

Résumés des communications scientifiques 2012

Les résumés des communications sont ici présentés par jour et par ordre alphabétique

Mardi 12 juin

Présentation du Rapport : "Le Jeu Pathologique" par le Dr Marie Bronnec (Nantes)

Depuis moins d'un an, on sait précisément quelle est la prévalence globale des troubles liés à la pratique des jeux de hasard et d'argent (JHA) en France (1,3%). Il aura fallu attendre 2010 pour que soit enfin menée la première enquête épidémiologique sur le sujet, précédant de peu la promulgation de la loi autorisant l'ouverture à la concurrence et à la régulation du marché des jeux en ligne. Le projet de reconduire à moyen terme cette enquête permettra de mesurer l'impact de cette nouvelle offre de jeu, voulue par le Politique. Il est en effet établi qu'Internet est un facteur de risque majeur d'une dérive addictive de la pratique des JHA. L'évaluation globale de l'ensemble des facteurs de risque et de vulnérabilité intervenant dans la genèse et la poursuite de la conduite addictive est essentielle pour le clinicien prenant en charge des joueurs pathologiques. Si certains sont décrits dans la littérature depuis le Moyen-Age, telles que les distorsions cognitives spécifiques du jeu, d'autres sont de découverte plus récente, comme la vulnérabilité génétique, l'implication du circuit mésocorticolimbique ou encore les corrélats neuro-cognitifs de l'impulsivité, faisant de l'évaluation un processus en constante évolution, au gré des connaissances scientifiques ou des changements sociétaux.

Cet ouvrage, rédigé entre autres par les membres du Réseau National pour la Prévention et le Soins du Jeu Pathologique, s'applique à faire une mise au point sur les différentes dimensions du trouble, en adoptant un point de vue tant social, que politique, épidémiologique, clinique, ou encore scientifique. La question de la prise en charge est traitée dans ses aspects thérapeutiques et de prévention.

Jeu pathologique : Gestion des comorbidités psychiatriques

Dr Geneviève Lafaye (Villejuif)

Le jeu pathologique s'inscrit parmi des pratiques largement répandues de jeux d'argent et de hasard, phénomène en plein essor. Il concerne de ce fait un nombre croissants de personnes. C'est ce dont témoigne la recherche anglo-saxonne, avançant des taux de prévalence pour cette pathologie qui côtoient ceux des affections psychiatriques.

La clinique du jeu pathologique est complexe et hétérogène, d'autant plus complexe qu'il existe une fréquence importantes de comorbidités psychiatriques (particulièrement troubles thymiques et troubles de personnalité). La prise en charge de ces patients nécessitera donc une analyse clinique fine de la problématique addictive ainsi que la recherche de comorbidités psychiatriques. Cette double prise en charge permettra de proposer une prise en charge pharmacologique et psychologique plus adaptée et ainsi d'améliorer l'efficacité des traitements.

Réunion du réseau ABC (Approches Biologiques et Cliniques) des Psychotraumas de Montpellier

Dr Philippe Raynaud (Thuir)

L'EMDR (*Eyes movement desensitisation and reprocessing*) est une technique efficace et reconnue dans la prise en charge et le traitement des symptômes de l'état de stress post-traumatique (PTSD). Les potentiels évoqués cognitifs donnent une idée assez précise du fonctionnement cérébral en matière de traitement de l'information. Ils peuvent constituer en psychiatrie une aide au diagnostic et à l'adaptation de la stratégie thérapeutique. L'**objectif** de notre étude est de comparer les profils électrophysiologiques de patients souffrant de PTSD avant et au décours d'un traitement par EMDR, à la recherche d'un éventuel marqueur électrophysiologique spécifique du PTSD. **Méthodologie** : cinq patients souffrant de PTSD suite à une histoire de vie complexe jalonnée d'événements traumatiques bénéficièrent avant et après le traitement par EMDR d'un enregistrement des potentiels évoqués cognitifs. Une évaluation psychométrique était parallèlement réalisée au moyen des échelles PCLs, SUD (subjective unit of disturbance) et VOC (validity of cognition). Les **résultats** ont permis de mettre en évidence une très nette amélioration clinique après les séances de désensibilisation par EMDR. En comparaison à un groupe témoin n'ayant pas bénéficié de séances de désensibilisation au sens du protocole EMDR standard, le profil morphologique des potentiels évoqués cognitifs des patients traités a été sensiblement amélioré. Une augmentation significative de la latence de l'onde P300 ($p=0,001$) a été observée chez les patients traités comparés au groupe témoin. **Discussion** : L'onde P300 est associée avec l'évaluation des stimuli nouveaux en vue de la préparation cognitive à une action comportementale. **Conclusion** : l'augmentation de la latence de la P300 dans le groupe traité suggère une diminution de l'attention orientée vers les stimuli nouveaux et sur le plan clinique une mise à distance vis-à-vis des réactions d'alarme et de sursaut.

Imagerie cérébrale dans le jeu pathologique

Dr Guillaume Sescousse (Lyon)

Au cours des dix dernières années, la description clinique du jeu pathologique a progressivement évolué vers le concept d'addiction comportementale. De ce cadre théorique découle une série d'hypothèses neurobiologiques initialement proposées dans le domaine de l'addiction aux substances. Parmi elles, l'idée d'une distorsion de la sensibilité aux récompenses monétaires a été particulièrement étudiée à l'aide de l'imagerie cérébrale. Cependant, la nature exacte de cette distorsion fait débat : les joueurs pathologiques souffrent-ils d'une hyper-sensibilité, ou d'une hypo-sensibilité, aux récompenses monétaires ? De plus, cette distorsion affecte-t-elle la valeur espérée des gains monétaires, ou bien leur valeur ressentie ? Après avoir présenté des résultats issus de la littérature illustrant ce débat, je proposerai une hypothèse alternative, suggérant une possible diminution de la sensibilité aux récompenses non-monétaires. Nous avons récemment testé cette hypothèse à l'aide d'un protocole d'IRMf comparant l'activité cérébrale suscitée par des images érotiques et des gains monétaires, à la fois chez des joueurs pathologiques et des sujets témoins appariés. Nos résultats révèlent une motivation moindre pour les images érotiques chez les joueurs, conjuguée à une nette diminution de l'activité du striatum ventral, une structure clé du "système de récompense". De plus, contrairement à ce qui est observée chez les sujets témoins, cette même structure ne présente pas de gradation dans sa réponse à des images érotiques d'intensité croissante. Je mettrai ces résultats en parallèle avec d'autres rapportés dans le champ de l'addiction aux substances, en proposant de reformuler la problématique du jeu pathologique en termes de déséquilibre entre la sensibilité aux récompenses monétaires versus non-monétaires.

Mercredi 13 juin

Conférence Warot : Les apports de la neurobiologie à la psychiatrie

Joël Bockaert (Montpellier)

Bien que les relations entre neurobiologistes et psychiatres ont souvent été faites d'attirance et de méfiance, les progrès considérables des connaissances sur le cerveau permettent, sans difficulté, d'élaborer une vision voire une approche commune des activités mentales et donc de leurs dysfonctionnement au cours des maladies mentales. Bien que le débat a longtemps fait rage admettons tous qu'il ne peut y avoir de changements dans mon esprit sans qu'il y ait des modifications dans mon activité cérébrale. D'où la marche lente, continue, et irréversible pour "comprendre" le cerveau avec des méthodes quantifiables. Comprendre comment il assure les contrôles moteurs, respiratoires, homéostatique mais aussi comment il mémorise, permet le langage, la lecture, génère et contrôle nos émotions, notre inconscient cognitif, notre conscience enfin...notre esprit.

Le cerveau est un organe comme les autres, son fonctionnement va dépendre des gènes qui en fabrique la matrice et surtout de ce qu'il va devenir en fonction de son environnement (physique, chimique, psychologique, ...y compris thérapies psychologiques ou cognitives...). Cet environnement va influencer : son développement, ce qu'il apprendra (mémoires diverses...), ses états émotionnels (plaisir, peurs, angoisses...), son inconscient cognitif (ce qui permet d'assurer la plupart de nos activités mentales), et le fonctionnement même de ses gènes (via l'épigénétique). Ce cerveau "fabriqué" jusqu'à la mort est donc plus que tout autre organe spécifique à chaque être humain... c'est son moi. Partant des connaissances les plus pertinentes sur le cerveau des 50 dernières années, je discuterai comment elles ont déjà et continueront à aider le psychiatre à mieux appréhender ce qui est altéré dans cet objet (le plus complexe de l'univers) au cours des maladies de l'esprit.

Evaluer la cognition sociale dans la schizophrénie. Enjeux méthodologiques

Eric Brunet-Gouet (Le Chesnay)

La part attribuable aux troubles de la cognition sociale dans la genèse du handicap psychique des patients schizophrènes est de mieux en mieux établie. Les dernières années ont vu émerger nombre d'études portant sur des populations de patients de taille croissante et autorisant la recherche de corrélats entre le niveau clinique, le fonctionnement cognitif social ou non-social, et le fonctionnement. Il a pu être montré que les troubles de la théorie de l'esprit, la capacité à inférer les états mentaux d'autrui, expliquaient une part significative de la variance du fonctionnement social dans la communauté. Cependant, la description des troubles de la cognition sociale des patients schizophrènes ne peut seulement se limiter à la prise en compte des performances en théorie de l'esprit. En effet, d'autres construits tels que l'empathie, la perception des émotions, la perception sociale, les biais d'attribution sont aussi porteurs d'informations cruciales sur les difficultés d'un patient. Il apparaîtrait extrêmement réducteur d'estimer le dysfonctionnement sur une unique dimension alors même que les recherches en neurosciences sociales démontrent la multiplicité des mécanismes cérébraux mis en jeu dans les phénomènes relationnels. Si l'usage de batteries de tests est le moyen le plus approprié pour résoudre ce problème, il pose cependant la question du choix des instruments et de leurs propriétés psychométriques. La création d'une batterie de tests de la cognition sociale s'avère en conséquence complexe mais absolument nécessaire pour la recherche sur la schizophrénie et pour la pratique évaluative. Dans cet exposé, seront décrites quelques principes qui sont suivis dans la mise en place d'une étude nationale (Evaco) de validation d'une batterie au sein des Centres Experts Schizophrénie du réseau FondaMental.

Quels sont les enjeux d'une formation spécifique en géronto-psychiatrie ?

Pr Vincent Camus (Tours)

La géronto-psychiatrie est une discipline d'individualisation récente. A l'instar de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent qui s'est constituée, dès les années 60, en discipline autonome, elle a développé un corpus de savoirs, de pratiques, d'organisations institutionnelles qui lui sont propres, pour être reconnue, dans certains pays, comme une sous-discipline (ou une sur-spécialisation) de la psychiatrie générale, comme en témoigne la possibilité d'obtenir une qualification que sanctionne une formation post-graduée diplômante spécifique.

Exclusion sociale et dépression

Dr Cédric Lemogne (Paris)

L'exclusion sociale, au sens du rejet social actif par un ou des tiers, constitue l'un des événements de vie les plus à risque d'épisode dépressif ultérieur. Chez le sujet sain, les bases cérébrales de la sensibilité au rejet social sont de mieux en mieux connues. Elles impliquent notamment la partie dorsale du cortex cingulaire antérieur (CCA) et l'insula antérieure. Ces deux régions sont également impliquées dans la dimension affective de la douleur physique. Cela fait supposer que la communauté lexicale entre douleur morale et douleur physique possède des racines biologiques. L'exclusion sociale met en effet en péril la survie de l'individu et la transmission de son patrimoine génétique. Au cours de l'évolution, la sélection naturelle pourrait donc avoir diversifié les fonctions des bases cérébrales de la douleur physique afin de rendre de plus en plus aversives pour l'être humain les situations à risque d'exclusion sociale. Cependant, si on isole expérimentalement l'effet du rejet social de celui de la violation de normes sociales, la région la plus impliquée dans la sensibilité à ce rejet semble alors la partie ventrale (sugénale) du CCA, c'est-à-dire une région-clef dans la physiopathologie de la dépression. De plus, l'activation de cette région lors d'un rejet social simulé chez des adolescents est susceptible de prédire l'occurrence de symptômes dépressifs dans l'année qui suit. A l'inverse, la dépression pourrait elle-même exposer secondairement à un risque accru de rejet social subi voire recherché. L'étude des réactions comportementales au rejet (comportements pro-sociaux ou isolement), de leurs modérateurs psychologiques (estime de soi, soutien social, etc.) et de leurs médiateurs cérébraux (liens avec le système de récompense) chez le sujet sain éclaire d'un jour nouveau les relations entre rejet social et dépression.

Mises au point pharmacologique et clinique : Etat des lieux. Que reste-il de nos ... neuroleptiques ?

Pr Patrick Martin (Paris)

En 1883 Les phénothiazines sont développées comme colorants synthétiques. En 1950 à l'initiative du Pr Henri Laborit, qui travaillait sur l'anesthésie, Rhône Poulenc synthétise la chlorpromazine, une phénothiazine, pour l'utiliser comme anesthésiant.

L'arrivée des neuroleptiques dans l'arsenal thérapeutique, notamment utilisés par Jean Delay et Pierre Deniker chez des patients souffrant de schizophrénie, a été sans nul doute une révolution clinique.

Sur les plans neurobiologique et pharmacologique, les cibles d'action de ces psychotropes, qui ont tous la propriété d'être antipsychotique, ont été les systèmes sérotoninergiques et dopaminergiques.

Le clonage de multiples récepteurs sérotoninergiques a mis en évidence d'autres propriétés pharmacologiques de ces molécules sur une symptomatologie différentes de celle classiquement définies dans la schizophrénie. Même s'il est indéniable qu'il y a eu une évolution importante sur la tolérance de ces molécules, force est de constater qu'il n'y a pas d'innovation majeure au sens propre du terme. D'autres neuromédiateurs semblent également impliqués comme le glutamate, la glycine. Est ce pour autant qu'une molécule purement

glutamatergique sera pleinement efficace sur la « maladie schizophrénie » ?

Devant la complexité symptomatique et la multiplicité des cibles pharmacologiques, notre raisonnement concernant aussi bien la prise en charge que la prise de décision thérapeutique, ne doivent-elles pas être dans une dynamique à la fois catégorielle et dimensionnelle ? Toutefois, nous assistons à l'heure actuelle à une « neuroleptisation » des troubles mentaux.

Quelle en est la justification ? Quelle en est la pertinence ?

Schizophrénie et bipolarité aujourd'hui

Dr Jean-Albert Meynard (La Rochelle)

Depuis la dichotomie proposée avec quelques doutes en 1893 par Kraepelin, les deux majeures psychoses semblent s'opposer dans les manuels et traités de psychiatrie. L'idée d'un continuum entre les deux pathologies n'en constitue pas moins à l'arrière plan de cette logique formelle, un bruit de fond constant depuis le XIXe siècle. De Griesinger en 1845 avec sa *Einheit Psychose* jusqu'aux derniers développements des neurosciences, l'hypothèse étayée d'une hétérogénéité de facteurs communs aux deux entités nosographiques impose sa trace indélébile. Diagnostiquer avec assurance, surtout dans ses formes précoces, un des troubles, reste encore problématique en 2012. En effet, la schizophrénie et la bipolarité revêtent de multiples formes plus ou moins stables qui se recouvrent largement. L'hétérogénéité de ces sous types s'exprime par ailleurs avec des degrés divers de sévérité. Bien que l'idée forte d'un continuum soutenue par les défenseurs du spectre élargie des troubles bipolaires n'ait jamais été réellement établie scientifiquement, de nombreuses preuves et travaux étayent ce concept.

Au premier rang de ceux-ci la génétique établit une forte héritabilité commune aux deux troubles avec dans certaines familles et chez les jumeaux des chevauchements entre les deux pathologies. De la même manière des marqueurs de susceptibilité se situent sur les mêmes chromosomes tandis que des gènes candidats sont associés avec chacune des deux maladies. Le dysfonctionnement des neurotransmetteurs montre à son tour des similitudes tout comme l'exploration par la neuro imagerie et les études sur le fonctionnement cognitif, etc.

Autre source de questionnement, les traitements par antipsychotiques atypiques montrent une efficacité d'égale facture sur les deux pathologies. A ce faire, doivent-ils conserver leur patronyme d'antipsychotiques ?

Repenser la classification des psychotropes

Pr Dominique Pringuey (Nice)

Repenser la classification des psychotropes, c'est répondre aux besoins de la clinique quotidienne aux prises avec la complexité du champ thérapeutique riche d'une constellation de techniques diversifiées où la médication forme une part incontournable de la prise en charge. Les psychotropes ont "changé" la clinique, et l'extension des indications symptomatiques classiques, la mise à disposition de molécules originales et la définition de nouvelles cibles opérationnelles motivent une nouvelle approche de leur classement. L'opposition entre d'une part psycho-analéptiques, antidépresseurs consacrés au relèvement de la fonction thymique et psychostimulants, promoteurs de la vigilance, et d'autre part les psycholeptiques, neuroleptiques et antipsychotiques, réducteurs des hyperfonctionnements thymiques, hypnotiques, sédatifs de la fonction vigile, n'accordait aux benzodiazépines qu'une position "leptique" intermédiaire qualifiant à part leur action spécifique de levée du système d'inhibition comportementale. Leur effet anxiolytique, sédatif, antiépileptique, myorelaxant et amnésiant s'est accru de propriétés anti-catatoniques et anti-maniaques. La 3e classe des psycho-régulateurs normothymiques ouverte par le lithium, rejoint par la carbamazépine, le valproate, les antidépresseurs, et de nouveaux antiépileptiques, accueille désormais des antipsychotiques dont l'éventail s'élargit singulièrement. Les nouvelles stratégies thérapeutiques comportent des choix et des séquences médicamenteuses ordonnées, des règles d'addition et de combinaisons selon des algorithmes construits sur des données validées, associations de différentes appartenances au sein d'une même classe ou de classes différentes. Une classification clinique des psychotropes les situerait selon deux axes, celui de la sévérité de la situation clinique tendue entre urgence et maintenance, et celui de la faisabilité clinique couplant des facteurs tenant aux possibilités thérapeutiques (charge des produits "lourds" : lithium, clozapine, valproate, olanzapine., lamotrigine, tricycliques...) et à l'horizon de l'acceptabilité clinique, somatique (limitations comorbides), psychologique (adhésion) et relationnelle (alliance). Une telle pragmatique de la classification relierait ainsi plus aisément neurochimie, pharmacodynamie et thérapeutique.

Le modèle de l'apathie comme paradigme d'une clinique à "deux compétences"

Pr Marc Vérin et Dr Gabriel G. Robert

L'apathie, sans reconnaissance à l'heure actuelle dans les classifications internationales, est classiquement admise comme une réduction de la motivation qui se décline à niveau comportemental, cognitif et émotionnel. Au quotidien, les patients ne présentent plus d'activités spontanées et orientées vers un but. Ceci fait suite à un appauvrissement de la sensation de motivation ou d'énergie interne, de l'intérêt pour la nouveauté et les notions de persévérance à l'effort, de spontanéité mais aussi de la réactivité émotionnelle aux événements extérieurs. Cette description pourrait correspondre à la rupture observée dans la dépression mais l'effondrement thymique et le négativisme des cognitions dépressives manquent ; la souffrance laissant la place au vide. L'apathie frappe de nombreux patients puisque les démences dégénératives et vasculaires, la maladie de Parkinson, les accidents vasculaires cérébraux, les traumatisés cérébraux, les patients atteints de schizophrénies, les épisodes dépressifs caractérisés mais aussi les maladies dépressives chroniques dont l'apathie peut être un symptôme résiduel sont concernés. Psychiatres et neurologues doivent faire face à ce changement de fonctionnement dans le quotidien des patients mais aussi des familles puisque l'apathie est bien souvent perçue comme du laisser-aller, susceptible d'accroître l'épuisement de l'entourage, du rejet voire même de la maltraitance que les patients peuvent subir.

Les compétences cliniques nécessaires pour le repérage et la prise en charge de l'apathie dans les troubles neuropsychiatriques requièrent bien plus une double compétence associant l'approche scientifique des troubles considérés à une approche médicale globale du patient dans son environnement qu'une complémentarité de compétences de neurologues et de psychiatres bien délimitées.

Jeudi 14 juin

Les maladies d'amour

Pr Marc Bourgeois (Bordeaux)

L'amour, quelles qu'en soient la définition et la conception, est un thème et un prétexte majeur en psychopathologie. Les arts, la philosophie, la théologie, les psychanalyses en sont encombrés. Le psychiatre, dans son domaine de compétence, peut faire de l'inventaire de ses présentations dans la clinique psychiatrique : la jalousie morbide (Henri Ey, étude n° 18, 1950) et le délire de jalousie, l'érotomanie (Clérambault revu par Fréret (1947) et Rosolato (1975), "la poursuite amoureuse" (Fréret, 1947), le harcèlement relationnel et désir amoureux, les dépressions amoureuses ("mélancolie érotique" de Jacques Ferrand, 1610) ; et chez les personnes supposées normales, le spectre des problèmes amoureux : fixation, cristallisation, le choix impossible (le triangle fatal) et tous les pièges et souffrances de l'amour.... On passera sur les déviations des objets et pratiques érotiques : les paraphilies (anciennes perversions).

Les neurosciences nous ont apporté plus récemment des modèles biologiques de l'état amoureux, avec les moeurs animales (la monogamie du campagnol des plaines opposée au comportement volage du campagnol des montagnes, par exemple) retrouvés chez les humains (James Leckman) : études sur l'ocytocine, la dopamine, la vasopressine, les endorphines, la lulibérine et autres neurotransmetteurs. La biologie affirme que "l'amour dure 3 ans" ; période propice à la fécondation, à la grossesse et aux 2 ou 3 ans de maternage qui suivent la conception.

D'un autre côté, la lecture psychanalytique de Freud et ses élèves, de Lacan et ses successeurs, interprète le désir, le choix d'objet, la relation amoureuse (l'état amoureux, Ch. David), l'Œdipe (papa, maman et leur papa et maman) ; l'amour de transfert, obstacle du processus analytique, etc.

Plus prosaïquement, on a pu opposer l'aphanisis ou perte de la faculté de jouir (Jones, 1927), l'anaphrodisie, frigidité et impuissance, à la recherche effrénée du plaisir (satyriasis et nymphomanie) et des oaristys, aux addictions sexuelles, nouvelle pathologie de l'Eros énergumèn...

L'évolution des psychothérapies

Dr Jean Cottraux (Lyon)

Il est possible de distinguer trois moments :

1. *L'axe Vienne/Paris : de Mesmer à Freud*

Il va du magnétisme animal de Mesmer à la psychanalyse, via Charcot et Janet. Il se situe dans le temps entre 1784 et 1960. Il va de la monarchie absolue à la société industrielle et tente de concilier les désirs individuels avec la pression sociale de conformité.

2. *La contre-culture humaniste : le moment de la négation*

C'est le mouvement californien de la thérapie humaniste des années 1960-1980. Ce mouvement conteste la psychanalyse dont les racines bourgeoises furent dénoncées par les leaders charismatiques de la thérapie humaniste, en particulier Wilhelm Reich et Fritz Perls. Cette époque voit la fragmentation des courants psychothérapeutiques en 200 à 400 écoles au nom de la créativité, de la liberté et du culte du moi.

3. *La TCC : le moment de la globalisation*

Le troisième moment est le développement des TCC, à partir des années 1970. Il est contemporain de la globalisation progressive du monde et des savoirs. La TCC part des modèles issus des théories de l'apprentissage, des modèles cognitifs et des neurosciences, autrement dit ce que, au-delà des variations culturelles, les hommes ont le plus en commun. Le mouvement des TCC a posé la question : qu'est-ce qu'une thérapie efficace ? Ainsi la TCC s'obligeait elle-même à être efficace ou à périr. Désormais, toutes les écoles de psychothérapie sont obligées d'y répondre. Les bonnes questions ouvrent des chemins sans retour.

Référence: Jean Cottraux: Choisir une psychothérapie efficace, Odile Jacob, Paris, 2011.

Le DSM-V : Quelles perspectives ?

Dr Marc-Antoine Crocq (Rouffach)

La version finale du DSM-V sera officiellement présentée à San Francisco en mai 2013 au congrès annuel de l'association américaine de psychiatrie. Dès à présent, les propositions faites pour le DSM-V sont consultables sur le site www.dsm5.org. Des controverses animées ont accompagné la longue gestation du DSM-V, tant aux États-Unis que dans d'autres pays. Un des objectifs initiaux était d'évoluer une classification plus dimensionnelle et moins catégorielle des troubles mentaux. Il est prévu que les axes I, II et III soient fusionnés en un seul. Le chapitre sur les troubles de la personnalité est celui qui est allé le plus loin vers une description dimensionnelle ; il propose une classification hybride où les personnalités sont à la fois décrites par rapport à des types de référence et évaluées sur des dimensions. Deux troubles initialement proposés ne devraient plus être conservés dans le corps principal de la classification mais relégués dans une section III, réservée aux troubles proposés pour des études complémentaires : il s'agit du trouble mixte anxieux et dépressif, et du syndrome psychotique atténué. Des chapitres propres, distincts de celui des troubles anxieux, sont prévus pour les troubles obsessionnel-compulsifs et les troubles apparentés (p. ex. la thésaurisation, la trichotillomanie, le trouble dysmorphique corporel), ainsi que pour les troubles liés aux traumatismes et aux facteurs de stress. Le chapitre du DSM-IV des troubles diagnostiqués dans la petite enfance, l'enfance et l'adolescence se transformera dans le DSM-V en un chapitre des troubles neurodéveloppementaux. Dans ce chapitre, les modifications proposées pour le spectre de l'autisme, avec l'abandon du syndrome d'Asperger, ont suscité des réactions de la part des groupes de patients. D'autres propositions nouvelles controversées sont l'abandon du deuil comme critère d'exclusion dans l'épisode dépressif majeur, et le diagnostic de conduites auto-mutilatoires sans intentions suicidaires.

Actualité sur la loi du 5 juillet 2011

Dr Carol Jonas (Tours)

L'actualité juridique en psychiatrie est indéniablement la promulgation puis l'application de la loi du 5 juillet 2011 sur les hospitalisations sans consentement. La loi est complexe et réellement novatrice. Elle tire ses racines dans une actualité récente qui concerne aussi bien ses origines que son élaboration et son début d'application a déjà donné lieu à contestation et à réflexion. Les décisions récentes du Conseil Constitutionnel ont modifié et continuent à modifier le texte législatif. Une jurisprudence naissante nous révèle à quel point l'introduction du juge des libertés et de la détention (JLD) dans l'application de la loi peut avoir des conséquences. Des rapports viennent d'être produits par diverses instances qui révèlent déjà les points sur lesquels il faudrait envisager des modifications ou des amodiations. Chacun de ces aspects sera exposé et discuté.

La bipolarité sur ordonnance : quel avenir pour nos patients ?

Dr Laurent Lesgourgues (Toulouse)

Les troubles bipolaires sont une maladie chronique invalidante variable d'un patient à l'autre dans ses composantes cliniques et environnementales. Aussi, la prise en charge thérapeutique nécessite-t-elle une mise à disposition de protocoles capables d'identifier tous les aspects d'une pathologie protéiforme aux contours parfois complexes. Plusieurs recommandations existent à ce jour et n'ont de cesse d'adapter les traitements à disposition aux profils cliniques divers voire aux comorbidités associées.

Il en est ainsi des dimensions dysphoriques de la maladie bipolaire qui bien que connue depuis longtemps se révèle pourtant être un défi au quotidien pour les praticiens. Peu définis dans leurs spécificité, les dysphories font l'objet de multiples tentatives de prise en charge plus ou moins adaptées au patient, faisant intervenir processus d'initiation thérapeutique spécifique, de modifications posologiques, d'associations médicamenteuses, voire de suivi psycho-thérapeutique particulier.

Développé autour de la problématique de la prise en charge pragmatique des patients bipolaires, cette présentation orale vise à offrir une vision synthétique du champs des possibles en matière de prescription dans les troubles bipolaires en général et de la dysphorie en particulier. Ceci afin d'envisager avec nos confrères une discussion visant à identifier les aspects les plus divergents ainsi que les modalités les plus consensuelles.

Dysrégulations sévères de l'humeur chez l'enfant et l'adolescent

Pr Diane Purper-Ouakil (Montpellier)

En dehors des troubles de l'humeur avérés, les symptômes émotionnels aigus (crises de colère, agressivité réactive) et chroniques (irritabilité, labilité émotionnelle) sont fréquents au cours du développement, notamment chez l'enfant et de l'adolescent ayant des troubles externalisés. La dysrégulation sévère de l'humeur (*Severe Mood Dysregulation* – SMD) plus récemment nommée Trouble dysrégulation émotionnelle avec comportement perturbateur est un concept clinique introduit par Leibenluft (Leibenluft, Charney et al. 2003; Leibenluft, Cohen et al. 2006) pour différencier les difficultés émotionnelles chroniques du trouble bipolaire. Ses caractéristiques principales sont : une humeur chroniquement anormale définie par la présence d'une irritabilité, de colères ou de tristesse, présents presque la plupart du temps, une hyperexcitabilité et une hyperréactivité aux stimuli négatifs. Les taux de comorbidité en population clinique sont très élevés : 93,8% des enfants et adolescents ont un trouble déficit d'attention/hyperactivité, 84,4% ont un trouble oppositionnel avec provocation et 46,9% ont un trouble anxieux. Le SMD semble bien être une catégorie distincte du trouble bipolaire, lorsque celui-ci répond aux critères d'épisodicité et d'intensité du DSM-IV ; en revanche, ses frontières avec les troubles externalisés sévères dans lesquels l'agressivité réactive est fréquente restent à définir. Les premières données longitudinales indiquent que l'évolution des enfants et adolescents ayant les caractéristiques du SMD est marquée par un risque accru de troubles dépressifs, plutôt que maniaques. Si le Trouble dysrégulation émotionnelle avec comportement perturbateur devait bien entrer dans le DSM V comme cela est proposé, on peut en attendre des progrès en termes de reconnaissance et de nouvelles pistes thérapeutiques pour des symptômes invalidants et répondant insuffisamment aux traitements habituels.

Du sécuritaire aux soins intensifs psychiatriques

Dr Mathias Russick (Villejuif)

Si l'acronyme UMD est bien connu en psychiatrie, les réalités qu'il recouvre le sont souvent beaucoup moins. C'est que les secteurs de psychiatrie qui y ont recours pour des patients ayant perturbé de façon majeure leur fonctionnement, restent à l'écart de ces structures souvent éloignées géographiquement. La mise à distance est de divers ordres.

Les secteurs ne sont plus équipés pour recevoir des patients difficiles. L'ouverture vers l'extérieur des structures hospitalières est devenu une réalité, les personnels, souvent jeunes, féminins et en nombre insuffisant ne sont pas habitués à traiter des patients présentant des troubles majeurs du comportement.

Les structures psychiatriques en milieu pénitentiaire prennent mieux et davantage en charge les détenus. Les comportements antisociaux et psychopathiques sont traités essentiellement dans ces services et le seront davantage encore avec l'ouverture des UHSA.

Le recrutement des UMD se modifie donc, qualitativement et quantitativement. Elles doivent s'adapter à ces modifications et devenir des pôles de compétences du soin aux patients difficiles. Mais le cadre réglementaire qui les régit est rigide, la durée moyenne de séjour est longue, ralentissant la réactivité aux nombreuses demandes qui leur sont faites.

C'est pourquoi nous avons élaboré un projet de pôle "soins intensifs psychiatriques" régional associant à l'UMD, l'USIP (Unité de soins intensifs psychiatriques), au fonctionnement plus souple, aux durées de séjour moindres avec des délais de réponses brefs, à proximité des secteurs qui demeureront impliqués dans ces prises en charge. Il s'agit de concentrer le travail des équipes pluridisciplinaires du pôle "soins intensifs" sur la connaissance, le traitement et la prévention d'expressions violentes de certaines pathologies.

Dès lors, les secteurs pourront poursuivre leur ouverture sur l'extérieur et reprendre des patients cliniquement stabilisés qui autrement, de difficiles risqueraient de devenir dangereux.

Les classifications en psychiatrie : aspects historiques

Dr Jérémie Sinzelle (Paris)

Au delà du débat entre adversaires et partisans des différentes classifications, il nous semble essentiel de revenir sur les différentes démarches classificatoires en psychiatrie.

Après des tentatives philosophiques sur les troubles de l'âme, c'est l'émergence de la psychiatrie en tant que spécialité médicale au XIXe siècle qui a nécessité une description clinique plus riche et une définition plus précise des maladies mentales autour de l'idée du diagnostic, consubstantielle de la démarche médicale.

Emil Kraepelin a marqué son époque (charnière entre XIXe et XXe siècle) et bien au delà, en cristallisant autour de sa vision le développement moderne de la psychiatrie à travers les différentes éditions de son Manuel.

La définition de nouvelles entités se poursuit mais persiste le besoin d'une cohérence au sein de la discipline psychiatrique.

Comme les nosographies précédentes, la CIM et le DSM tentent de couvrir la pathologie mentale la plus large, mais l'objectif de ces classifications nécessite d'être rappelé : comme outil d'organisation des soins pour la première, et outil d'inclusion statistique dans la recherche clinique pour la seconde.

Mais ces deux démarches, complémentaires et assurément nécessaires pour assurer le progrès de la psychiatrie, ne représentent pas en soi des corpus ou des manuels cliniques.

La quête d'une vérité clinique, toujours abstraite et insaisissable en psychiatrie, nous paraît cependant indissociable d'un travail d'introspection qui permet au clinicien d'affiner sa vision de manière critique, en assumant sa propre subjectivité et les limites de cette recherche d'objectivité.

Où sont passés nos délires de filiation ?

Pr Pierre Vidailhet (Strasbourg)

Fausse duchesses et pseudo dauphins réclamant à corps et à cris honneurs et dus ont longtemps incarné la folie aux yeux du grand public. L'histoire de la psychiatrie est marquée par la description de ces patients affirmant descendre de personnages illustres. Attentif à leur thématique délirante, G. Ballet décrit les persécuteurs familiaux processifs en 1893. Sérieux et Capgras, préférant classer les délires selon leurs mécanismes, distinguent les interpréteurs filiaux dans un article de la revue l'Encéphale en 1910. En 1911, toujours dans l'Encéphale, Dupré et Logre vont eux séparer les délirants imaginatifs. Cent ans plus tard, on ne retrouve plus trace du thème délirant de filiation dans le DSM IV-TR. Les cliniciens ne rapportent plus les cas de tels patients se disant de haut lignage. Est-ce le signe d'une évolution de la société dans laquelle la recherche des origines ou l'inscription dans une filiation aurait perdu de son importance ? Ou le fait des progrès de la génétique qui peut maintenant aisément démasquer les faussaires ? Ou encore de la perte de l'intérêt des psychiatres pour la description clinique fine du délire ? Cet intérêt pourrait cependant revenir : la question touche à celle de l'identité et du récit autobiographique qui est aujourd'hui abordée par les neurosciences cognitives.

De l'homme structural à l'homme neuronal

M. Francis WOLFF (Paris).

Les controverses actuelles, et récurrentes, sur les méthodes en psychiatrie, peuvent être éclairées si on les rapporte à un changement plus

global de la définition de l'homme dans les sciences humaines depuis une trentaine d'années. Considéré à la lumière de la psychanalyse ou de l'anthropologie culturelle, l'homme était, jusqu'à la fin du siècle dernier, soumis au poids des structures, déterminé par ses conditions sociales ou familiales, gouverné par des désirs inconscients, dépendant de son histoire, de sa culture ou de sa langue. C'était l'homme structural. Cet homme des sciences humaines et sociales qui s'épanouissait dans le paradigme de Lévi-Strauss, Benveniste ou Lacan et qui triomphait encore chez Bourdieu, cet homme-là s'est effacé furtivement du paysage. Depuis le début du XXI^e siècle, de nouvelles sciences nous parlent d'un nouvel homme. C'est l'homme des neurosciences, des sciences cognitives, de la biologie de l'évolution. L'homme qu'elles dessinent n'a rien à voir avec le précédent : il est soumis au poids de l'évolution des espèces, déterminé par ses gènes, dépendant des performances de son cerveau. C'est en somme un "animal comme les autres". On est passé de "l'homme structural" à "l'homme neuronal", selon le titre du livre marquant de Jean-Pierre Changeux. On a, comme on dit, "changé de paradigme". La controverse n'est pas que théorique ; elle a des enjeux pratiques. L'exemple de l'autisme est significatif mais il y en a beaucoup d'autres. Car la façon de prendre en charge les anorexiques, de réprimer ou de soigner l'homosexualité ou justement de ne pas la réprimer ni la soigner, d'éduquer les enfants ou de punir les délinquants, dépendent de la définition que l'on donne de l'homme. Faut-il s'en réjouir ? Faut-il s'en plaindre ? Il faut d'abord le constater ; en chercher les raisons et en mesurer les effets.

Vendredi 15 juin

Peut-on évaluer l'efficacité d'une psychothérapie ?

Dr Jérôme Palazzolo (Nice)

La méthodologie d'évaluation des thérapeutiques médicamenteuses est aujourd'hui bien établie. Est-ce aussi le cas pour ce qui concerne les psychothérapies ?... Malgré les nombreuses publications parues ces dernières années, les avis sont partagés et encore source de nombreux débats.

Après avoir démontré l'efficacité générale des psychothérapies selon les critères de l'Evidence Based Medicine, puis essayé de distinguer l'efficacité relative des principales approches suivant la même méthode, la dynamique de recherche en psychothérapie se recentre actuellement sur deux points majeurs qui sont en lien direct avec la pratique clinique : "Pourquoi et comment une psychothérapie marche-t-elle ?".

Ce recentrage place sur le devant de la scène l'expertise clinique et la dimension qualitative des psychothérapies; il prend en compte, au-delà des clivages pouvant exister entre diverses approches, les variables individuelles et d'interaction entre le soignant et le soigné, tout en s'efforçant de saisir les principes fondamentaux de la méthode utilisée face à une situation psychopathologique spécifique.

En définitive, même si les méthodes d'évaluation évoluent, même s'il y a lieu "de dire ce qu'on fait et de faire ce qu'on dit", peut-on vraiment parler d'évaluation dans un domaine qui a avant tout à voir avec l'humain et la rencontre singulière entre un patient et un thérapeute ?

Présentation du Rapport "Les Psychothérapies de soutien"

par le Pr Laurent Schmitt (Toulouse)

La psychothérapie de soutien est la psychothérapie la plus pratiquée par les professionnels de santé. Elle s'applique souvent à des cas difficiles et à des situations cliniques aussi différentes que le deuil, l'anxiété, les maladies graves, la dépression, l'alcoolisme, la schizophrénie, les troubles de la personnalité ou les conséquences du vieillissement. Quelles demandes orientent vers une psychothérapie de soutien ? Comment poser le cadre d'une psychothérapie de soutien ? Comment la faire évoluer en fonction des difficultés rencontrées ? Cet ouvrage répond à ces questions en expliquant les fondements théoriques de la psychothérapie de soutien et en présentant les outils, les stratégies et les contextes dans lesquels elle s'exerce. Des indications sur le contenu et le nombre des séances sont également proposées.

Ouvrage rédigé par des cliniciens de terrain dans ce domaine, il offre une aide originale aux psychothérapeutes et professionnels de santé engagés dans une relation de soutien.

Le soutien en télé-médecine

Pr Guillaume Vaiva (Lille) : résumé non fourni

L'homme et la passion de l'autre

Pr Jean-Didier Vincent,

Membre de l'Institut (Académie des Sciences) et de l'Académie Nationale de Médecine

Avant de parler des **passions de l'âme**, j'essaierai de définir ce que j'entends par âme et par passion pour en venir à la compassion qui me paraît être l'essence de l'homme. Dans la passion se mêle intimement le sentir et l'agir, combinaison dans laquelle le premier à la préséance sur le second — autrement dit, c'est l'affect (l'état) qui précède l'acte : "*sentio ergo sum*".

Face à cette primauté des passions, on m'opposera que l'homme est avant tout un être de raison. Certes, mais lorsque cet admirable logicien est livré dès sa naissance à la solitude ou que des causes organiques l'empêchent de percevoir convenablement la présence de ses congénères, le voici empêché dans l'exercice normal de son humanité. L'exemple anecdotique des enfants-loups et celui autrement fréquent des autistes illustrent tragiquement mon propos.

Le trafic des passions entre les hommes me paraît l'emporter sur le commerce des idées pour fonder une communauté où chacun trouve les conditions de son existence. Les biologistes qui étudient les émotions montrent la place de celles-ci dans les comportements où les animaux se lient ou s'affrontent, mais il n'est pas de bête au monde qui soit capable comme l'homme de mourir dans la passion ou de vivre pour l'amour de son prochain. La compassion me paraît être l'attribut constitutif de son âme.

Chacun de nous est un faisceau de réciprocity pour lequel l'autre existe comme complice ou révélateur de nos secrets. J'évoquerai assez longuement **ce sens des autres**, fonction composée, d'une part, de la résonance motrice entre soi et l'autre, d'autre part, du processus de prise de perspective du point de vue subjectif d'autrui. Comme l'affirme Max Scheler, comprendre, c'est connaître le dedans de l'autre en lui donnant du sens. La compassion chez l'humain représente la modalité fondamentale de la connaissance. A ce propos, je m'attarderai sur le rôle fondamental des passions dans la gestion de la société, notamment dans l'époque contemporaine où l'affect déborde largement la raison. Comme le dit David Hume : "Il y a des occasions où les passions peuvent paraître transfusées d'une personne à l'autre instantanément, avant même de savoir ce qui les a excités dans la personne principalement concernée". On parle aujourd'hui de **contagion affective** qui intervient au premier chef dans les phénomènes d'émeutes ou simplement de malaise dans la société. Notre exposé tentera de faire une synthèse des mécanismes neurologiques et hormonaux à l'œuvre dans ces "passions mitoyennes".

Communications par affiche (Posters)

Abilchamat Massa, Von Theobald Louis, de Montechenu Claire, Bindler Louis, Bocher Rachel
Service de psychiatrie V, CHU Nantes, Hôpital Saint-Jacques, Nantes

L'anticoagulation, un traitement de la mélancolie ? A propos d'un cas

La dépression sévère est un facteur de risque thromboembolique important, surtout en présence d'un ralentissement psychomoteur majeur. Les mécanismes physiopathologiques décrits dans la littérature, impliquent notamment une augmentation de l'agrégation plaquettaire. En revanche, rares sont les cas cliniques de patients ayant pu développer un épisode dépressif majeur secondairement à une embolie pulmonaire (EP).

Nous rapportons le cas d'une patiente de 75 ans, hospitalisée pour la troisième fois dans notre service pour un épisode dépressif majeur avec symptômes psychotiques. Dans ses antécédents, on retrouve deux épisodes d'EP, respectivement à 59 et 69 ans avec un bilan de thrombophilie négatif. Il n'existait pas d'anticoagulation au long cours chez cette patiente. Lors de l'épisode actuel, cette patiente en rupture de suivi psychiatrique a présenté une symptomatologie dépressive sévère avec anxiété majeure associée à des éléments délirants mélancoliformes à thématiques de persécution, de culpabilité et d'incurabilité. Dans un premier temps, un traitement par Miansérine et Risperidone est débuté. Dès le lendemain de son hospitalisation en psychiatrie, elle présente une détresse respiratoire nécessitant un transfert en réanimation. Le bilan (biologie sanguine et scintigraphie pulmonaire) réalisé alors conclut à une EP bilatérale. Un échodoppler des membres inférieurs montre une thrombose veineuse profonde droite. Le traitement psychotrope est interrompu et une anticoagulation curative est alors débutée. De façon spectaculaire et concomitante, on observe un amendement complet de la symptomatologie psychiatrique et pulmonaire.

Ce cas clinique interroge sur la nature et le degré de la contribution de l'EP dans la pathogénèse d'un épisode dépressif caractérisé avec symptômes psychotiques et sur la comorbidité de ces deux pathologies d'évolution indépendante avec l'angoisse comme symptôme commun.

Aiouez Khadidja

CHU Mustapha Bacha, Alger centre, Algérie

Comportement agressif chez les schizophrènes : dosage du cortisol sanguin et rôle des événements stressants

Pendant longtemps la notion d'agressivité associée à la schizophrénie a dominé en psychiatrie, plusieurs hypothèses sous-tendent son étiopathogénie, notamment neurobiologiques faisant référence au système dopaminergique (hyperdopaminergie) et sérotoninergique (hyposéro-toninergie) ainsi qu'un désordre des corticostéroïdes (taux bas de cholestérol et cortisol).

Notre étude consiste en la mise en évidence du rôle des événements stressants dans le déclenchement du comportement d'agression chez une population de schizophrènes, elle aura aussi pour but d'évaluer et de comparer les cortisolémies moyennes entre deux groupes de schizophrènes : un groupe de cas (schizophrènes agressifs) et un groupe témoin (schizophrènes non agressifs). La sélection de cas et témoins a été faite à l'aide d'une échelle d'agressivité manifestée (OAS) l'Overt Aggression Scale de Yudofsky.

L'analyse statistique a été basée sur la comparaison de moyennes du taux de cortisol sanguin entre les cas et les témoins par le test de student avec un alpha à 0,05 et un intervalle de confiance à 95%.

Les résultats montrent que la cortisolémie moyenne chez les patients schizophrènes agressifs ($261,61 \pm 17,48$ nmol/l) est significativement diminuée par rapport à celle des patients schizophrènes non agressifs ($553,74 \pm 5414$ nmol/l), $p = 0,01$. Quant aux événements stressants, ils contribuent de façon indéniable à la genèse d'un comportement agressif chez les patients schizophrènes.

Aiouez Khadidja

CHU Mustapha Bacha, Alger centre, Algérie

Vers une modélisation d'un profil du patient schizophrène à haut risque suicidaire par un modèle de régression logistique

La pathologie mentale paie un lourd tribut aux conduites suicidaires, qui concernent particulièrement les patients souffrant de schizophrénie, malgré les avancées thérapeutiques le suicide représente 10% à 13% chez les patients schizophrènes, quant aux conduites suicidaires, elles représentent 18% à 55%.

Il s'agit d'une étude analytique de type cas-témoin, portant sur 290 patients (148 cas: schizophrènes suicidants et 142 témoins: schizophrènes non suicidants), d'âge moyen de 33.30 ± 9.69 ans, (65.2 % hommes et de 34.8 % femmes), dans le but d'une analyse des facteurs de risque suicidaires chez les sujets souffrant de schizophrénie, ces facteurs sont (sociodémographiques, cliniques, thérapeutiques et biologiques) grâce à une analyse univariée réalisée sur le logiciel EPI-INFO version 6,04 dfr, et l'établissement du profil du patient schizophrène à haut risque suicidaire par une analyse multivariée ou modèle de régression logistique fait sur le logiciel SPSS 15.0. Les résultats montrent que le modèle de régression logistique après ajustement de tous les facteurs de risque pris en même temps, retient pour la variable dépendante "conduites suicidaires", les facteurs de risque suivants : la présence d'une dépression post-psychotique schizophrénique, la conscience du trouble schizophrénique, ainsi que deux facteurs protecteurs d'ordre thérapeutique qui sont le traitement antipsychotique de seconde génération (rispéridone, olanzapine) et le traitement antidépresseur de type ISRS (sertraline, paroxétine).

Aiouez Khadidja

CHU Mustapha Bacha, Alger centre, Algérie

Génie, Schizophrénie et Insight : A beautiful mind

Devenu une variable clinique multidimensionnelle alors que son absence était tenue pour un trait fixe de la pathologie schizophrénique, l'insight ressort d'un ensemble de travaux expérimentaux récents comme un facteur pronostique important. De nombreuses inconnues demeurent : s'il est indépendant de la symptomatologie et de sa gravité, est-il néanmoins un effet de la maladie ou bien lui préexiste-t-il, appartenant plutôt à un aspect de la personnalité sous-jacente? Même appréhendé comme une entité complexe, l'insight est vraisemblablement encore bien plus multiple quant à sa nature psychologique et à ses liens avec la conscience et la subjectivité, mais élucider cette question reviendrait à connaître le fonctionnement de l'esprit....

Tout cela va être illustré par le cas du célèbre mathématicien de génie et économiste John Forbes Nash, auteur de la théorie de l'équilibre qui a souffert durant longtemps de trouble schizophrénique, l'évolution de son affection a été marquée par de nombreuses rechutes dues à une mauvaise observance malgré un insight à la hauteur de son génie.

Aiouez Khadidja

CHU Mustapha Bacha, Alger centre, Algérie

La schizophrénie est-elle une pathologie de la conscience ?

La schizophrénie est considérée comme étant une pathologie de la cognition et la conscience selon plusieurs auteurs, évoquant ainsi plusieurs modèles cognitifs explicatifs tels que dysmétrie cognitive pour N. Andreasen, déficit de la conscience auto-néotique selon J.M. Danion et une altération de la métareprésentation selon C. Frith renvoyant à un défaut du traitement de l'information, de l'apprentissage et surtout à un trouble de la conscience. Nous illustrons notre propos par un cas clinique concernant un jeune homme de 21 ans, transféré du service d'urologie où il fut admis pour émasclation puis transféré à notre service pour prise en charge psychiatrique. Au-delà du caractère absurde et grave de son acte, nous étions frappés par l'absence de toute plainte algique et c'est autour de cet aspect là qu'est la douleur chez le schizophrène, que nous essayerons de comprendre d'un point de vue neurocognitif les dérèglements de la mécanique et de la perception de la douleur chez le schizophrène, avec comme corollaire cognitif le défaut de traitement de l'information nociceptive impliquant certaines régions cérébrales telles que Cortex somato-sensoriel primaire, thalamus pour la composante sensitivo-discriminative et le Cortex somato-sensoriel secondaire, Cortex cingulé et l'insula : rôle dans la composante motivo-affective en s'appuyant sur les modèles cognitifs explicatifs sus-cités de la schizophrénie.

La perception de la douleur s'opère sur plusieurs niveaux : neuroanatomique, neurophysiologique et neuro-cognitif, Nous espérons, dans le futur, qu'avec l'essor de la neuro-imagerie fonctionnelle et biochimique, il sera non seulement possible de voir l'infiniment petit, mais surtout de comprendre les concepts les plus abstraits tels que la conscience, dimension fondamentale pour qu'une douleur soit perçue, vécue et exprimée par un comportement. Cette dimension apparaît altérée chez le patient schizophrène et par conséquent peut expliquer en fine partie le trouble de la perception de la douleur chez le schizophrène.

Aiouez Khadidja

CHU Mustapha Bacha, Alger centre, Algérie

La mécanique du mot : une politique de gauche

A partir des troubles aphasiques rencontrés chez nos patients atteints de démences ou d'encéphalopathie de Gayet-Wernicke et de maladie de Wilson jusqu'aux thérapies déployées pour les combattre, nous allons pénétrer dans les méandres du langage, de son origine à ses relations avec la pensée, de ses mécanismes intimes à ses soubassements neuroanatomiques.

Les sciences cognitives montrent que le langage est bien différent de la pensée, l'imagerie cérébrale fonctionnelle montre que le langage intérieur (pensée) et extériorisé (langage oral) rencontrent les mêmes régions du cerveau d'où cette hypothèse probable : la lésion de ces aires se répercuterait sur les 2 fonctions du langage.

Qu'il s'agisse de Broca ou de Wernicke, tous s'accordent sur la notion d'une lésion au niveau du tiers post de la première circonvolution temporale gauche avec l'existence d'au moins deux composantes au sein du système du langage, l'une liée à la production verbale et l'autre à la compréhension verbale. Les cognitivistes avancent que pour parler, il faut comprendre ce que disent les autres, fonction dévolue aux fameux "neurones miroirs" qui s'activent en IRM lorsque nous parlons ou nous écoutons un autre parler. Certains généticiens baptisent le gène FOXP1 "gène du langage".

Enfin, en matière de langage, ce qui est important est plutôt le software (la façon dont le cerveau acquiert le langage) et non le hardware (le câblage inné du cerveau).

Aubry Clara

CHU de Besançon

A partir de la présentation d'une rencontre clinique, réflexion autour de la discussion diagnostique et autour du concept de continuum entre schizophrénie et troubles bipolaires de l'humeur

A l'issue d'une situation clinique, une des questions relevée était la difficulté du choix d'un diagnostic entre ceux de schizophrénie, trouble schizo-affectif et trouble bipolaire de l'humeur de type I avec symptômes psychotiques.

La question du diagnostic a des impacts multiples et différents : dans les différentes dimensions des soins, dans l'information, pour la personne souffrante, notamment dans les remaniements identitaires.

Nous nous sommes alors intéressés, en nous aidant d'outils issus de la littérature et des classifications internationales CIM et DSM, à ce qui définissait et permettait de faire le diagnostic des trois entités diagnostiques évoquées. Nous avons par ce travail questionné la notion d'approche dimensionnelle des troubles psychiatriques.

Ce souci face à l'arrêt sur un diagnostic fixe nous a alors amené à nous questionner sur la pertinence du concept de continuum entre psychose et trouble de l'humeur, en nous intéressant aux éléments cliniques, épidémiologiques, pronostiques et des données de la recherche génétique, biologique, en imagerie cérébrale et neurocognitive.

Mots clefs : Schizophrénie, Trouble schizo-affectif, Trouble bipolaire, Continuum, Diagnostic.

Benabbas Malik, Benelmouloud Ouafia, Bouallegue Zinz, Rahmoun Zoheir, Khodja Abdelkrim, Ykhlef Mohamed, Takoucht Feriel

Hôpital Militaire Universitaire de Constantine, Algérie

Psychose aigüe et thymorégulateur, à propos de son utilisation systématique en milieu hospitalier

La bouffée délirante, de par sa spécificité de psychose aigüe, se caractérise par un tableau thymique important oscillant entre les deux pôles extrêmes de l'humeur. Devant ce tableau thymique important, nous avons pensé vérifier l'hypothèse déjà émise par P. Swensen et al (2003) et A. Tukins (2002) concernant l'adjonction d'un thymorégulateur au traitement neuroleptique classique prescrit dans la prise en charge de la bouffée délirante. Il s'agit d'une étude épidémiologique de type prospectif comparant deux types de populations de malades présentant le diagnostic de bouffée délirante et triées selon le principe de la randomisation. Une population de malades recevant un traitement classique (neuroleptiques seuls) nommée groupe A. L'autre population recevant un traitement classique associé à un thymorégulateur et nommée groupe B. L'étude a débuté au mois de janvier 2010. Chaque population comprend 50 malades. Critères d'exclusion: tout autre accès psychotique aigu ne répondant pas aux critères de définition de la bouffée délirante, ou accès récidivant déjà traité aux neuroleptiques. Les items de comparaisons sont : l'agitation, la symptomatologie délirante, les troubles de l'humeur, la durée d'hospitalisation, le retour à l'autocritique, la durée de traitement et les possibilités de réinsertion sociales et professionnelles

Un bilan paraclinique standard est pratiqué pour tous les malades, avec en plus un contrôle de la fonction hépatique et hématologique pour le groupe B. Les neuroleptiques utilisés sont des incisifs et des sédatifs, la voie d'administration est le plus souvent parentérale (en phase aigüe). Le thymorégulateur prescrit pour le groupe B est le tegretol (400 à 800mg/j).

Conclusion. Alors qu'une majorité des résultats sont encore en analyse et un échantillon d'étude peu représentatif, les résultats de Swensen et Tukins se vérifient auprès de notre population sous thymorégulateur qui semble avoir les meilleurs scores pour tous les items étudiés et comparés.

Nous estimons qu'une fois la population d'étude élargie et comparée à d'autres travaux allant dans le même dessein, un consensus pourra être tiré concernant l'adjonction d'un thymorégulateur lors du traitement de la bouffée délirante.

Benelmouloud Ouafia, Benabbas Malik
Hôpital Militaire Universitaire de Constantine, Algérie

Mort subite à l'hôpital psychiatrique : état des lieux

La mort subite se définit comme étant une mort naturelle, de survenue soudaine chez une personne en bon état de santé apparent. Le caractère naturel du décès exclut toute forme de mort violente (criminelle, suicidaire, ou accidentelle), mais c'est le caractère inattendu et insolite du décès qui va le rendre suspect. **Méthodologie.** Etude de type rétrospectif qui s'intéresse aux cas des morts subites survenues au niveau de l'EHS psychiatrique Mahmoud Belamri depuis l'année 2000 à 2009. Sont exclus de l'étude les cas de mort par suicide, et les décès suite à une affection médicale préexistante et connue. Les items de travail sont : le Sexe, l'Age, les Antécédents psy, l'Etat général à l'admission, les Examens complémentaires, le Diagnostic, le Traitement, la Durée de séjour, l'Heure et la Cause du décès. **Résultats.** Malgré les biais méthodologiques inhérents aux études rétrospectives, quelques résultats ont pu être dégagés. Le dépouillement des dossiers a permis de recenser 10 cas de mort subite sur une période de 10 ans. 15 000 hospitalisations ont été recensées depuis 1996, ce qui nous donne une fréquence de un décès pour 1 500 malades hospitalisés. Le sexe : notre étude comporte 05 femmes et 05 hommes établie dans l'ordre de 50-50, alors que l'étude de Mc Gray et al en 1998 et sur un nombre de 130 morts subites montre que 85% des décédés sont des hommes. L'âge: 70% des décès entre 30- 60 ans, alors que ceux ayant un âge situé entre 20 – 30 ans sont de l'ordre de 30%, et la plupart des études corroborent cette tranche d'âge (30-70 ans) qui demeure la plus fréquente. Antécédents : 40% ont des antécédents d'hospitalisations en milieu psychiatrique, 30% ont des antécédents de suivi en ambulatoire au minimum pendant deux ans et 30% qui n'ont aucun antécédent psychiatrique et donc considérés comme inconnu du service. Etat général à l'admission: 80% des malades décédés ont eu un état général conservé à leur admission selon l'examen physique pratiqué à l'entrée, 20% ont eu un état général peu conservé (un syndrome infectieux avec des escarres au niveau d'une fesse, présence d'abcès au niveau des deux pieds). Examens complémentaires. Le Bilan standard qui comprend le dosage de l'urée, glycémie, créatinine, FNS, VS, a été fait pour tous les malades. Le FO: 40% des malades ont fait un FO dont 30% aux fins d'une série d'électrochocs, et 10% dont le but est imprécise. Le Test de Grossesse: a été pratiqué chez 50% des malades (les 05 femmes de notre échantillon). EEG + TDM: ont été pratiqués pour un malade qui a présenté un syndrome infectieux et qui n'ont montré aucune anomalie. ECG: a été pratiqué pour deux malades, pour l'un il y avait des signes électriques de tachycardie sinusale et un bloc de branche, et pour l'autre des signes d'une tachycardie sinusale + des signes d'HVG, par ailleurs on ne retrouve aucun traitement à base de produits cardiotoniques. Diagnostic d'entrée: le diagnostic à l'admission pour les 10 malades était comme suit: 40% : Schizophrénie. 20% : troubles du caractère et du comportement 10% : Refus alimentaire. 20% : Troubles bipolaires. Durée de séjour : De 0 à 10 jours : 50%; de 11 à 30 jours: 30% ; au delà de 30 jours: 20%. Les causes du décès. Dans 90% des cas la cause du décès établie par le médecin psychiatre de garde est un Arrêt Cardio-Respiratoire, alors que dans 10% des cas la cause était imprécisée. **Discussion.** Nous déplorons la rareté des travaux concernant la mort subite en psychiatrie, thème qui soulève moult interrogations surtout qu'au niveau de l'EHS le rythme est de une (01) mort subite par an survenant chez une personne apparemment sans anomalie somatique. Dalery et col dans "Schizophrénie, recherches actuelles et perspectives" énonce que le schizophrène est plus vulnérable à une mort subite selon une cohorte de 100 malades, d'autant plus que 60% des décédés étaient des schizophrènes. A la fin de ce travail plusieurs interrogations persistent : le bilan dit standard est-il suffisant pour éliminer une affection somatique sous-jacente ou faut-il ajouter d'autres éléments ? L'ECG est-il systématique pour tout malade hospitalisé en psychiatrie même en l'absence de signes cliniques patents. Est-on en droit d'exiger la présence d'un médecin interniste au sein de l'EHS psychiatrique car face à une demande croissante, le psychiatre a tendance à scotomiser l'examen somatique et surtout si le malade est connu.

Bergot Camille, Philippe Raynaud, Boxus Albert
Psychiatrie adulte – Unité D , CH Léon-Jean Gregory, Thuir

Stress post-traumatique induit par la mise en isolement thérapeutique : réalité ou fantasme ?

Introduction : L'isolement thérapeutique est une pratique courante en services de psychiatrie mais est peu évaluée. Notre objectif est de rechercher la survenue d'un état de stress post-traumatique (PTSD) chez des patients isolés. **Méthode :** Cette étude naturalistique a inclus 10 patients, hospitalisés en secteur ouvert de psychiatrie adulte (Centre Hospitalier de Thuir), pour lesquels l'indication d'isolement thérapeutique a été posée. Chaque patient a été vu à J0, 48-72h puis à 1 mois de la mise en isolement. En plus de leur propre vécu subjectif, nous avons recherché la survenue à 48-72h d'une détresse post-traumatique par l'Echelle de Stress Péritraumatique (ESP), dont le seuil de significativité est de 15/52, puis à 1 mois par l'échelle Posttraumatic stress disorder CheckList Scale (PCL-S), dont un score supérieur à 44/85 est en faveur du diagnostic de PTSD. **Résultats :** 9 hommes et 1 femme ont été inclus dans l'étude, âgés de 19 à 46 ans (moyenne 28 ans). Les indications d'isolement thérapeutique étaient la prévention d'un passage à l'acte, hétéro-agressif (N = 6) ou hétéro- et auto-agressif (N = 4). 2 patients ont été contenus. Tous les patients étaient opposés à l'isolement à J0 ; à 48-72H, 7 patients verbalisaient un effet bénéfique, contre seulement 3 à 1 mois. Les scores moyens à l'ESP et à la PCL-S étaient respectivement de 14,1/52 (inférieur à 15) et 27,25/85 (inférieur à 44). 30% des patients à 48-72H, et plus de 10% à 1 mois présentaient des scores en faveur d'un PTSD. **Conclusion.** Ces scores, élevés, doivent nous faire réfléchir au bien-fondé des indications de mise en chambre d'isolement. Il convient d'augmenter l'effectif de l'étude et de vérifier avec précision l'imputabilité d'une telle contrainte dans la survenue d'un PTSD.

Billoux Sophie, Telmon Norbert, Birmes Philippe, Schmitt Laurent, Arbus Christophe
Service de Psychiatrie, CHU de Toulouse, Laboratoire du Stress Traumatique (EA 4560), Université de Toulouse III

Facteurs de risque du TSPT : l'altération de la mémoire autobiographique comme facteur de vulnérabilité

Les fonctions mnésiques et exécutives sont altérées dans le trouble de stress post-traumatique (TSPT). Ce trouble anxieux peut être envisagé comme une maladie de la mémoire avec un trouble de l'extinction de certains souvenirs (ecmnésie) et parallèlement une amnésie partielle portant sur ces mêmes éléments. Les études sur les dysfonctionnements cognitifs des patients souffrant de TSPT sont souvent réalisées à la phase d'état de la maladie. Cependant, nous ne pouvons conclure quant à la réelle signification de ces altérations : conséquence ou facteur de risque du TSPT ? Seules des études réalisées à la phase post-traumatique immédiate pourraient permettre de répondre à cette question. Les altérations cognitives mises en évidence pourraient alors représenter un facteur de risque de TSPT ultérieur. Dans le cadre de ce travail, nous évaluons les capacités de rappel en mémoire autobiographique épisodique à l'aide d'une version écourtée du test de Crovitz modifié chez deux groupes de 20 sujets : un groupe de sujets venant d'être exposés à un traumatisme psychique et un groupe de sujets non exposés à un traumatisme. L'hypothèse proposée est une absence de différence entre les deux groupes supposant que le traumatisme n'est pas la cause de l'altération en mémoire autobiographique et que les sujets présentant cette altération sont à risque de développer un TSPT. Il s'agit d'une étude pilote, transversale, menée auprès de patients recrutés dans une consultation de coups et blessures volontaires. Une évaluation clinique des réactions péri-traumatiques et des symptômes post-traumatiques est réalisée dans les 7 jours après le traumatisme complétant l'évaluation cognitive. Différentes analyses statistiques sont réalisées : analyse descriptive, comparaison de moyennes, étude de corrélation.

Bizard Sarah, Bouchaud Blandine, Martin Patrick
Hôpital Victor Dupouy, Service Psychiatrie adultes & GH Paul Guiraud (Villejuif)

Pertinence de l'auto-évaluation de sa qualité de vie par le patient souffrant de schizophrénie : à partir d'une étude transversale portant sur deux sous-groupes de patients (hospitalisés versus ambulatoire)

Dans une pathologie chronique telle que la schizophrénie, adopter de manière exclusive des critères de jugement objectifs ne suffit pas à renseigner l'efficacité d'un traitement. Le concept de qualité de vie, destiné à évaluer la perception qu'a un sujet de sa propre vie apparaît donc comme devant contribuer à la décision médicale. Pourtant dans son application, la possibilité de telles auto-évaluations et ce qu'elles mesurent réellement posent question. Ainsi on peut se demander dans quelle mesure elles sont influencées par d'autres variables et si des différences et des similitudes peuvent être détectées en fonction des situations de traitement.

Nous avons procédé à une étude transversale évaluant des patients souffrant de troubles schizophréniques recrutés sur le secteur de psychiatrie adulte d'Argenteuil. Les patients étaient évalués aux moyens de l'échelle PQOLS et d'échelles d'hétéro-évaluation de la symptomatologie et du fonctionnement psycho-social (respectivement BPRS et EAPS). Ils étaient répartis en deux échantillons distincts (hospitalisés versus ambulatoire). Les analyses statistiques ont comparé les corrélations entre auto- et hétéro-évaluation dans la population totale et dans les deux sous groupes.

Nous avons obtenu des résultats statistiquement et cliniquement significatifs avec des convergences entre données objectives et subjectives variant en fonction des domaines évalués. La comparaison des deux échantillons montre peu de différence en terme d'auto-évaluation de la qualité de vie mais des liens entre symptomatologie et qualité de vie bien moins marqués chez les patients hospitalisés. L'auto-évaluation des patients en recrudescence symptomatique semble donc conditionnée par des paramètres difficiles à déterminer et la question de l'auto-évaluation en aigu reste posée.

Ainsi les auto-évaluations de qualité de vie sont à utiliser avec prudence mais apportent des informations supplémentaires, qui pourraient permettre une meilleure prise en charge de la maladie.

Boukhezra Olia, Jollant Fabrice, Olié Emilie, Courtet Philippe
Hôpital Lapeyronie, Urgence et post-urgence psychiatrique, Montpellier

Evolution psychiatrique et neurologique après stimulation cérébrale profonde dans la maladie de Parkinson : Effet des antécédents psychiatriques et de la localisation de la stimulation

Objectif : Comparer dans la maladie de Parkinson les évolutions psychiatriques et neurologiques post-opératoires et examiner le rôle des antécédents psychiatriques préopératoires sur la survenue de complications psychiatriques post-opératoires en fonction de la localisation de la stimulation cérébrale profonde (SCP). **Matériels et Méthodes** : 40 patients souffrant de maladie de Parkinson, traités par SCP du noyau sous thalamique (NST) et du globus pallidus interne (GPi), ont bénéficié d'évaluations psychiatriques pré-opératoires et lors du suivi post-opératoire, pendant 5 ans. Elles comprennent un entretien clinique et les échelles d'évaluation STAI, MADRS et BDI pour évaluer l'anxiété trait/état et la symptomatologie dépressive. L'état cognitif est mesuré par l'échelle Mattis Dementia Rating Scale, l'état neurologique avec l'échelle UPDRS (Unified Parkinson's Disease Rating Scale) en stimulation "on" et "off". Pour objectiver l'évolution neurologique, la différence entre les scores d'UPDRS "off" pré-opératoires et d'UPDRS "on" post-opératoires est utilisée. **Résultats** : Le groupe traité par SCP du GPi a significativement plus d'antécédents somatiques et des scores UPDRS "on" inférieurs. Il n'y a pas de différence significative pour les troubles psychiatriques post-opératoires et pour l'évolution motrice. Cependant, les patients aux antécédents psychiatriques, présentent moins de complications psychiatriques lors de stimulation du GPi vs NST ($p=0,038$) et un état neurologique significativement amélioré pour le groupe GPi ($p=0,03$). **Conclusion** : Nos résultats suggèrent que l'existence d'antécédents psychiatriques pourrait guider le choix de la technique chirurgicale en termes d'évolution tant neurologique que psychiatrique.

Brassart Alina
CH Novillars, Besançon

Efficacité de l'électroconvulsivothérapie dans les états dépressifs majeurs : étude clinique rétrospective au CHU Besançon entre 2000 et 2010

Ce travail porte sur l'électroconvulsivothérapie (ECT) comme traitement curatif des états dépressifs majeurs (EDM). Il s'organise comme suit. Après une brève introduction, je liste les critères d'efficacité tels qu'on peut les trouver dans les articles de spécialité. Ensuite, je développe une étude clinique rétrospective portant sur les patients qui ont pu être recensés comme ayant reçu l'ECT au CHU de Besançon entre Janvier 2000 et Juin 2010. En particulier, afin d'exhiber un lien entre l'efficacité globale (75%) et diverses données socio-démographiques, cliniques et techniques, un certain nombre de statistiques sont dressées et discutées.

Mots clés : électroconvulsivothérapie, états dépressifs majeurs, étude clinique rétrospective

Broquere Marion, Soussana Myriam, Michelon Cécile, Baghdadli Amaria
Service de Médecine Psychologique pour Enfants et Adolescents (CRA-LR), CHRU Montpellier La Colombière, Montpellier

Impact des troubles anxieux sur la qualité de vie des adolescents avec Trouble Envahissant du Développement

La prévalence des troubles anxieux est élevée chez les adolescents avec un Trouble Envahissant du Développement Sans Déficience Intellectuelle (TED-SDI) et se situe autour de 42%. De plus, la qualité de vie dans cette population est plus altérée que celle des adolescents sans TED.

L'objectif de cette étude est d'étudier le lien entre la présence de troubles anxieux et la qualité de vie des adolescents TED-SDI et de déterminer si les troubles anxieux constituent un facteur de risque d'altération de la qualité de vie dans cette population. L'objectif secondaire est de vérifier ce lien à l'aide d'un groupe contrôle du même âge constitué d'adolescents avec un trouble anxieux sans TED-SDI. Notre hypothèse est que la présence de troubles anxieux représente un facteur de risque d'altération de la qualité de vie. Cette étude est transversale, descriptive et comparative. La population est composée 66 adolescents âgés de 11 à 18 ans dont 46 présentent un TED-SDI et 20 constituent le groupe contrôle. Deux sous-populations ont été mises en évidence à partir de l'analyse descriptive des sujets TED-SDI : 20 sujets avec trouble anxieux et 26 sans trouble anxieux. La qualité de vie, critère principal de jugement, est mesurée à l'aide d'un auto-questionnaire adressé aux adolescents : la KIDSCREEN-27, évaluant cinq domaines de la qualité de vie. Les résultats montrent une différence significative pour le domaine "bien-être physique" avec des scores plus altérés dans le groupe TED SDI anxieux par rapport au groupe TED-SDI non anxieux. Les facteurs d'altération de la qualité de vie dans le groupe TED-SDI sont l'âge pour le domaine "autonomie", et un niveau élevé d'anxiété pour les domaines "bien-être physique" et "défense". Un QIV élevé paraît être un facteur de protection pour le domaine "bien-être psychologique". Ces résultats seront discutés au vue des données de la littérature.

Calvet Benjamin

CMRR du Limousin, CH Esquirol, Limoges

Etude personnalité et cognition : des plaintes aux troubles cognitifs : influence de la personnalité

La personnalité est l'un des objets d'étude le plus complexe de la psychologie. Parmi toutes ses conceptualisations, l'approche dimensionnelle de la personnalité selon le modèle en cinq facteurs est la plus utilisée et étudiée au plan international. Dans nos sociétés occidentales, un essor considérable des plaintes cognitives, en particulier mnésiques, est constaté au sein de la population âgée sans pour autant être en lien avec la présence de réelles pathologies cognitives.

L'étude Personnalité et Cognition présentée ici a pour objectif de rechercher des liens entre les différentes dimensions et facettes de personnalité selon le modèle en cinq facteurs et les plaintes cognitives dans une population de sujets âgés.

Cette étude prospective cas-contrôles a porté sur 95 sujets, répartis en 40 sujets plaintifs (26 sujets plaintifs sans troubles cognitifs, 14 sujets ayant un trouble cognitif léger) et 55 sujets contrôles, soumis à la passation de cinq outils d'évaluation : un questionnaire de personnalité (NEO PI-R), des outils d'évaluation globale du fonctionnement cognitif (Mini-Mental State Examination et Échelle de Mattis), une échelle évaluant l'anxiété et la dépression (Échelle HAD) et une échelle de satisfaction de vie (ESDV-5).

Les résultats laissent apparaître que les sujets plaintifs ont un score plus faible à la dimension Extraversion. De plus, la plainte cognitive semble en lien avec l'état affectif présenté par les individus. Les dimensions Névrosisme, Ouverture à l'expérience et caractère Agréable semblent intervenir différemment chez les sujets plaintifs en fonction de la présence de troubles cognitifs.

Mots clés : Personnalité / Dimensions / Modèle en Cinq Facteurs / Plainte Cognitive / Trouble Cognitif Léger.

Chaïb Laurent, Olié Emilie, Jausent Isabelle, Guillaume Sébastien, Courtet Philippe

CHU de Montpellier, Service de Post-urgence psychiatrique, Montpellier

Prise de décisions et troubles des conduites alimentaires : de la neuropsychologie à la théorie des marqueurs somatiques

Sur la base de données cliniques, neuroanatomiques et neurobiologiques, certains auteurs (Avena, 2010) suggèrent que les TCA sont des addictions. Cependant, cette conception n'est pas consensuelle (Benton, 2010). Dans ce contexte, la neuropsychologie pourrait contribuer au débat et améliorer la compréhension nosographique des TCA. Les études neuro-psychologiques des addictions confirment la présence de déficits notamment en ce qui a trait à la prise de décision (Cunha, Bechara, de Andrade & Nicastrì, 2011). L'objectif de notre étude est d'améliorer la compréhension nosographique des TCA en vérifiant l'hypothèse selon laquelle les TCA s'accompagnent de déficits de prise de décision. Les participantes souffrant d'anorexie mentale (AN ; n=91), de boulimie (B ; n=79) et les témoins (T ; n=192) ont été évaluées à l'aide de l'Iowa Gambling Task (IGT) évaluant les processus de prise de décision (Bechara & al., 2005). Aucune différence entre les groupes n'est retrouvée concernant les performances à l'IGT. Seules les Témoins améliorent leurs performances entre les différents essais de l'IGT. Les résultats ne sont pas en faveur d'un déficit de prise de décision pour les deux groupes TCA.

Cependant l'absence d'amélioration des performances chez les participantes AN et B versus les T corroborent les données issues de la Théorie des marqueurs somatiques. Dans cette perspective, les TCA présenteraient une fragilité des marqueurs émotionnels impliqués dans les processus de prise de décision. Ces résultats préliminaires pourraient avoir des implications cliniques importantes en ce qui concerne la prise en charge des déficits cognitifs chez les TCA. Ainsi, s'ils ne suggèrent pas le développement de stratégies "purement" neuropsychologique [p ex. réhabilitation neuropsychologique], ils soulignent l'importance de considérer les facteurs émotionnels.

Chaumartin Nadia, Corniguel J, Urrea PR

Service des Spécialités Médicales, Paul Guiraud Villejuif

Education thérapeutique somatique du patient en santé mentale

Selon l'OMS, "l'Education Thérapeutique du Patient (ETP) vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique". L'objectif est double : apporter aux patients les compétences d'autosoin et d'adaptation afin d'améliorer leur qualité de vie.

Au Groupe Hospitalier Paul Guiraud, l'Education Thérapeutique somatique du patient s'intègre dans la prise en charge globale des patients porteurs d'une maladie mentale chronique depuis 2008.

Elle s'adresse aux patients hospitalisés, suivis en extrahospitalier, soumis aux comorbidités induites par les traitements psychotropes, porteurs de troubles du comportement liés aux pathologies mentales, vulnérables et isolés socialement, ou en situation de précarité dans l'accès aux soins.

Les intervenants sont, selon les sujets, des médecins somaticiens, pharmaciens, Infirmières diplômées d'Etat, aides soignants, rééducateurs, psychologues, etc...

Les outils méthodologiques utilisés sont variés : jeux, livrets imagés, cartes de situation, photos, etc...

Les thèmes abordés sont le diabète (glycémie au doigt, manipulation du lecteur d'auto surveillance...), la prévention et le traitement du syndrome métabolique (conseils hygiéno-diététiques), l'asthme (utilisation inhalateur), la broncho-pneumopathie chronique obstructive (gestion de l'hygiène environnementale), l'hygiène corporelle, buccodentaire, environnementale, la gynécologie (contraception), le tabagisme.

Au total, 692 patients ont pu bénéficier d'ateliers d'ETP dans notre établissement entre 2008 et 2011.

Ainsi, la mise en place d'ateliers pédagogiques multidisciplinaires au Groupe hospitalier Paul Guiraud a permis de débiter l'éducation thérapeutique de patients porteurs de maladie mentale chronique, afin de les aider à améliorer leur état de santé global et ainsi leur qualité de vie.

Delbreil Alexia

CCA service de médecine légale, CHU Poitiers

Homicide conjugal : profil de l'auteur et analyse du crime

Introduction : L'homicide conjugal est commis sur un partenaire ou ex-partenaire de vie intime quel que soit son statut (mariage, concubinage, PACS ou union libre). Il représente environ 20% des homicides en France. D'origine multifactorielle, son repérage est complexe.

Objectifs : Mettre en évidence des facteurs prédictifs de passage à l'acte homicide au sein du couple par l'étude du profil des auteurs, de la dynamique conjugale et des faits, afin d'améliorer la prévention.

Méthode : Réalisation d'une étude descriptive rétrospective sur 42 dossiers d'homicide conjugal, jugés entre 1999 et 2010, dans les juridictions de la Cour d'Appel de Poitiers. À la lecture de chaque dossier, un nombre important de caractéristiques concernant les auteurs, les victimes et le couple ont été recherchées. Elles ont ensuite été recoupées pour établir des profils et déterminer les situations à risque.

Résultats : Les homicides conjugaux sont commis par des hommes (88%), d'âge moyen, chômeurs ou ouvriers et socialement isolés. Nombre d'entre eux présentent des traits de personnalités pathologiques (64,2%). Le geste criminel est en général non prémédité, se produisant au domicile conjugal ou de la victime, de manière impulsive. Il est motivé par la possession et la jalousie (71,4%), lié en particulier chez l'homme avec la notion de séparation (p=0,00002). La violence conjugale (71,4%), plus ou moins associée à l'alcoolisme (45,2%), est un contexte fréquemment rencontré dans ce type

d'homicide ($p=0,03$). La période entourant la séparation est à haut risque léthal (66,7%).

Conclusion : Notre étude a montré que l'homicide conjugal était principalement commis par des hommes devant la difficulté à accepter la perte de la compagne. Ce crime était souvent associé à la violence conjugale et la consommation chronique d'alcool. La mise en évidence de ces facteurs permet de proposer des actes de prévention ciblés.

Mots clés : Homicide, Conjugal, Violence, Prévention.

de Montechenu Claire, Abilchamat Massa, Bindler Louis

Centre Hospitalo-Universitaire d'Angers, Service de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent, Angers

Antipsychotiques et accidents thromboemboliques : des raisons de s'inquiéter ?

La maladie thromboembolique s'exprime sous deux formes cliniques principales : la phlébite et l'embolie pulmonaire (EP). Elle représente une cause fréquente de morbidité et de mortalité, en particulier chez les patients hospitalisés en psychiatrie.

Ce constat soulève la question d'une possible responsabilité des traitements antipsychotiques dans les accidents thromboemboliques, du mécanisme par lequel ils pourraient agir sur le développement des thromboses veineuses profondes (TVP) et de l'intérêt d'instaurer une prophylaxie chez les patients à risque.

Nous avons réalisé une revue de littérature afin de préciser l'état actuel des connaissances en la matière. De nombreux articles rapportent des cas de TVP ou d'EP chez des patients sous traitement antipsychotique de première ou de seconde génération, en particulier sous clozapine et chlorpromazine. Cependant, les résultats des études qui ont tenté de caractériser un risque spécifique à certaines molécules restent contradictoires et il est difficile de préciser le degré d'imputabilité des antipsychotiques dans ces événements.

D'un point de vue physiopathologique, si aucune hypothèse n'a pu être formellement retenue dans ces études, il semble que différents facteurs jouent un rôle : une majoration de la stase veineuse, un risque de syndrome métabolique et l'augmentation de l'agrégation plaquettaire en particulier.

Il n'existe pas, à ce jour, de recommandations publiées pour la prévention spécifique des TVP chez les patients atteints de maladies psychiatriques. Cependant, cette revue de littérature souligne un risque important pour les patients hospitalisés en psychiatrie de présenter des complications thromboemboliques qui nous incite à proposer des mesures de dépistage systématique et de prévention spécifique chez les patients présentant d'autres facteurs de risque.

Ducasse Deborah, Guillaume Sébastien, Fond Guillaume, Courtet Philippe

Hôpital Lapeyronie, Service Psychologie Médicale, Montpellier

La thérapie d'acceptation et d'engagement : principaux concepts

Introduction et Objectif. La thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT) appartient à la troisième vague des thérapies cognitivo-comportementales, qui propose de modifier notre relation aux événements psychologiques (pensées, émotions) plutôt que de chercher à en modifier le contenu. L'ACT repose sur la théorie des cadres relationnels et met en évidence notre incapacité à contrôler notre pensée, due à la constante mise en relation des événements par le langage.

Nous proposons ici de présenter les concepts de base de l'ACT.

Cette approche est organisée en six points : La défusion cognitive vise à se détacher du contenu des pensées et de tout questionnement concernant leur réalisme. L'acceptation est une démarche active visant à accueillir les événements mentaux sans chercher à en modifier le contenu. Le contact avec l'instant présent, travaillé à partir de techniques de pleine conscience. Le soi contexte ou soi observateur permet de s'appréhender comme le contexte d'apparition des événements psychologiques, et non comme ces événements eux-mêmes. Il s'agit d'un changement de perspective.

Les valeurs représentent les grandes directions qui orientent nos vies et leurs donnent du sens. Il s'agit d'une source de satisfaction inépuisable. Elles sont le cœur de la thérapie et son moteur.

Les actions, dirigées en direction des valeurs : elles permettent d'élargir la palette des comportements, de bénéficier de renforçateurs positifs puissants, et de s'engager dans une vie riche de sens.

Conclusion. L'ACT est une thérapie intégrative qui s'inscrit dans la tradition scientifique des thérapies cognitives et comportementales et ouvre des perspectives nouvelles sur la question du sens de l'existence. La littérature permet de recommander son utilisation dans un panel important de troubles psychiatriques ainsi que dans d'autres domaines de la santé.

Ducasse Deborah, Guillaume Sébastien, Fond Guillaume, Courtet Philippe

Hôpital Lapeyronie, Service Psychologie Médicale, Montpellier

La thérapie d'acceptation et d'engagement : Revue de la littérature des domaines d'efficacité

Introduction et Objectif. La thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT) appartient à la troisième vague des thérapies cognitivo-comportementales. Elle consiste à aider le patient à acquérir une flexibilité psychologique en vue de parvenir à l'acceptation de ses pensées et émotions, pour réinvestir l'énergie de la lutte dans des actions en directions de valeurs. Nous proposons ici une revue systématique de la littérature sur les domaines d'efficacité de cette psychothérapie.

Méthode. Nous avons réalisé une revue systématique de la littérature, selon les critères PRISMA, sur les domaines d'efficacité de l'ACT. Le paradigme de recherche était "acceptant and commitment therapy AND randomized controlled trial". Les bases de recherche MEDLINE, Cochrane et Web of science ont été explorées.

Résultats. 59 articles ont été retenus pour l'analyse qualitative de la littérature. L'efficacité de l'ACT se retrouve dans une importante variété de troubles psychiatriques de l'axe I (troubles psychotiques, troubles de l'humeur, troubles addictifs, troubles anxieux, troubles du comportement alimentaire) ainsi que dans le trouble de personnalité borderline. Il a également été démontré dans d'autres domaines de la médecine (prise en charge de la douleur chronique, épilepsie, gestion du diabète, gestion du stress au travail, arrêt du tabac, gestion des acouphènes et souffrance psychologique des patients atteints de sclérose en plaque)

Les études mettent en évidence l'acquisition de compétences spécifiques par le patient, quel que soit le trouble : la diminution de l'évitement expérientiel, l'augmentation de la défusion cognitive et du contact avec l'instant présent.

Perspectives. La littérature suggère une efficacité de l'ACT dans de nombreux troubles psychiatriques. Cette psychothérapie devrait dans les prochaines années prendre toute sa place dans les recommandations de soins. Des études complémentaires sont nécessaires pour explorer les pleines potentialités d'applications de l'ACT.

Mots clés : thérapie d'acceptation et d'engagement, essais contrôlés randomisés, efficacité.

Farrugia Caroline

Centre Hospitalier Alpes-Isère, St Egrève

Le suicide en milieu carcéral

Cette présentation aborde le thème du suicide en milieu carcéral.

Je débiterai par un bref rappel historique, resituant le contexte dans lequel ont été commandés les deux rapports ministériels récents.

Ensuite, je présenterai quelques données épidémiologiques concernant le nombre de suicides annuel, qui ne cesse d'augmenter malgré les nouvelles recommandations émises dans ces rapports. Puis j'exposerai les caractéristiques principales des suicides en prison, qui diffèrent des données en population générale.

Après avoir cité la définition de la crise suicidaire selon l'HAS, je continuerai en détaillant l'organisation en prison du repérage, de l'évaluation, et de la prise en charge des détenus en crise suicidaire.

Je proposerai ensuite de synthétiser les recommandations ministérielles. Tout d'abord, le Rapport TERRA, publié en 2004, qui concerne principalement les actions de formation du personnel intervenant auprès des détenus. Puis dans le Rapport ALBRAND, datant de 2009, qui se situe dans la continuité du premier, tout en essayant de remobiliser l'ensemble des acteurs de la profession.

Enfin, je terminerai mon propos en évoquant la problématique des automutilations. En effet, ce sont des actes très fréquents en prison, qui peuvent revêtir des significations diverses, et notamment être un signe de crise suicidaire. C'est pourquoi il faudra toujours s'y attarder afin d'essayer d'en déterminer les enjeux.

Au total, la prévention du suicide est un enjeu actuel de santé publique, que ce soit en milieu ouvert ou en prison.

Mais, alors que certaines études concluent à huit détenus sur dix présentant au moins un trouble psychiatrique, on peut se demander si les évolutions conjointes de la psychiatrie et de la justice n'aboutissent pas à un transfert de prise en charge des personnes les plus marginalisées et atteintes de troubles psychiques sévères de l'hôpital vers la prison ?

Mots-Clés : Prévention – Suicide – Prison

François Margot

Centre hospitalier Gérard Marchant, Toulouse

La santé somatique des patients présentant un trouble de la personnalité

L'association entre trouble mental et pathologie somatique est fréquente et largement documentée, le taux de mortalité des patients présentant une pathologie psychiatrique étant supérieur à celui de la population générale. Les causalités expliquant cette surmortalité sont multiples. Sur la question plus spécifique des patients présentant un trouble de la personnalité tel qu'il est défini par le DSM-4, plusieurs études retrouvent une association entre trouble de la personnalité et risque cardiovasculaire, mais l'état de santé somatique plus global de ces patients est moins connu. Nous avons cherché à étudier de manière indirecte, par l'évaluation de leur utilisation de soin, l'état de santé somatique des patients présentant un trouble de la personnalité en général, et un trouble de la personnalité borderline en particulier.

Pour cela, nous avons mené une étude exploratoire, issue d'une étude épidémiologique, multicentrique en soins courants. L'utilisation de soins somatiques de 74 sujets présentant un trouble de personnalité, dont 36 sujets borderline, a été comparée à celle de sujets témoins grâce aux données collectées par la Caisse Régionale d'Assurance Maladie sur les cinq dernières années. Nos résultats suggèrent une utilisation de soins plus importante chez les patients avec trouble de personnalité, en particulier dans les domaines de la cardiologie et de la pneumologie.

Notre travail conclut à l'importance de la dimension physique dans le trouble de la personnalité, d'où l'importance d'une prise en charge intégrant la dimension somatique pour ces patients.

Mots clés: trouble de la personnalité ; trouble de la personnalité borderline ; consommation de soins ; comorbidités somatiques

Gérard Lucie, Kostrzewa Léonie, Legrand Karine, Tubiana Alexandra, Kahn Jean-Pierre

CHU de Nancy, Service de Psychiatrie et Psychologie clinique

Alcool, tabac et cannabis chez les jeunes lorrains en 2011 : Etude sur la cohorte française de SEYLE

La recherche a depuis longtemps établi une corrélation entre suicide et consommation d'alcool, de drogue et même de tabac. L'étude SEYLE1 est un projet européen réunissant 12 pays dont la Suède (Karolinska Institute) qui est le pays coordonnateur. Ses objectifs principaux sont d'encourager les adolescents à adopter des comportements plus sains grâce à une diminution des conduites à risque et des comportements suicidaires, d'évaluer les bénéfices de différents programmes de prévention et de recommander des modèles de promotion de la santé pour les adolescents européens qui soient culturellement adaptés. Les adolescents ayant participé à cette étude ont rempli un questionnaire de 127 questions à T0, T+3mois, T+12mois.

En France, 1 006 élèves de 20 lycées de Lorraine ont participé et permis de recueillir une importante base de données épidémiologiques, en particulier sur la consommation d'alcool, tabac et cannabis chez les élèves de 2nde et 1^{ère} (14-17 ans). Les résultats montrent une consommation quotidienne de tabac chez 39% des élèves. 47,8% des élèves déclarent avoir fumé une fois dans leur vie. La plupart d'entre eux l'ont fait à 14-15 ans (47,9%).

En ce qui concerne l'alcool, 3,8% des élèves ont une consommation régulière et 11% ont déjà été ivres plus de 3 fois dans leur vie. Lorsque les élèves boivent, ils consomment en moyenne 2,1 unités d'alcool (allant de 1 unité à 5 unités) et 31,4% ont été malades ou eu la gueule de bois au moins une fois.

Enfin, 17,6% des élèves ont consommé une substance illicite au moins une fois et 11,8% déclarent avoir consommé du cannabis au moins une fois.

Ces résultats pourront être discutés à la lumière des résultats de l'étude ESCAPAD2 en Lorraine.

Hoertel Nicolas

Service de psychiatrie, Hôpital Corentin-Celton, Issy-les-Moulineaux

Représentativité des essais thérapeutiques : l'exemple du trouble anxieux généralisé

Contexte : Peu d'études se sont intéressées aux limites de la généralisation des résultats des essais cliniques pour le trouble anxieux généralisé (TAG). L'objectif de cette étude est d'évaluer la représentativité des essais cliniques évaluant l'efficacité des traitements pharmacologiques et psychothérapeutiques pour le TAG, en appliquant les critères d'exclusion couramment utilisés dans ces essais à des participants présentant un TAG issus d'un large échantillon représentatif.

Méthode : Les données sont issues de la NESARC (National Epidemiological Survey on Alcohol and Related Conditions), un large échantillon de 43093 adultes, représentatif de la population générale des États-Unis. Nous avons appliqué un ensemble standardisé de critères d'exclusion, représentatif des essais évaluant l'efficacité des traitements pharmacologiques et psychothérapeutiques pour le TAG, à tous les participants présentant au cours des 12 derniers mois un TAG (n = 894), puis à un sous-échantillon de participants demandeurs de soins (n = 329).

Résultats : Un essai clinique typique pour le TAG exclut plus de 7 participants sur dix de l'échantillon global et plus de 8 sur dix dans le sous-échantillon de participants demandeurs de soins. Avoir un épisode dépressif majeur concomitant explique une grande partie de ce taux d'exclusion.

Conclusion : Ces résultats suggèrent que les critères actuels d'éligibilité utilisés dans les essais thérapeutiques s'intéressant aux patients souffrant d'un TAG sont restrictifs et excluent la majorité des participants, notamment ceux susceptibles de consulter, limitant ainsi la possibilité de généraliser leurs conclusions. Nous tenons à souligner que, tel que le CONSORT le recommande, une estimation de la représentativité de l'étude, ainsi que les raisons d'exclusion, devraient être obligatoires à la fois dans les essais cliniques et les méta-analyses.

Mots clés : Représentativité; Trouble anxieux généralisé; Critères d'exclusion.

Le Gal Virginie, Manzanera Cyril, Senon Jean-Louis

CHRU de Montpellier, hôpital Lapeyronie, Urgence et post-urgence psychiatrique, Montpellier

L'injonction de soins en département rural : Etude menée auprès des médecins coordonnateurs de la Charente sur une population d'auteurs de violence sexuelle

Depuis le vote de la loi du 17/06/98 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles, nous assistons à une succession de textes législatifs renforçant le côté sécuritaire de cette loi donnant le sentiment d'une "psychiatisation" de la délinquance. L'extension progressive du champ d'application de l'injonction de soins à d'autres domaines que celui de la délinquance sexuelle renforce ce sentiment. La crainte d'une remise en cause du fragile équilibre santé-justice que traduisait le texte originel est bien réelle.

Partant des dossiers des médecins coordonnateurs, ce travail fait, au travers d'une étude descriptive, l'état des lieux de l'application concrète dans un département rural de la loi de 98 depuis son évolution dans la loi du 10/08/07. Les résultats confirment de réelles difficultés d'application et soulignent les risques encourus d'une sur-psychiatisation de la délinquance au détriment d'un abord pluridisciplinaire.

Lemaire Mathieu

CHRU de Tours

Réactivité émotionnelle subjective et physiologique lors de la phase euthymique du trouble bipolaire

La phase euthymique du trouble bipolaire a longtemps été considérée comme une phase asymptomatique. Pourtant, des études tendent à montrer une persistance de symptômes résiduels qui pourraient concerner la réactivité émotionnelle

Objectif : L'objectif de cette étude était de comparer la réactivité émotionnelle des patients bipolaires euthymiques à celle de sujets témoins.

Matériel et méthodes : 30 sujets témoins et 26 patients bipolaires euthymiques ont été soumis à une procédure d'induction émotionnelle qui consistait en la visualisation de 36 images (12 négatives, 12 neutres et 12 positives) extraites de l'International Affective Picture System. Cette procédure permettait l'évaluation de la réactivité émotionnelle subjective par la cotation de la valence et de l'éveil sur la Self-Assessment of Manikin et de la réactivité émotionnelle physiologique par la mesure de la réactivité pupillaire avec une méthode de suivi du regard.

Résultats : L'évaluation subjective n'était pas différente entre patients bipolaires euthymiques et sujets témoins. Par contre, la réactivité pupillaire était différente, la pupille se dilatant moins lors de la visualisation d'images positives chez les patients bipolaires euthymiques par rapport aux sujets témoins ($p < 0,05$).

Conclusion : Comparés aux témoins, les bipolaires euthymiques ont une moindre réactivité émotionnelle pour les valences positives. Cette réponse émotionnelle est en cohérence avec un ressenti émotionnel plus négatif (tristesse, anxiété et colère) chez les bipolaires euthymiques par rapport aux témoins.

Mots clefs : Trouble Bipolaire, Euthymie, Réactivité Emotionnelle, Induction Emotionnelle, Pupille

Lévy Benjamin

Consultation de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, CHU Nord, Amiens

L'héroïsme sacrificiel chez le garçon anorexique pubère

Issue des expériences cliniques de nombreux auteurs [4, 6, 7, 10, 11, 12, 13, 15, 21, 22], la reconnaissance des conflits narcissiques et identitaires chez le garçon anorexique pubère, nous a amenés à proposer le concept d'héroïsme sacrificiel comme particularité psychopathologique du fonctionnement anorexique masculin. Chez le garçon anorexique pubère, la construction d'une identité adulte masculine apparaît comme barrée et génère des conflits psychiques à l'origine d'angoisses massives. L'héroïsme sacrificiel devient alors une tentative de restauration narcissique pour le garçon anorexique pubère qui accorde à ses actes sacrificiels (lutte contre le sommeil et la faim, renoncement aux plaisirs du corps et aux satisfactions psychiques, ou compulsions autodestructrices), une fonction réparatrice de son identité masculine. Chez le garçon anorexique, l'héroïsme sacrificiel prend l'allure d'un extrême ascétisme, où l'effacement de soi et la privation de ses plaisirs atteignent une amplitude pathologique pouvant le mener jusqu'au martyr. Par-delà toute morale, cette ascèse tient lieu de refus du désir adolescent dans une redoutable lutte contre la vie pulsionnelle masculine (qui coïncide avec l'ensemble des satisfactions retirées des plaisirs du corps ou des interrelations, comme la satisfaction de la faim, du sommeil, des plaisirs charnels ou des émotions de joies, etc.). Ainsi, l'aménagement anorexique tient lieu de fonctionnement relationnel où le refus du désir adolescent et du corps pubère masculin, autorise le maintien d'une relation infantile (de nourrissage) avec la mère (ou son substitut), et révèle l'absence d'identification structurante avec le père (comme tiers séparateur avec le premier objet d'attachement).

Mots clefs : Anorexie mentale masculine, désir, puberté masculine, ascétisme, héroïsme sacrificiel

Milan-Cheryl Carole, Morogue Sophie, Paul Frédéric, M. Pilard Michel

Hôpital d'Instruction des Armées Laveran, Service de Psychiatrie, Marseille

Existe-t-il une sur-suicidalité dans les armées ?

La suicidalité correspond au risque de suicide, recouvrant l'intention, la conduite suicidaire et l'acte accompli. C'est un problème de santé publique sérieux du sous-groupe démographique constituant la plus grande partie des recrues. Même si des critères de sélection les préservent de la morbidité psychiatrique, les faillites psychiques existent. Entre 2002 et 2009, un militaire français sur cinq mourrait par suicide. Nous proposons un état de l'art des études épidémiologiques internationales et quelques pistes psychopathologiques.

Dans la population générale, on admet communément 20 suicides pour 100 000 habitants. Pour l'année 2009, 69 suicides et 88 tentatives de suicide (TS) ont été comptabilisés chez les militaires français d'après les données de la Surveillance Epidémiologique des Armées. La suicidalité des militaires américains a augmenté ces dernières années, retrouvant 80% d'inflation des TS entre 2004 et 2008 ce qui coïncide avec l'engagement en Irak. Une étude américaine observe un taux de suicide annuel de 16/100 000 agents dans une étude de cohorte, comparée à un taux opérationnel de 24/100 000 agents. En 2008, le taux de suicide pour l'armée britannique est de 1/100 000 agents, contre 23/100 000 au Canada et 17/100 000 en France. Notons la mortalité par suicide dans les armées françaises 20% plus faible qu'en population masculine civile entre 2002 et 2007 avec un sur-risque touchant uniquement les militaires masculins de 17 à 19 ans.

Les déterminants de cette conduite auto-agressive ont été peu répertoriés car modérément généralisables en lien avec la singularité du drame qui se joue : un soldat qui tombe par sa main, venant contrebalancer la symbolique de résistance du militaire qui n'aurait pas à avoir d'état d'âme.

La prévention du suicide par les psychiatres et médecins d'unité militaires fait donc l'objet d'une réflexion propre à l'instar du nouveau plan de prévention national de 2011.

Actualités et limites de la prise en charge de l'Etat de Stress Post-Traumatique

L'Etat de Stress Post-Traumatique (ESPT) demeure un sujet d'actualité. Sa prévalence en Europe serait d'environ 2,1%. Ce trouble anxieux se manifeste par des attaques de panique mais diffère du trouble panique limitrophe par l'anxiété première, secondaire à un danger tangible, et par les crises successives, en lien avec la remémoration du traumatisme d'origine.

Le propos des auteurs est d'aborder l'actualité et les limites des thérapeutiques ayant trait à l'ESPT. Quel est donc l'état des lieux des médications et psychothérapies de l'ESPT avec leurs nouveautés et leurs objectifs ? A quels défis thérapeutiques est soumis ce diagnostic d'après les avancées de la biologie du stress ?

Pour traiter de ces questions, le travail s'appuie sur les données les plus récentes de la littérature. Une partie explorant la prise en charge médicamenteuse par les Inhibiteurs Sélectifs de la Recapture de la Sérotonine, la seconde celle psychothérapeutique au caractère préventif et curatif afin de préciser pourquoi et comment elles s'unissent. Cependant la méta-analyse Cochrane en 2010 (2) ne retenait pas de différence statistiquement significative en faveur ou non de cette association thérapeutique notamment en raison du faible nombre d'études sur le sujet.

Mots clés : Etat de Stress Post-Traumatique, Inhibiteurs Sélectifs de la Recapture de la Sérotonine, psychothérapie

Références bibliographiques :

1-Guay S, Marchand A. Les troubles liés aux événements traumatiques. Dépistage, évaluation et traitements. Les Presses de l'Université de Montréal : 2006.

2-Hetrick SE, Purcell R, Garner B, Parslow R. Combined pharmacotherapy and psychological therapies for post traumatic stress disorder (PTSD). Cochrane Database of Systematic Reviews 2010, Issue 7. Art. No.: CD007316. DOI: 10.1002/14651858.CD007316.pub2.

3-Vaiva G., Lebigot F., Ducrocq F., Goudement M. et coll. 2005. Psychotraumatisme : prise en charge et traitements, Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française, Paris, Masson.

Montastruc François, Gardette Virginie, Cantet Christelle, Piau Antoine, Lapeyre-Mestre Maryse, Vellas Bruno, Montastruc Jean-Louis, Andrieu Sandrine et REAL.FR Group

Service de Pharmacologie Clinique, CHU Toulouse

Médicaments potentiellement inappropriés dans une cohorte de patients Alzheimer REAL.FR : Attention avec les médicaments atropiniques et les benzodiazépines

Contexte. La qualité de la prescription chez les patients atteints de maladie d'Alzheimer (MA) n'a pas souvent été étudiée.

Objectif. Estimer la prévalence de l'utilisation rapportée de Médicaments Potentiellement Inappropriés (MPI) chez des patients ayant un diagnostic de MA au stade léger ou modéré, suivis en centres experts et identifier les facteurs associés à cette utilisation.

Méthode. Nous avons analysé les données à l'inclusion de la cohorte REAL.FR de patients atteints de MA. Les médicaments ont été renseignés par l'aïdant principal et considérés comme des MPI selon 2 échelles (Laroche et Beers 2003). Une regression logistique multivariée a été conduite.

Résultats. 684 patients ont été inclus (moyenne d'âge 77,8 ans \pm 6,8, 486 (71,0%) de femmes). La prévalence de MPI était de 46,8% (IC 95% [43,0%-50,5%]) selon la liste de Laroche et de 25,3% (IC 95% [22,0%-28,6%]) avec la liste de Beers 2003. Les vasodilatateurs cérébraux étaient le plus souvent retrouvés dans 24% des cas (IC 95% [20,9%-27,3%]) ainsi que les médicaments atropiniques 17,0 % (CI 95% [14,1%-19,8%]) et les benzodiazépines à longue durée d'action chez 8,5% des patients (IC95% [6,4%-10,6%]). Nous avons retrouvé dans 15,9% (IC95% [13,8%-18,2%]) une association entre un anticholinestérasique et un médicament atropinique. Après ajustement sur le sexe, le stade de la démence, le nombre de médicaments, l'ADL (Activities of Daily Living), le mode d'habitation, le revenu, le niveau scolaire, le score de NPI (Inventaire Neuropsychiatrique), le score MNA (Mini-Nutritional Assessment), les facteurs associés à l'utilisation de MPI étaient : le sexe féminin et le nombre de médicament.

Conclusion. La prescription de MPI concerne 1 patient MA sur 2. Parmi ces médicaments, les vasodilatateurs cérébraux, les médicaments atropiniques et les benzodiazépines sont le plus prescrits. Notre étude souligne l'absence de prise en compte du profil pharmacodynamique ces médicaments dans la physiopathologie de la MA.

Soussana Myriam, Broquere Marion, Michelon Cécile, Pry René, Baghdadli Amaria

Service de Médecine Psychologique pour Enfants et Adolescents, (CRA-LR), CHRU Montpellier La Colombière, Montpellier

Anxiété et traitement des émotions dans le Trouble Envahissant du Développement

Les personnes avec un Trouble Envahissant du Développement Sans Déficience Intellectuelle (TED-SDI) présentent un déficit dans les cognitions sociales avec notamment des difficultés dans la reconnaissance des expressions faciales émotionnelles. A l'adolescence, ces difficultés sont majorées par un contexte social plus exigeant favorisant des problèmes d'anxiété. Le trouble anxieux est très fréquent dans cette population mais ses causes sont encore peu connues. L'étude de cette comorbidité psychiatrique est fondamentale pour permettre, d'une part, de mieux comprendre les mécanismes psychologiques spécifiques impliqués, et, d'autre part, favoriser des prises en charge adaptées. L'objectif principal de ce travail était d'étudier les liens entre le niveau d'anxiété et la difficulté de reconnaissance des expressions faciales émotionnelles. L'objectif secondaire est de vérifier si ces liens sont spécifiques de la population TED-SDI et ce, à l'aide d'un groupe contrôle constitué d'adolescents avec un trouble anxieux sans TED. Il s'agit d'une étude pilote monocentrique, diagnostique et transversale. La population est composée de 46 adolescents âgés de 11 à 18 ans avec un TED-SDI et de 20 adolescents avec un trouble anxieux sans TED d'âge identique, composant le groupe contrôle. Le critère principal de jugement (le niveau d'anxiété) a été mesuré à l'aide d'un auto-questionnaire et d'un entretien diagnostique. Le critère secondaire est la reconnaissance des expressions faciales émotionnelles à l'aide d'un test standardisé. L'analyse descriptive des 46 adolescents avec un TED-SDI a permis de mettre en évidence deux sous-populations: 20 adolescents avec un trouble anxieux et 26 sans trouble anxieux. L'analyse univariée nous a permis de mettre en évidence des liens entre la présence d'un trouble anxieux et les scores de reconnaissance des expressions faciales émotionnelles. Ces résultats seront exposés et discutés au regard des données de la littérature.

Stroescu Alexandru, Cohen M, Bayreuther-Giordana C, Thomas P, Pringuey D, Benoit M

Clinique de psychiatrie et de psychologie médicale, CHU Pasteur, Nice

Leucodystrophie de type CACH syndrome et dépression résistante : à propos d'un cas

La pratique clinique révèle souvent des anomalies diffuses non vasculaires de la substance blanche d'étiologie inconnue. De nombreux articles distinguent classiquement les affections démyélinisantes correspondant à une altération myélinique par un processus acquis et les affections dysmyélinisantes ou leucodystrophies dans lesquelles il existe un défaut dans la formation ou le maintien de la myéline autour des fibres nerveuses. Toutefois, très peu d'articles mettent en évidence le lien entre ces affections et les pathologies psychiatriques et plus particulièrement les troubles de l'humeur résistants.

Nous présentons ici le cas d'une patiente âgée de 33 ans présentant un trouble dépressif récurrent ayant résisté partiellement aux différentes thérapeutiques médicamenteuses depuis 1999.

A l'arrivée dans le service, elle présente un EDM sévère (MADRS=26) ainsi qu'une insomnie marquée. Aucun élément psychotique ni aucun trouble anxieux n'est par ailleurs mis en évidence. Après 12 jours d'hospitalisation, la symptomatologie psychiatrique ne s'améliore pas (MADRS=23) et il survient un épisode brutal de confusion avec désorientation spatio-temporelle et signes neurologiques de localisation. L'imagerie réalisée en urgence ainsi que les bilans biologique et neurophysiologique sont en faveur d'une atteinte de la substance blanche de type leucodystrophie.

Les troubles de l'humeur intriqués avec les pathologies neurologiques peuvent être inauguraux et entraîner un retard diagnostique ; ils sont dans ces cas, souvent réfractaires à des chimiothérapies antidépressives bien conduites et d'évolution clinique extrêmement variable.

Cette observation suggère une forte association entre EDM modéré résistant et neuropathies démyélinisantes en élargissant le spectre phénotypique symptomatique des leucodystrophies, ce qui incite à en préciser la physiopathologie.

Mots clés : leucodystrophie ; CACH syndrome ; dépression résistante

Von Theobald Louis, Abilchamat Massa, Bruneau Mélanie, Laforgue Edouard, Bindler Louis
CHU Hôtel Dieu de Nantes, Pédopsychiatrie de liaison

Akathisie et antidépresseurs : un effet secondaire à prendre en compte ?

Etymologiquement l'akathisie est tiré du grec "katzien" (s'asseoir) et signifie littéralement une incapacité à rester assis. Historiquement le terme fut employé pour la première fois par Haskovec en 1902 pour décrire deux patients souffrant respectivement d'une instabilité psychique et d'une impossibilité à maintenir la position assise. Survenu 50 ans avant l'apparition des neuroleptiques et donc initialement non iatrogène, le terme d'akathisie a évolué : avec l'avènement de la psychopharmacologie, ce trouble s'est en effet vu rattaché aux mouvements anormaux d'origine iatrogène induit par les neuroleptiques. Par la suite, dans les années 1980, de nombreux auteurs se sont attachés à décrire des akathisies secondaires à des psychotropes "non neuroleptiques", parmi lesquels figurent les inhibiteurs sélectifs de recapture de la sérotonine (ISRS). En particulier, Lipinski et al. rapportent en 1989 un cas d'akathisie chez un patient traité par fluoxétine qui ouvrit la voie vers la description d'une entité nouvelle : l'akathisie secondaire aux antidépresseurs et notamment aux ISRS qui figurent parmi les psychotropes les plus prescrits.

Au travers d'un cas clinique et à partir d'une revue de la littérature, nous abordons tout d'abord les aspects épidémiologiques, physiopathologiques et sémiologiques de l'akathisie secondaire aux ISRS. Ensuite nous décrivons les différences cliniques entre cette entité et l'akathisie décrite sous neuroleptiques ou antipsychotiques. Enfin, à partir de cette revue de littérature et de notre expérience clinique, nous soumettons des recommandations concernant la prise en charge de l'akathisie chez les patients traités par ISRS.

Projet schizophrénie au Bénin par le programme national de lutte contre les maladies non transmissibles et les laboratoires Sanofi : état des lieux

Ezin Hougbe J., Gansou G. M., Dossa H. M., Tognide C. M., Ahyi R. G.
Cotonou, Bénin

Pour une population d'environ neuf millions d'habitants, le Bénin compte actuellement moins d'une quinzaine de psychiatres tous regroupés dans deux grandes villes à savoir Cotonou (comportant le Centre National Hospitalier et Universitaire Hubert Koutoucou Maga et le Centre National Hospitalier Psychiatrique Jacquot) et Parakou (le Centre Hospitalier Départemental et Universitaire Borgou-Alibori). L'offre de prise en charge psychiatrique par des spécialistes est donc restreinte. Face à la maladie mentale, les populations recourent à des praticiens variés (tradipraticiens, marabouts, pasteurs, prêtres, etc...). La prise en charge de la schizophrénie (affection mentale chronique) pose des problèmes sur le territoire. Le projet actuel de schizophrénie initié par le Programme National de Lutte contre les Maladies Non Transmissibles et les Laboratoires Sanofi comporte plusieurs activités. Deux d'entre elles ont été réalisées et nous font toucher du doigt des problèmes importants à résoudre. Il s'agit de la session du briefing des communicateurs, autorités locales et sanitaires et des consultations périodiques dans des centres psychiatriques sans spécialistes. De ces tournées, il ressort que la schizophrénie reste une affection inconnue des communicateurs et des autorités locales, peu maîtrisée des agents de santé. La demande en soins psychiatriques reste forte et la subvention consistante des Organisations Non Gouvernementales permet la fréquentation des centres psychiatriques humanitaires. Le projet prévoit la formation à la base des agents de santé et la mise en place des produits de spécialités à coût réduit par les laboratoires Sanofi, ce qui permettra d'assurer les soins de santé primaires à la base.

Mots clés : schizophrénie, prise en charge, soins de santé primaires.