin du 19ème siècle et du début du 20ème, influencés par les courants de pensées de cette époque dont celle de Freud et de ses découvertes sur l'inconscient, ces trois peintres témoignent de leurs difficultés à faire lien social avec l'autre : à l'autre sexe pour Hopper, à ses maîtres dans le champ de la peinture pour Le Douanier Rousseau, à tous les autres pour Marquet.

La confrontation de leur style rend saisissante la difficulté qui leur est propre. Chacun d'eux la transpose inconsciemment dans leur choix de peindre cet autre qui leur fait problème. D'où ces trois typologies de leur monde intérieur, transposées en peinture.

## P26 - RÉHABILITATION ET REPRÉSENTATIONS EN SANTÉ MENTALE : PORTÉE D'UN COLLOQUE ANIMÉ EXCLUSIVEMENT PAR DES USAGERS SUR LE PARTAGE D'EXPÉRIENCES DE RÉTABLISSEMENT

AUTEURS : ESTINGOY P. : psychiatre, médecin-chef du Pôle Intersectoriel de Soins et de Réhabilitation, CH Saint Jean de Dieu, Lyon.  
BELHELAL D., DRILLARD N., MERCIER D., MORIN S., THIBERT J. : infirmiers, équipe CATT Les Célestins et équipe mobile Tanguy, Pôle Intersectoriel de Soins et de Réhabilitation, CH Saint Jean de Dieu, Lyon.

Contexte : À l'aube du nouveau siècle, le champ de la santé mentale s'est doté d'un nouveau concept phare, portant les patients en soins de réhabilitation, l'espoir d'un rétablissement possible. Cette force active, cherche à lutter contre les représentations fatalistes et sclérosantes toujours à l'œuvre pour une stigmatisation des malades psychiatriques, tant auprès du grand public que des professionnels, ou pire pour les patients eux-mêmes. Or, malgré les nombreuses publications sur le sujet, les colloques ou les congrès, il semble que le message ne parvienne pas tout à fait à destination. En effet, une telle dynamique doit aussi s'incarner à travers la rencontre et quoi de plus convainquant qu'une appropriation expérientielle.

Mise en œuvre : Pour cela un groupe d'usagers lyonnais, a tout d'abord assisté au dernier Congrès international organisé par le Comité Français pour la Réhabilitation Psychosociale (CFRP), Les 9èmes journées de Reh@b', qui se sont déroulées à Paris du 16 au 17 juin 2016, sur le thème « De la Réhabilitation au Rétablissement : tous citoyens ! ». De là, comprenant le rôle qu'avaient joué leurs pairs à l'origine du mouvement, l'idée a germé au sein du groupe de faire un colloque, exclusivement animé par des usagers et axé sur le partage d'expériences de rétablissement. Encouragé par leur médecin et leurs équipes de réhabilitation, le petit groupe s'est élargi à quelques comparses et notamment un praticien pair suisse, un dessinateur amateur (illustrations) et un jeune cinéaste (documentaire en cours). De réunions en réunions, le colloque s'est organisé et s'est déroulé en plein cœur de Lyon le vendredi 6 janvier 2017, devant un parterre de près de 200 personnes, composés de professionnels de milieu sanitaire ou social, d'usagers, de représentants d'associations diverses et même de personnes venues du grand public.

Résultats : Nous présentons ici les grands messages transmis par les usagers, partagés entre valeurs humaines universelles et respect des singularités, facteurs extrinsèques dépendant du milieu ou des soins et facteurs intrinsèques venant de la personne elle-même. Nous avons également recueilli les réactions du public, leurs commentaires et appréciations à partir de l'analyse de 65 fiches de satisfaction. Enfin, nous évoquerons les retombées de l'aventure (article, film, nouveau colloque en perspective) qui ne fait que commencer.

Conclusions : Cette expérience montre que prendre en considération la subjectivité des personnes que nous soignons comme première preuve de leur capacité d'autodétermination, s'assurer qu'ils se sentent vraiment l'autorisation de dire (ou pas) ce qu'ils veulent (ou non), est probablement le plus sensationnel vecteur d'espoir.



# La psychiatrie dans un monde en sursauts : quelles réponses ?

## P27 - LES INTOXICATIONS SUICIDAIRES DANS LA RÉGION DE TADLA-AZILAL : ÉVOLUTION ET FACTEURS DE RISQUE

AUTEURS : Safaa EL KHADDAM<sup>1</sup>, Hinde HAMI<sup>1</sup>, Maria WINDY<sup>2</sup>, Abdelmajid SOULAYMANI<sup>1</sup>, Abdelrhani MOKHTARI<sup>1</sup>, Rachida SOULAYMANI-BENCHEIKH<sup>2,3</sup>

<sup>1</sup>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

**Introduction :** Le suicide constitue un problème majeur de santé publique évitable. Il est à l'origine de près de la moitié de toutes les morts violentes, selon l'Organisation Mondiale de la Santé. L'objectif de la présente étude est de décrire le profil des personnes qui se sont suicidées ou tentées de le faire par ingestion volontaire de produits toxiques et de déterminer les facteurs de risque dans la région de Tadla-Azilal au centre du Maroc.

**Méthodes :** Une analyse rétrospective des cas d'intoxications volontaires déclarés, entre 2000 et 2008, au Centre Anti Poison et de Pharmacovigilance du Maroc, a été réalisée.

**Résultats :** Durant la période de l'étude, 1 033 cas d'intoxications suicidaires ont été enregistrés dans la région de Tadla-Azilal. Ces intoxications ont concerné principalement les adultes et les adolescents, avec respectivement 62,44 % et 31,56 % des cas. Le taux de létalité le plus élevé est noté chez les adultes, soit 4,65 %. La moyenne d'âge des patients intoxiqués est de  $28,94 \pm 15,92$  ans. Selon les résultats de l'étude, les femmes sont beaucoup plus nombreuses à tenter de se suicider par rapport aux hommes, qui réussissent à s'enlever la vie ( $p < 0,001$ ). D'ailleurs, suivant le type de produit utilisé, les résultats de l'étude montrent que les patients volontairement intoxiqués par les pesticides présentent quatre fois plus de risque de décéder que ceux intoxiqués par d'autres produits (RR=4,26 ; IC 95 % : 1,85-9,81).

**Conclusions :** Le nombre réel des intoxications volontaires au Maroc est fort probablement sous-estimé, en raison des cas non diagnostiqués et non déclarés "suicide caché".

## P28 - RÉFLEXION(S) CRITIQUE(S) DE CLINICIEN SUR L'ANCIEN CONCEPT DE L'HYSTÉRO-ÉPILEPSIE : À PROPOS D'UN CAS ILLUSTRATIF

AUTEURS : El Hamid ADJA, Etablissement Hospitalier Spécialisé en Psychiatrie DRID Hocine, Psychiatrie de l'Adulte, ALGERIE

Siham BENAKILA – Rachida KHETTAB – K. SAIDENE - Mohamed TEDJIZA Etablissement Hospitalier Spécialisé en Psychiatrie DRID Hocine, Psychiatrie de l'Adulte, ALGERIE

Longtemps auréolée de magie et de mystère, l'épilepsie a une histoire qui se confond avec celle de la médecine et qui est passée par une phase instinctive, une phase idéologique, puis par une phase métaphysique à la recherche de l'essence de la maladie, avant de parvenir à une phase scientifique.

Deux moments historiques dans l'histoire de l'épilepsie...

L'hystérie était étroitement liée à l'épilepsie. La première étant une rétention de semence féminine, la deuxième une rétention du liquide vital dans l'encéphale des hommes. L'origine surnaturelle attribuée à l'épilepsie avant Hippocrate est attribuée aussi à l'hystérie.

Nous terminerons par une illustration clinique à travers un cas clinique, tiré de notre pratique dans le service, qui pose le problème et qui propose des solutions, car porter le diagnostic d'hystérie chez un épileptique ou même d'épilepsie chez un hystérique n'est pas toujours aisé dans la pratique clinique.

## P29 - ÉVALUATION DES CONDUITES SUICIDAIRES DES ADOLESCENTS ADDICTES SUIVIS AU SERVICE DE LUTTE CONTRE LA TOXICOMANIE D'ORAN

AUTEURS : S. MOUFFOK, Service de Pédo-psychiatrie, Service de lutte contre la toxicomanie, EHS en psychiatrie Sidi Chami, Oran  
N. ARIBI, T. FEGHOUL

L'usage d'alcool et de drogues illicites chez les adolescents est aujourd'hui une préoccupation de santé publique majeure et la question du suicide chez le jeune est actuellement très largement débattue dans tous les pays du monde ; elle est même devenue un enjeu majeur de Santé Publique dans les pays occidentaux.

**Objectif de l'étude :**

Evaluation des conduites suicidaires des adolescents addicts suivis au Service de lutte contre la toxicomanie d'Oran.

**Matériel et méthode :**

Nous avons conduit une étude observationnelle prospective incluant tous les adolescents âgés entre 12 et 24 ans suivis dans notre structure sur une période de douze mois (du 01/11/2011 au 01/11/2012).

Les patients inclus sont ceux qui ne présentent pas d'autres pathologies telles qu'une pathologie organique cérébrale ou un déficit mental. Ces patients étaient soit hospitalisés librement, soit suivis en ambulatoire.





**Résultats :**

Le groupe se compose majoritairement d'adolescents de sexe masculin, âgés entre 21 et 24 ans. 22 % des patients ont été témoins de conflits conjugaux et/ou familiaux, 22 % ont au moins un antécédent de tentative d'autolyse. 79 % des patients se sont infligés des blessures à au moins deux reprises et plusieurs moyens sont associés (incision des avant-bras le plus souvent).

En ce qui concerne leur type de consommation, la majorité des cas se sont des polytoxicomanes avec 110 cas. Tous les adolescents et jeunes adultes qui s'automutilent sont des polytoxicomanes.

Sur les 113 adolescents suivis au centre de désintoxication d'Oran, 79 cas ont présenté des équivalents suicidaires à type d'automutilations et de conduites à risque et 25 cas ont présenté des tentatives de suicide essentiellement par ingestion médicamenteuse. Nous n'avons recensé aucun cas de suicide.

**Conclusion :**

La prévention et la prise en charge des adolescents addicts doivent être prioritaires, de par les spécificités de l'adolescence, l'impulsivité, l'intolérance à la frustration, les difficultés à résoudre les conflits interpersonnels et les réactions émotionnelles excessives qui caractérisent les toxicomanes. Chaque adulte est concerné et les actions d'information et de sensibilisation doivent associer aussi bien les familles que les enseignants, les associations et les personnels de santé.

### **P30 - HISTOIRE ET ESPOIRS DE L'HÔPITAL DE JOUR DU SERVICE DE PÉDOPSYCHIATRIE D'ORAN**

AUTEURS : S. MOUFFOK, Service de Pédopsychiatrie, EHS en psychiatrie Sidi Chami, Oran  
N. ARIBI, R. SOLIMANE, Z. FEGHOUL

Dès les années 1980, des psychiatres du service public de la région Ouest du pays et particulièrement des psychiatres Oranais de l'EHS spécialisé en psychiatrie Sidi Chami, ont proposé pour les enfants TSA ou TED, dénommés alors psychotiques, des prises en charge multidimensionnelles articulant soins, éducation et pédagogie avec une optique psychopathologique. Ces approches, ces projets n'ont pas pu se concrétiser ou se généraliser, les psychiatres étant happés par ce que l'on appelait la psychiatrie lourde (psychiatrie d'urgence, psychiatrie d'adulte, la psychiatrie médico-légale...).

Notre intervention a pour objectifs de présenter le nouveau service de pédopsychiatrie de notre région et son équipe en y exposant les différentes activités qui s'y déroulent, à donner un aperçu épidémiologique et d'exposer nos espoirs et perspectives d'abord concernant la formation des toutes premières promotions de résidents pédopsychiatres et également des psychologues et paramédicaux spécialisés dans la prise en charges des enfants et adolescents et enfin à exposer nos projets en matière de nouvelles structures et prises en charge.

### **P31 - MALADIE D'ALZHEIMER, ÉTUDE PORTANT SUR 55 AIDANTS FAMILIAUX**

AUTEURS : S. MOUFFOK, Service de Psychiatrie, EHS en psychiatrie Sidi Chami, Oran  
N. ARIBI, T. FEGHOUL

La maladie d'Alzheimer est une épreuve douloureuse pour les patients et leur famille. En effet, ce n'est pas seulement une maladie neurologique, mais une maladie de la personne, une pathologie du lien avec le vécu antérieur.

**Objectif de l'étude :**

Evaluation par l'échelle de Zarit du fardeau porté par les aidants familiaux principaux de malades atteints de la maladie d'Alzheimer.

**Méthodologie :**

L'échelle de Zarit qui évalue le fardeau de l'aidant familial comporte 22 questions cotées de 0 à 4 pour un score total maximum de 88. Il n'y a bien sûr ni bonne ni mauvaise réponse, l'objectif étant d'estimer la réalité de la charge : - jamais = 0, - rarement = 1, quelquefois = 2, assez souvent = 3, presque toujours = 4  
Les 55 aidants (conjoint et/ou enfant de 55 patients adressés au niveau des différentes consultations ; 41 femmes et 14 hommes) avaient un âge moyen de 65 ans.

**Résultats :** 10 % ont une charge faible ou nulle, 65 % ont une charge importante.

**Conclusion :**

La maladie d'Alzheimer est un véritable drame familial.

Elle constitue une maladie chronique mortelle, perturbant gravement et l'autonomie du patient et celle de son entourage.

Rendons un hommage et saluons le courage, le dévouement et la volonté des aidants familiaux.

Intérêt de créer des consultations d'aidants familiaux afin de les aider à ne pas oublier et négliger leur santé physique et/ou psychique.



# La psychiatrie dans un monde en sursauts : quelles réponses ?

## P32 - USAGE DES PSYCHOTROPES CHEZ L'ENFANT ET L'ADOLESCENT ET ALLONGEMENT DE L'INTERVALLE QT

AUTEURS : S. MOUFFOK, Service de Pédopsychiatrie, EHS en psychiatrie Sidi Chami, Oran  
N. ARIBI, Z. FEGHOUL

Les premières observations d'allongement de l'intervalle QT à l'ECG secondaire à la prise de certains médicaments datent des années 60, observations faites lors de l'utilisation de la quinidine pour les troubles du rythme cardiaque.

Cette anomalie électrocardiographique peut provoquer une arythmie ventriculaire pouvant dégénérer et aboutir à une mort subite.

En pédopsychiatrie, l'utilisation de médicaments psychotropes a augmenté de façon importante depuis quelques années et ces traitements sont couramment prescrits par les pédiatres, les neurologues, les généralistes et les pédopsychiatres.

En 1999, l'American Heart Association (AHA) a émis des recommandations pour la surveillance cardiovasculaire des enfants et adolescents recevant des médicaments psychotropes.

L'allongement du QT constitue actuellement la cause la plus fréquente de restriction d'usage et de retrait de médicaments du marché d'où l'intérêt de faire un bilan pré-thérapeutique et peser l'indication des prescriptions chez l'enfant.

## P33 - REPRÉSENTATIONS DE LA PSYCHIATRIE, LA DÉPRESSION ET DES ANTIDÉPRESSEURS CHEZ LES FUTURS SOIGNANTS : MANQUE D'INFORMATION OU DE FORMATION ?

AUTEURS : BLANC J-V (1), LAPIDUS N. (2), KHENNANE F (3), FERRERI F (1,3).  
1- UPMC, APHP, Service de Psychiatrie et Psychologie Médicale, CHU Saint-Antoine - Paris  
2- Public Health Department, Saint-Antoine Hospital, AP-HP, F-75012 Paris, France  
3- Département Universitaire des Soins Infirmiers, UMPC Paris 6

**Introduction :** Les données sur l'observance des traitements antidépresseurs sont alarmantes ; ainsi, la majorité (60 %) des prescriptions en France durent moins de 28 jours [1]. Pourtant, moins de 2 % des travaux étudiant le traitement pharmacologique des troubles de l'humeur explorent les facteurs métapsychologiques associés à l'adhésion [2]. Les représentations associées aux traitements sont négatives chez les patients, et dans la population générale. L'influence des soignants paramédicaux dans l'amélioration de l'observance a été mise en évidence [3]. Les infirmiers sont une source d'information privilégiée des patients. Pourtant, la majorité d'entre eux ont des doutes sur leur utilité, et des lacunes sur leurs modalités d'usage [3]. L'objectif de cette étude est d'évaluer les représentations et connaissances sur la dépression et les antidépresseurs chez des étudiants d'IFSI (Institut de Formation en Soins Infirmiers). Les éventuels facteurs associés à ces représentations sont questionnés.

**Méthode :** 234 étudiants infirmiers ont répondu à un questionnaire portant sur les représentations de la psychiatrie, la dépression et 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 [4]. Il était complété par des questions portant entre autres sur la prise à titre personnel de psychotropes, les connaissances sur la dépression ou le fait d'avoir une expérience clinique en psychiatrie. Des statistiques analytiques ont été menées pour déterminer les éventuels facteurs associés aux attitudes aux antidépresseurs.

**Résultats :** La majorité des étudiants (51 %) a une attitude négative aux antidépresseurs. La représentation des antidépresseurs semble plus négative que celle de la population générale. L'influence de la formation théorique et pratique dispensée lors du cursus sur ces représentations est riche d'enseignement pour la formation des futurs soignants.

**Discussion :** Pouvoir recueillir ces représentations est d'importance, car les attitudes négatives retrouvées chez les patients hospitalisés [5] pourraient être renforcées par les soignants responsables de la dispensation des traitements.

- [1] Tournier M, Cougnard A, Boutouaba-Combe S, et al Duration of antidepressant drug treatment and its determinants in France. *Encephale*. 2011 May;37.  
[2] Lingam R, Scott J. Treatment non-adherence in affective disorders. *Acta Psychiatr Scand*. 2002 ; 105:164--72.  
[3] Istilli PT, Miasso AI, Padovan CM et al. Antidepressants: knowledge and use among nursing students. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2010 May-Jun.  
[4] De Las Cuevas C, Sanz EJ. Attitudes toward psychiatric drug treatment: the experience of being treated. *Eur J Clin Pharmacol* 2007;63(11):106.  
[5] Blanc JV, Curt F, Bruno N. Adherence, attitudes and concerns regarding antidepressants in a sample of inpatients with a major depression episode: Who is to blame? *Encephale*. 2016 May 10.



## P34 - COMMENT SE COMPORTER AVEC UNE PERSONNE SCHIZOPHRÈNE – CONSEILS POUR LA FAMILLE ET L'ENTOURAGE

AUTEURS : Dr. N. DJERAF (EHS FRANTZ-FANON DE BLIDA)  
Pr. Y. BOUGUERMOUH (EHS FRANTZ-FANON DE BLIDA) et Dr. A. MEGUERBA (EHS FRANTZ-FANON DE BLIDA)

**Introduction :** la schizophrénie est une maladie complexe et difficile à prendre en charge pour la famille qui est souvent seule et désorientée en face d'un patient agité, délirant, halluciné et qui refuse son traitement.

**Matériels et Méthode :** Supports de travail, Internet, le DSM5, et l'expérience personnelle dans la prise en charge des patients schizophrènes dans un service d'hospitalisation longue durée.

**Résultats :** Certains conseils administrés à la famille ou à l'entourage, qui est le vrai soutien des patients, sont utiles pour faciliter leur tâche.

**Discussion :** Autour de la nécessité d'instaurer une formation pour ces familles qui sont confrontées seules à ces personnes schizophrènes.

## P35 - DÉLIRES ET HALLUCINATIONS DANS LA DÉPRESSION, DIFFICULTÉ DE DIAGNOSTIC ET RETARD DE PRISE EN CHARGE (À PROPOS DE 3 CAS CLINIQUES)

AUTEURS : Dr. Mokhtari Alia, Dr. Belkacemi Meriem, Dr. Bourouissa Ahlem, Pr Bensaida Massouada, EHS ERRAZI Annaba Algérie

Dans cette étude, nous rapportons trois observations de dépression « masquée » par une symptomatologie psychotique pour illustrer le retard du diagnostic et de prise en charge adaptée des dépressions à caractéristiques psychotiques (délire et hallucination) congruente à l'humeur.

Dans les deux premières observations le tableau clinique était dominé par l'apragmatisme, de la persécution et/ou un délire d'influence avec des hallucinations donnant ainsi un retard de diagnostic entre une à quatre années.

Dans le troisième cas clinique où des tentatives suicidaires à répétitions ont permis de poser le diagnostic de dépression d'emblé, la patiente a été mise sous antidépresseurs qui ont été arrêtés aussitôt que la découverte de signes psychotiques avec un changement de diagnostic vers "le trouble psychotique bref", retardant ainsi le bon diagnostic et sa prise en charge correcte.

## P36 - FORENSIC PSYCHIATRIC NURSES' ROLE, RESPONSIBILITY AND WORK AREAS

AUTEURS : Assist.Prof. Ebru Erekan Kazan<sup>1</sup>, Assist.Prof. Birgul Ozkan<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Yildirim Beyazit University Faculty of Health Sciences, Department of Nursing, Ankara, Turkey

**Objective :** The aim of this study is to review the information obtained from the literature review on the role and responsibilities of forensic psychiatric nurses, who have a great importance nowadays, and on their fields of work, and also to raise awareness on this subject.

**Material and Methods:** In this systematic review, we searched the Web of Science, Wiley Online Library, Pubmed electronic databases for abstracts using the key words "forensic psychiatric nurses' role, responsibility and work areas", "psychosocial intervention of forensic psychiatric nurses". The searches were conducted in January 2000-December 2016.

**Result :** Forensic nursing is described as "nurses using their basic training on examination and scientific research of the victims of trauma and murder and offenders of violence, trauma and other crimes". One of the fields of work of forensic nurses is forensic psychiatric nursing. Forensic Psychiatric Nursing is a special field of nursing involving the care of psychiatric patients who are offenders at the same time. Forensic psychiatric nursing was established when Broadmoor Hospital was founded in 1863 in the United Kingdom, and there is very little information and record on the role of forensic psychiatric nurse until the beginning of 1990s. Knowledge and skills which form the basis of Forensic Psychiatric Nursing, and roles and qualifications of the nurses, have yet to be clearly defined. Psychiatric nursing is a holistic care and includes physical, psychological, social, spiritual, and cultural status of the patient. Psychiatric nurse has an important role in providing therapeutic care for the victims and survivors. In addition to having the skills and knowledge of a general psychiatric nurse, Forensic Psychiatric nurses must have the skills to handle criminal behavior and be able to use face-to-face interview technique well. Forensic psychiatric nurses mostly work in psychiatric hospitals where the security measures are extensive and in institutions providing psychiatric service, and work with individuals with poor mental health. Forensic psychiatric patients are the hardest group of patients to adjust to society. Education, knowledge, and social support provided by the nurse to these patients can be helpful in the reintegration of these patients into the society. In this aspect, psychiatric nurses should be empathizing, have good oral communication skills, have skills to resolve conflicts and to evaluate the patients in terms of clinical psychiatry. These nurses should also have proper knowledge of judicial justice system. Various teams involved in the judicial process may not understand the emotional pain and trauma experienced by the victims, but the basic duty of the forensic psychiatric nurses is to understand them.

**Conclusion :** In the studies, it was reported that the two most important subjects in the forensic psychiatric nursing are to maintain communication and safety, forensic psychiatry is not very different from other fields, and the basic point of difference is the importance placed on safety.

**Key Words :** Forensic psychiatric nursing, forensic psychiatric nurses' role and responsibility, forensic psychiatric nurses' work areas, psychiatric nursing, forensic nursing.



# La psychiatrie dans un monde en sursauts : quelles réponses ?

## P37 - NEW PERSPECTIVES FOR THE TREATMENT PROCESS IN PSYCHIATRY : VISUAL ARTS/PAINTING THERAPY

AUTEURS : Dilek Öztaş, Yıldırım Beyazıt University, Faculty of Medicine, Department of Public Health, Ankara, Turkey.  
Sema Efe, Numune Training and Research Hospital, Chief Nurse, Ankara, Turkey.

Birgül Özkan, Yıldırım Beyazıt University, Faculty of Medicine, Faculty of Health Sciences, Vice Head of the Department of Nursing, Ankara, Turkey.  
Nurullah Zengin, Yıldırım Beyazıt University, Faculty of Medicine, Ankara Numune Training and Research Hospital Administrator, Ankara, Turkey.

According to the psychoanalytic theory, unmodified symbols give the clearest clues related to the internal disruptions that cause psychiatric illnesses. In some of the psychiatric disorders - especially in psychoses - regressions occur in oral expression. Abstraction related to psychic thought and the symptoms specific to verbal language pathology occur. Visual language, graphics language may become the only interaction tool. This reality constitutes the main principle and justification of the method "Diagnosis and Treatment with Art" in the field of psychiatry. The three-functional method of spontaneous psychopathologic art ensures the use of art in individuals with psychiatric disease. This is the reflection of unconscious and subconscious disorders and conflicts with spontaneous images in the way of graphic and plastic expressions, which enables diagnosis. The second function of psychopathologic art is monitoring the progress of disease. A series of work of art allows us monitor the pathogenesis step by step. The third function is providing treatment. An individual who has cut off her/his connections with the environment finds herself/himself in a chaotic world. During the process in which psychopathologic art method is applied, patients consider the work of art as a mirror in which they start to find themselves and their behaviors and watch themselves. The art therapy is an expressionist method of therapy in which art materials are used. Painting works conducted within the scope of Social Support Programs that were created for the patients receiving chemotherapy and requiring an intense psychiatric support in Ankara Numune Training and Research Hospital and within the Ergotherapy Programs for the treatment and rehabilitation process of the patients receiving psychiatric treatment have been conducted regularly since 2010. The purpose of ergotherapy (occupational therapy) work in our hospital is to reduce pathologies of diseases, to help patients maintain their health and socialize, to help them develop their self-confidence, various skills and abilities, to encourage them to use these skills in daily life and to raise awareness about increasing the quality of life through efficient recreational activities. These activities are conducted under the leadership of Sema Efe who has been working as a nurse in the hospital and sustaining her works as an art teacher for many years. Sema Efe diagnosed with breast cancer 16 years ago overcame her disease and deep psychological depression thanks to the art therapy she was interested in. Ever since, she has been working as a nurse who has devoted herself to helping the patients with the magic wand of the painting. In the beginning, the project was initiated to cheer the patients up, to help their treatment and to accelerate the treatment process; then it became an example to the hospitals in other provinces. The project was realized in Şanlıurfa and many other hospitals. Painting exhibitions were organized many times in Ankara and other provinces with the theme "Colors of Hope". Publicity and awareness meetings were held within the scope of "Moral Support Project for the Outpatients Receiving Chemotherapy with Painting". An exhibition was held in 2011 with the name of "Colors of Anatolia Oil painting Exhibition" in Paris Anatolian Cultural Center, and with the name of "The Wind of Health and Art from Anatolia & Gesundheit und Kunst wehen aus Anatolien zu uns" in Vienna and other oilpainting exhibitions were held in Cyprus Nicosia in 2012. New oil painting exhibitions will be held in Paris Azerbaijan Cultural Center on 3rd April 2017 and in Greece Komotini on 19th May 2017.

## P38 - DÉLIRE DE PERSÉCUTION PERSISTANT APPARU EN POST-GREFFE RÉNALE CHEZ UNE PATIENTE SOUFFRANT D'UNE POLYANGÉITE MICROSCOPIQUE : ENCÉPHALITE LIMBIQUE ?

AUTEURS : A.Alaoui\*, V. Denes \*\*, Ph. Martinez\*\*\*, A. Zannier \*\*\*\*

\* Interne de psychiatrie, CHU Toulouse

\*\* Psychiatre, secteur 3, CH Montauban

\*\*\* Neurologue, Chef du pôle Cardiologie – Pneumologie – Neurologie, CH Montauban

\*\*\*\* Néphrologue, Clinique du pont de Chaume, Montauban

L'encéphalite limbique auto-immune est une pathologie grave, rare mais largement sous-diagnostiquée. Elle se présente classiquement sous la forme d'une triade clinique d'installation aiguë ou subaiguë comportant symptômes neurologiques, cognitifs et psychiatriques. Cependant, les symptômes psychiatriques peuvent être au premier plan pendant une certaine période, et il n'est pas rare que des patients soient initialement hospitalisés en psychiatrie puis transférés en neurologie à la faveur d'un nouveau symptôme neurologique évocateur. Nous rapportons l'observation d'une patiente de 59 ans, souffrant d'une vascularite nécrosante auto-immune de type polyangéite microscopique avec une atteinte rénale grave ayant entraîné une insuffisance terminale pour laquelle elle a été greffée en 2011 sans bilan psychiatrique préalable. Dans les suites tardives de cette greffe, en 2013, elle est hospitalisée aux urgences pour des troubles graves du comportement révélant un délire de persécution bien systématisé. Est écartée alors une atteinte cérébrale de sa vascularite. Après l'échec de plusieurs lignes de traitements antipsychotiques, et de multiples hospitalisations pour le même motif, nous avons émis l'hypothèse d'une encéphalite limbique auto-immune à expression psychiatrique chez cette patiente souffrant d'un terrain dysimmunitaire et à risque de néoplasie. Après plusieurs investigations cliniques, d'imageries, biologiques dont immunologiques, aucun argument n'a pu venir confirmer ce diagnostic. Nous avons ainsi conclu par l'hypothèse d'un trouble de la personnalité de type paranoïaque préexistant, non dépisté en pré-greffe, s'étant compliqué en post-greffe d'un délire de persécution ayant évolué sur un mode persistant.

## P39 - ÉTUDE DU RESSENTI DE L'ÉQUIPE SOIGNANTE FACE À UN SUICIDE EN INSTITUTION

AUTEURS : Chrys AMIEL (interne en psychiatrie) ; Jalel BEN AYED (praticien hospitalier), secteur 66 G04, Centre Hospitalier de Thuir

Le suicide est un événement marquant d'un parcours professionnel. Peu d'études se sont portées sur le vécu du personnel soignant face à un suicide en institution. Nous souhaitons explorer, via un questionnaire semi-structuré simple, les différents impacts (émotionnels et professionnels) sur le personnel soignant.

Mots-clés : suicide, infirmier, hôpital, psychiatrie, questionnaire





## P40 - HISTOIRES NATURELLES D'UNE TRAJECTOIRE À HAUT RISQUE : LE DOUBLE PROFIL HPI-TDA/H CHEZ LE JEUNE ADULTE

AUTEUR : ESTINGOY, P. psychiatre, médecin-chef du Pôle Intersectoriel de Soins et de Réhabilitation, CH Saint Jean de Dieu, Lyon. Psychiatre référent de la Médecine Préventive Universitaire de Lyon 1.

### Problématique :

Depuis quelques années, les pédopsychiatres signalent l'association possible chez certains enfants fonctionnement de type Haut Potentiel Intellectuel (HPI) et d'un Trouble Déficitaire d'Attention avec/sans Hyperactivité (TDA/H).

Pris séparément, chacun de ces deux profils est susceptible de se manifester par des comportements et des interactions sociales dommageables tant au plan du développement affectif que scolaire, que l'on dépiste et prend en charge désormais assez précocement.

Or, cumulées, ces deux particularités cognitives peuvent longtemps passer inaperçues en raison d'un effet de compensation (ou effet de masque) du trouble d'attention par les facilités scolaires. En revanche, pendant ce temps, de façon plus insidieuse, les troubles émotionnels habituellement observés pour les deux profils poursuivent leur œuvre désastreuse sur la construction de l'estime de soi et de la vie affective. Ce terrain de vulnérabilité à haut risque psychopathologique se révèle alors au moment de l'arrivée à l'âge adulte, prenant selon les contextes les formes les plus variées. Les signes d'appels déroutent alors souvent les cliniciens tandis que le jeune semble irrémédiablement prisonnier d'une spirale d'échecs avec vécu d'impuissance.

### Méthode :

Après avoir rappelé les traits dominants, les modalités d'investigations et de diagnostics utilisés pour les profils cognitifs HPI et TDA/H, nous comparerons 5 trajectoires singulières qui nous paraissent représentatives de ce que l'on observe chez de jeunes adultes présentant un double profil HPI et TDA/H.

### Résultats :

Pour ces 5 situations, nous verrons que la consultation initiale s'est faite pour différents motifs (crise suicidaire, dépression existentielle, toxicomanie, conduites à risques, trouble oppositionnel avec provocation) mais tous se trouvant dans une situation d'échec scolaire ou universitaire et en grande détresse affective malgré un entourage familial soutenant.

De plus ces 5 situations ont été sensibles à une prise en charge fondée sur les principes intégratifs de la réhabilitation avec psychoéducation, gestion du stress et des émotions (technique de relaxation, cohérence cardiaque, pleine conscience), soutien familial, groupes... avec ou sans complément médicamenteux.

### Conclusion :

Aujourd'hui, il est nécessaire de sensibiliser les cliniciens à l'existence possible de ces profils cognitifs particuliers à risque de développer des troubles psychopathologiques dans le cadre d'une trajectoire d'errance douloureuse. En effet, ces jeunes patients semblent bénéficier d'une prise en charge ciblée permettant la reprise de confiance, le sentiment de pouvoir sur leur existence et la construction positive de leur avenir.

## P41 - EFFET PLACEBO INDUIT PAR LA LUMINOSITÉ DANS LES ESSAIS CLINIQUES D'ANTIDÉPRESSEURS : RÔLE DES HORMONES STÉROÏDES

AUTEURS : Gailledreau J., Gailledreau B. Chopin M.V., Becque S.

### Rationnel :

La luminosité solaire augmente l'effet placebo chez les patients présentant une dépression majeure au sens du DSM-IV (Gailledreau et al., 2015). Kokras et al. (2014) ont montré que dans les modèles animaux de dépression, la luminosité induit des réponses différenciées chez les souris mâles et femelles.

### Objectif :

Déterminer si l'effet placebo induit par la luminosité diffère selon le sexe chez l'être humain.

### Matériel et Méthodes :

Les données de 9 études d'antidépresseur, randomisées, en double aveugle, contrôlées par placebo, conduites par le réseau GICIPI, ont été ré-examinées. Le critère de jugement principal était la MADRS pour 5 de ces études, et la HAMD pour les 4 autres. Pour chaque patient, la différence entre les scores MADRS/HAMD à deux visites consécutives (Delta MADRS/Delta HAM-D) a été corrélée avec la médiane des index de luminosité à midi entre ces deux visites. Les index de luminosité nous ont été fournis par Météo-France. Les corrélations ont été calculées à l'aide de Microsoft Excel.

### Résultats :

Chez les hommes recevant le placebo comme le produit de référence, et quel que soit le niveau de luminosité, aucune corrélation n'a été retrouvée entre elle et l'évolution des scores (Delta MADRS/HAMS). Il en est de même pour les femmes dans les mêmes conditions de traitement, lorsque la météorologie est nuageuse ou variable.

A l'inverse, une très forte corrélation ( $r^2=0.6398$ ,  $n=12$ ,  $p<0.001$ ) est retrouvée entre l'évolution des scores (Delta MADRS/HAMD) et la luminosité, chez les femmes de moins de 50 ans recevant le placebo, lorsque la météorologie est fortement ensoleillée.

### Discussion :

Nos résultats portent sur un petit nombre de patients, et peuvent donc être le fruit du hasard.

Néanmoins, ils sont en ligne avec, d'une part, l'efficacité de la luminothérapie dans la dépression (Golden et al., 2005, Kripke et al. 2006, Kent et al., 2009), et d'autre part, avec la notion de syndrome dépressif menstruel (Piccinelli et al., 2000).

En effet, les estrogènes contribuent à réduire le taux de sérotonine centrale (Kennet et al., 1986, Brown et al., 1991). La luminosité, quant à elle, inhibe la synthèse de mélatonine centrale à partir de la sérotonine, contribuant ainsi à préserver le taux de sérotonine centrale (De Berardis et al., 2015).

### Conclusion :

La luminosité solaire augmente l'effet placebo chez les patientes déprimées de moins de 50 ans, qui représentent une fraction importante des patients inclus dans les essais cliniques d'antidépresseur. Cet effet, insuffisamment connu, pourrait être responsable de l'échec de plusieurs essais en double aveugle, randomisés, contre placebo, sur de nouveaux antidépresseurs.



# La psychiatrie dans un monde en sursauts : quelles réponses ?

## P42 - L'ACCEPTABILITÉ DES SYSTÈMES D'AIDE À LA DÉCISION MÉDICALE INFORMATISÉE EN PSYCHIATRIE

AUTEURS : Bourla A. (1)  
Ferrerri F. (1)  
Ogorzelec L. (2)  
Guinchard C. (2)  
Mouchabac S. (1)

(1) Hôpital Saint-Antoine, Paris, France

(2) Laboratoire de sociologie et d'anthropologie, université de Franche-Comté, Besançon, France

**INTRODUCTION :** Les récentes découvertes dans le champ de la génétique, de l'imagerie et des biomarqueurs, parallèlement aux évolutions technologiques et au développement de l'informatique médicale, font basculer la médecine dans un nouveau paradigme, celui de la médecine prédictive. Ces nouveaux outils permettent de penser la psychiatrie d'une manière qui pourrait venir bouleverser les pratiques et surtout les praticiens dans leurs croyances, leur éthique et leurs représentations. C'est cette façon de voir qui est interrogée ici, à travers le prisme de l'informatisation, au moyen de l'intelligence artificielle et de l'apprentissage automatisé, notamment lorsque ces procédés sont appliqués au champ de la transition vers la maladie ou de la détection précoce de la pathologie. Est ainsi décrits les résultats d'une étude venant interroger l'acceptabilité des dispositifs et la « culture de métier » du psychiatre d'un point de vue sociologique.

**OBJECTIFS :** L'objectif principal est de déterminer l'acceptabilité par les psychiatres des nouveaux systèmes d'aide médicale informatisés en interrogeant plusieurs registres : l'aide au diagnostic psychiatrique, tant en termes de détection de la pathologie qu'en termes de prédictibilité. L'objectif secondaire est d'analyser en quoi cela permet de mieux caractériser la culture de métier de psychiatre.

**MATÉRIEL ET MÉTHODE :** Il s'agit d'une étude qualitative et quantitative sur questionnaire informatisé (Google-Form®) réalisée en collaboration avec le laboratoire de sociologie de l'université de Franche-Comté et s'adressant à une population de psychiatres et internes en psychiatrie contactés par liste de diffusion ou en réseau. Trois scénarios mettant en scène les dispositifs évalués ont été élaborés comme supports aux questions. Plusieurs méthodes d'analyse statistique ont été employées (Khi-deux, corrélation de Pearson).

**RESULTATS :** 515 observations ont pu être incluses, les variables sociodémographiques ont été analysées. Sur l'objectif principal : l'acceptabilité globale des systèmes d'aide médicale informatisés est modérée à élevée mais il existe d'importantes disparités entre les psychiatres révélées par une analyse en sous-groupes. Sur l'objectif secondaire : la culture de métier de psychiatre n'est pas unitaire et plusieurs profils peuvent être distingués.

**DISCUSSION :** L'analyse des résultats montre une cohérence entre les profils d'acceptabilité et les profils de culture de métier. Cela permet en appliquant une grille de lecture sociologique de caractériser 4 idéaux-types de psychiatres (« médical », « psychodynamique », « intermédiaire », « interne »).



## INDEX DES AUTEURS



# La psychiatrie dans un monde en sursauts : quelles réponses ?

ABBAR	M.	O401	ESTINGOY	P.	P19, P26, P40
ADJA	E.	P28	FEGHOUL	T.	P29, P31
ALAOUI	A.	P38	FEGHOUL	Z.	P30, P32
AMEUR-HADJOUT	A.	P6, P7, P17, P18	FERRERI	F.	O402, A6, P33, P42
AMIEL	C.	P39	FOND	G.	O801
ARIBI	N.	P29, P30, P31, P32	GAILLEDREAU	B.	P41
AYOUCH	A.	A3	GAILLEDREAU	J.	P41
BAROIS	C.	O902	GHODHBANE	T.	O403
BATISSE	A.	O202, A1	GUINCHARD	C.	P42
BECQUE	S.	P41	HAMI	M.	P27
BELAID	A.	P6, P7, P17, P18	HENRY	C.	O101
BELHELAL	D.	P26	KAZAN	E.	P36
BELKACEMI	M.	P35	KHENNANE	F.	P33
BELZUNG	C.	O602	KHETTAB	R.	P28
BENABBAS	M.	P11, P13, P15, P16	KIHAL-ALLAL	M.	P6, P7, P17, P18
BENAKILA	S.	P28	LACAMBRE	M.	O1002
BEN AYED	J.	P39	LAPIDUS	N.	P33
BENCHARIF	M-A.	P5, P20	LEFORT	H.	O604
BENELMOULOUD	O.	P11, P12, P13, P14, P15, P16	LIVET	A.	P19
BENSAIDA	M.	P35	MARTINEZ	Ph.	P38
BESSEDIK	K.	P8, P9, P10, P20	MEGUERBA	A.	P4, P5, P8, P9, P10, P34
BLANC	J-V.	O702, A2, P33	MERCIER	D.	P26
BOUGUERMOUH	Y.	P4, P5, P8, P9, P10, P20, P34	MICHELOT	S.	A3
BOURLA	A.	P42	MOKHTARI	A.	P27, P35
BOUROUISSA	A.	P35	MONCANY	A-H.	O1001
BOUSSAD-TOUATI	D.	P6, P7, P17, P18	MOUCHABAC	S.	P42
BOYER-LABROUCHE	A.	P2	MOUFFOK	S.	P29, P30, P31, P32
CHEVALLIER	C.	O202	MORIN	S.	P26
CHOPIN	M-V.	O901, P41	MOSCOVICI	M.	O203
CHOUINARD	G.	A7	NEDJARI	M.	P17, P18
COLOMBEL	M.	P1	NURULLAH	Z.	P37
DELAMILLIEURE	P.	P1	NUSS	P.	O502, O603
DENES	V.	P38	OGORZELEC	L.	P42
DJERAF	N.	P4, P5, P34	OUKALI	H.	P4
DJEZZAR	S.	O201, A1	OZKAN	B.	P21, P22, P23, P36, P37
DRILLARD	N.	P26	OZTAS	D.	P37
DUBOIS	O.	A6	PANNETIER	T.	P3
EFE	S.	P37	PETITCLERC	M.	O604
EL KHADDAM	S.	P27	PHILIPPOT	P.	O102
EPELBAUM	S.	O103	PIERO	A.	P24
ESKIYURT	R.	P21, P22	PLAZE	M.	O802





POPESCU	I.	P19
POTIER	M-C.	O501
PURPER-OUAKIL	D.	O301
QUILLEROU	B.	O302, O701
RABOURDIN	C.	P24
RZEPA	C.	P24
SAIDENE	K.	P28
SHADILI	G.	P3
SIKSIK	G.	P23
SIXOU	J.	P1
SKRIABINE	J.	P25
SOLIMANE	R.	P30
SOULAYMANI-BENCHEIKH	R.	P27
SOULAYMANI	A.	P27
TEDJIZA	M.	P28
THIBERT	J.	P26
THOMIN	A.	A5
VACHERON	M-N.	A4
VIALOU	V.	O601
YORDANOV	Y.	O603
WINDY	M.	P27
ZANNIER	A.	P38





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

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