

Mardi 7 juin

Intérêt de l'étude des familles consanguines dans la vulnérabilité aux troubles psychotiques

Dr Aïcha Dahdouh-Guermouche

CHU Tlemcen, Algérie

aichadahdouh@gmail.com

Des études récentes ont rapporté l'association de la schizophrénie à plusieurs variations de nombre de copie du génome (acronyme anglais : CNV), en particulier en 1q21, 15q11.2, 15q13.3, 16p11.2 et 22q12, ainsi qu'affectant les gènes Neurexin 1 et SCHANK3. Ces CNV sont très significativement associés à la schizophrénie mais ils restent individuellement rares, remettant ainsi en question le modèle "maladie commune – variants communs", pour un modèle suggérant l'implication de très nombreux variants rares. De plus, plusieurs études ont montré l'association de même CNV à des pathologies différentes telles que l'autisme, le retard mental ou l'épilepsie, ce qui suggère un effet pléiotropique de ces mutations et pourrait conduire à reconsidérer la nosologie actuelle. Enfin, certains de ces CNV paraissent être *de novo*, mais il existe peu d'études familiales et aucune dans des pedigrees étendus pour préciser les relations génotype-phénotype au sein de familles.

Nous caractérisons actuellement plusieurs familles multigénérationnelles avec taux élevé de consanguinité (entre 40 et 70%) avec troubles psychotiques et de l'humeur. Ces familles proviennent toutes de la région de Tlemcen en Algérie, et font l'objet d'enquêtes cliniques et généalogiques complètes.

Une recherche pan-génomique de CNV a été achevée pour l'une d'entre elles portant sur 15 sujets dont 12 malades. Quatre CNV jamais rapportés à ce jour ont été observés et validés par deux techniques. Trois d'entre eux sont transmis par l'une ou l'autre lignée parentale, suggérant un effet cumulatif de ces CNV dans le risque de trouble psychotique.

Ces familles particulièrement informatives ont permis d'identifier de nouveaux CNV, une étude de témoins ainsi qu'un séquençage exonique sont en cours afin de valider et de compléter ces données.

Qu'en est-il des neurosciences de l'inconscient ?

Dr Raphaël Gaillard

CH Sainte-Anne, SHU de Santé Mentale et de Thérapeutique, 75014 Paris

raphael.gaillard@normalesup.org

Quelle est l'étendue des processus inconscients ? Cette question n'est désormais plus l'apanage de l'expérience clinique et plus généralement de la psychanalyse. Les neurosciences cognitives s'en sont en effet emparées, avec les outils dont elles disposent, la psychologie expérimentale d'une part et l'imagerie cérébrale fonctionnelle (mesures électrophysiologiques ou imagerie par résonance magnétique nucléaire) d'autre part.

Nous montrerons que les neurosciences cognitives mettent en évidence des processus inconscients extrêmement variés, depuis des phénomènes de bas niveau sensoriel ou moteur jusqu'à des processus abstraits tels que l'accès au sens de mots inconsciemment perçus.

A partir de ces démonstrations de l'étendue des processus inconscients, nous nous interrogerons sur les limites de ces processus. A cette fin, nous chercherons à caractériser les situations dans lesquelles l'accès à la conscience est requis. Ce faisant nous interrogerons la notion de contrôle cognitif, qui serait spécifique de la conscience. Cette exploration de la diversité des processus inconscients et des propriétés de la conscience nous amènera à étudier les liens entre processus inconscients et processus conscients. Nous chercherons notamment à montrer qu'il est possible de réactiver inconsciemment tout processus préalablement mis en place consciemment, mais sans pouvoir en adapter la finalité et, par conséquent, en le répétant inéluctablement à l'identique.

Symposium Partenaire Laboratoires EISAI : Violence et Schizophrénie

Dr Frédéric Jover

CHU, Hôpital St Roch, 06200 Nice

jover.f@chu-nice.fr

La prise en charge des patients schizophrènes dès les urgences conditionne les enjeux thérapeutiques à court et à moyen terme. L'expression clinique et le moment de la rencontre avec les urgences dans l'évolution de la pathologie conditionnent les stratégies à adopter en regard du parcours de soin qui deviennent des standards "urgentistes". Il convient au-delà de cette clinique opérationnelle de ne pas négliger les risques spécifiques pour le patient en premier lieu et pour son entourage.

Hommage à Bleuler : 100 ans de "Schizophrénie"

avec les Prs Thérèse Lempérière (Paris), Jean Daléry (Lyon), Guy Darcourt (Nice)

C'est en avril 1908, à Berlin, lors de l'assemblée annuelle de l'Association allemande de psychiatrie, puis par écrit en 1911, que le Zurichois Eugen Bleuler a proposé le terme de "schizophrénie". Le but était de mieux définir ce que l'on qualifiait jusqu'alors de "démence précoce", vue comme une dégénérescence rapide et irrémédiable frappant des sujets pourtant jeunes.

Par son étymologie, "schizophrénie" (du grec *schizein*, fendre, et *phrên*, esprit) reprenait le thème, très en vogue dans la psychiatrie française, de dissociation, qui soulignait que, dans plusieurs psychopathologies, des pans entiers du psychisme semblaient s'autonomiser et échapper au contrôle de l'individu. Eugen Bleuler employait le terme de "Spaltung", difficilement traduisible, désignant la rupture des associations permettant le fil conducteur de la pensée. A ses yeux, l'origine de la schizophrénie devait résider dans des lésions cérébrales. Mais sous l'influence de son assistant Carl Jung, lui-même dauphin, à ce moment-là de Sigmund Freud, il n'en considérait pas moins les symptômes consécutifs à cette cause organique comme organisés autour de complexes psychiques inconscients.

Aujourd'hui, il se pose les questions de savoir s'il faut parler de l'existence d'une ou de "plusieurs" schizophrénies ? Continuer à distinguer le "groupe des schizophrénies" ou bien parler d'un "spectre schizophrénique" ? Ou bien encore, est-ce que la définition de la maladie elle-même doit être remise en question ?

C'est autour d'une table ronde que les Prs Professeurs Thérèse Lempérière (Paris), Jean Daléry (Lyon), Guy Darcourt (Nice) se proposent de débattre de ces nombreuses interrogations.

La psychiatrie en milieu pénitentiaire

Pr Laurent Schmitt et Pr Pierre Moron
Hôpital Purpan-Casselardit, 31059 Toulouse
schmitt.l@chu-toulouse.fr

Au lendemain de la loi 94-43 du 18 janvier 1994, le ministère de la Santé, remplaçant alors le ministère de la Justice dans la prise en charge des services médicaux et psychiatriques du système pénitentiaire, cherche à créer une structure susceptible de former les intervenants de ce nouveau système. Grâce au Dr Yves Tyrode, médecin chef de l'Unité pour Malades Difficiles de Montfavet (spécialement chargé de la commission des sorties), et au Pr Pierre Moron est créé l'Institut de Formation à la Psychiatrie en Milieu Pénitentiaire, auquel participe le Pr Roujou de Boubée, enseignant le droit pénal et la criminologie à l'université des Sciences sociales de Toulouse. Une reconnaissance officielle des Universités médicales et juridiques a alors lieu.

La formation, initialement réservée aux seuls médecins psychiatres, est rapidement proposée à tout professionnel travaillant dans une structure psychiatrique en milieu pénitentiaire. Puis un deuxième niveau de formation, dit complémentaire, fut instauré chaque année et proposé en fonction des nouvelles données :

- violences en milieu pénitentiaire
- choix thérapeutique et réalité pénitentiaire
- les détenus difficiles
- sexe et prison
- pratiques thérapeutiques et éthique en milieu pénitentiaire
- l'accompagnement psychiatrique des détenus et sortants de prison
- les directives récentes sur les pratiques médicales et psychiatriques en milieu pénitentiaire
- évaluation et réalités cliniques en milieu pénitentiaire.

En résumé, nous sommes à notre quinzième session de formation, alors qu'en 1995 nous pensions n'intervenir que pendant quelques années.

Troubles psychotiques chez les migrants : rôle des mécanismes épigénétiques

Dr Mohammed Taleb
CHI Eure-Seine, 27200 Vernon
mohamed.taleb@chi-eureseine.fr

Par les difficultés psychologiques et sociales qui l'accompagnent, le processus de migration constitue un facteur commun de risque chez tous les migrants. Des symptômes communs ont été décrits et dénommés "Chronic and Multiple Stress Syndrome in immigrants" dont l'incidence croissante dans beaucoup de services psychiatriques à travers l'Europe est telle qu'un groupe de professionnels de la santé a alerté le Parlement Européen.

Il est maintenant établi que l'incidence des troubles psychotiques est élevée dans plusieurs groupes ethniques minoritaires en Europe de l'Ouest. L'incidence serait par exemple de 2 à 10 fois plus importante chez les immigrés en Grande-Bretagne que chez les natifs. Les taux de troubles psychotiques seraient encore plus élevés chez ceux de la seconde génération. Les explications proposées font appel à la migration sélective, les infections virales auxquelles les migrants seraient plus sensibles, le déficit en vitamine D, l'usage de cannabis, les complications obstétricales, l'urbanité, le niveau socio-économique plus faible ..., mais ces hypothèses restent largement insuffisantes pour expliquer le phénomène qui demeurent une énigme.

Plus récemment, ont été proposées d'autres hypothèses sur le rôle du stress social à partir du modèle animal de défaite sociale. L'animal ainsi défait développe un certain nombre de processus neurobiologiques et de sensibilisation comportementale. Ces réactions qui concernent l'axe hypothalamo-hypophysaire et le système dopaminergique, constituent le lien entre environnement et dysfonctionnements biologiques observés dans la schizophrénie. Chez les migrants, les phénomènes d'échec social et les sentiments de discrimination perçue auraient un rôle particulièrement important. Les données récentes sur l'épigénétique viennent compléter ces hypothèses et expliquer l'augmentation de l'incidence au sein des migrants.

Les expositions environnementales peuvent en effet altérer l'épigénome et l'étude de ces mécanismes représente une voie intéressante pour comprendre comment l'environnement et le stress social interagissent avec les gènes. Les événements épigénétiques sont impliqués très précocement dans la vie de l'individu, durant les périodes critiques du développement prénatal et postnatal et peuvent conduire à des changements dans l'expression des gènes tout au long de la vie adulte. Enfin, l'épigénétique peut intervenir dans la transmission non-génétique de certains caractères phénotypiques entre générations.

Mercredi 8 juin

Les Modèles d'Automutilations autistiques

Dr Pascale Abadie
Hôpital Rivière-des-Prairies, Centre d'excellence en trouble envahissant du développement, Université de Montréal, H1E1A4
Montréal, Québec
pascale.abadie0379@orange.fr

La prévalence, les facteurs de risque et la fonction des comportements d'automutilation (Self-Injury Behaviour ou SIB) dans les Troubles du Spectre Autistique (TSA) ont fait récemment l'objet d'études spécifiques (Oliver et Richards, 2010), étonnamment peu nombreuses. La prévalence moyenne des SIB a été estimée entre 70 et 30% dans les populations d'autistes selon les études (Baghdadli et al, 2003). Ces comportements seraient associés à un trouble de communication ou à une déficience intellectuelle. Les comportements d'automutilation ont également été décrits chez des patients TSA présentant des anomalies perceptives (Schroeder et al, 2002). Love et al (2009) se sont intéressés à la signification comportementale des SIB et ont souligné l'importance d'un renforcement social positif dans leur maintien. D'autres auteurs ont montré le poids d'un renforcement automatique chez les patients TSA, par stimulations perceptives ou intéroceptive en lien avec la régulation d'une tension émotionnelle. Chez des sujets présentant un syndrome d'Asperger, les interventions comportant un auto-enregistrement permettraient de diminuer efficacement les SIB en reconstruisant les comportements (Tiger et al, 2009). Après une revue des principales publications portant sur la phénoménologie et la fonction clinique des automutilations dans les TSA, nous aborderons les hypothèses associées à la survenue et au maintien de ces comportements; les principes d'intervention comportementale et pharmacologique (permettant une réduction d'un état d'hypervigilance anxieuse) les plus pertinents dans la prise en charge des SIB seront abordés. L'exposé sera illustré par des vignettes cliniques.

Les dépressions à forme délirante en lien avec les troubles cognitifs

Dr Nadine Bazin

Service Psychiatrie, CH de Versailles, 78157 Le Chesnay
nbazin@ch-versailles.fr

Les personnes âgées ont une forte propension à délirer. Ainsi à l'occasion d'évènements de vie difficiles ou de maladie somatiques ou psychiatriques, les personnes âgées vont présenter des symptômes délirants nettement plus fréquemment que les sujets plus jeunes. Les liens entre ces éléments délirants et les troubles cognitifs sous jacents fréquemment retrouvés à cet âge de la vie sont discutés.

La dépression fait partie de ces situations au cours desquelles les personnes âgées présentent fréquemment des éléments délirants. La présence de ces éléments cliniques ne constitue pas un élément de mauvais pronostic à court terme (en particulier pour l'évolution de l'épisode dépressif) mais en revanche l'hypothèse selon laquelle la présence de ce type d'élément clinique signe une "fragilité cérébrale" est avancée. Porte d'entrée ou évolution vers une maladie dégénérative ? La question reste posée.

Nous présenterons les arguments cliniques et issus de la littérature en faveur de ces hypothèses.

Facteurs d'efficacité thérapeutique dans les dépressions d'apparition tardive

Dr Michel Benoit

Hôpital Pasteur, 06002 Nice cedex 1
benoit.m@chu-nice.fr

Les dépressions d'apparition tardive sont très fréquentes, en particulier dans les environnements de soin ou d'hébergement pour personnes âgées où elles peuvent concerner jusqu'à 40 % des personnes âgées. Elles posent plus fréquemment les mêmes problèmes que celles de l'adulte plus jeune: dépistage peu fréquent, recherche insuffisante des comorbidités, stratégies thérapeutiques peu appliquées dans la durée, adhésion insuffisante au traitement. Elles soulèvent aussi des problèmes spécifiques : liens fréquents avec les détériorations cognitives, risque d'évolution démentielle, rémission souvent partielle.

L'ensemble de ces caractéristiques sont des facteurs de résistance et de récurrences, et leur fréquence ne doit pas conduire à considérer la dépression de la personne âgée comme une pathologie peu curable. Il apparaît d'après les pratiques que des attitudes fatalistes et résignées interviendraient trop souvent dans le manque d'efficacité thérapeutique.

La connaissance du profil évolutif de ces états dépressifs amène au contraire à adopter des stratégies structurées de prise en charge et à l'optimisation du traitement. La formation des praticiens au diagnostic et aux règles de prise en charge spécifiques est un facteur incontournable du traitement réussi, et les divers programmes à cet effet doivent être davantage connus. La connaissance des modalités évolutives des dépressions tardives et des modalités possibles de suivi est un deuxième élément suscitant une prise en charge améliorée au long cours. Enfin, les procédures renforçant l'alliance, le suivi multidisciplinaire adapté, les stratégies thérapeutiques en cas de résistance constatée sont plus particulièrement les garants de rémissions plus complètes et d'une restauration d'une meilleure qualité de vie. L'utilisation maîtrisée de traitements non médicamenteux en cas de résistance constatée (ECT, rTMS, DBS), associée à optimisation de la prise en charge, permet d'augmenter très significativement les taux de rémission et est à développer en cas de résistance.

Hypothèse neurodéveloppementale et modèles psychophysiologiques de l'autisme

Dr Frédérique Bonnet-Brilhaut

CHU Bretonneau, 37044 Tours Cedex
f.bonnet-brilhaut@chu-tours.fr

L'autisme et les Troubles Envahissants du Développement (TED) forment un groupe de pathologies neurodéveloppementales hétérogènes qui, à l'inverse des pathologies neurologiques focalisées, touchent différents secteurs du fonctionnement cérébral (socio-émotionnel, langagier, perceptif, moteur, exécutif). L'autisme est par ailleurs la maladie psychiatrique qui semble avoir le facteur génétique le plus important avec notamment une concordance clinique chez les jumeaux monozygotes de 80% alors qu'elle n'est que de 45% dans la schizophrénie (pour revue Muhle et al, 2004). Les études épidémiologiques montrent également que la fréquence de l'autisme chez les apparentés de premier degré est de 2 à 8% ce qui représente un risque significativement plus élevé de celui de la population générale. La physiopathologie précise de l'autisme demeure inconnue. Les données issues des études anatomopathologiques, anatomiques et fonctionnelles ont mis en évidence des anomalies du développement cérébral dans l'autisme sur un plan macroscopique (pattern particulier de croissance cérébrale, macrocéphalie dans 20% des cas, augmentation des volumes de substance blanche et substance grise) et microscopique. Ces anomalies peuvent impliquer les différentes étapes du développement cérébral. Sur un plan psychophysiologique plusieurs hypothèses sont actuellement avancées, non exclusives les unes des autres, certaines présentant mêmes des concepts communs. On peut citer les hypothèses portant sur un trouble de la perception sensorielle uni ou multimodale, sur un déficit de l'intégration des informations en lien avec un défaut de connectivité mais également sur les particularités du fonctionnement exécutif.

Unités de Malades Difficiles : *Quid* de l'UMD en 2011 ?

Dr Jacques Bouchez

GH Paul-Guiraud, UMD, 94800 Villejuif
J.C. Ebiou, B. Lachaux
jacques.bouchez@ch-pgv.fr

Le dispositif national des UMD en France doit se compléter de nouvelles structures. Dix unités au total seront bientôt disponibles en répondant à de nouvelles orientations territoriales. La psychiatrie des dernières décennies a pourtant particulièrement orienté son développement vers des soins de proximité et son activité vers des parcours de soins extra hospitaliers. Les enjeux sanitaires et cliniques autour des créations d'UMD sont nombreux. La première UMD a déjà 100 ans. Répondent-elles encore aux objectifs initiaux de leur création ? Les demandes actuelles restent majoritairement représentées par des cas difficiles suivis par des secteurs dans des conditions hospitalières elles mêmes difficiles. Quels sont les soins et les évaluations spécifiques à développer pour mieux organiser l'articulation des prises en charge avec les services demandeurs ?

Les moyens mis en place pour les UMD peuvent maintenir un système de soins pérenne pour des cas extrêmes tout en se rappelant à la conscience psychiatrique moderne au décours de faits divers largement discutés. Mais le débat comme le partage d'expériences cliniques

ou d'une culture de recherche restent essentiels. L'admission dans une UMD peut devenir un passage nécessaire mais aussi un temps d'évaluation et de traitement suffisant tout en permettant une reprise de suivi par leur service d'origine.

Une réponse unique à la dangerosité par une admission en UMD ne peut qu'entretenir une forme de stigmatisation. La mise en place de collaborations cliniques dans un esprit de complémentarité des dispositifs de soins peut inversement répondre aux nécessités de nos sociétés et des services hospitaliers. Les demandes, les offres de soins, les réponses et leurs délais ainsi que les perspectives d'évaluation en UMD peuvent déjà être discutées.

La distinction syndrome de Gilles de la Tourette et Trouble envahissant du développement en pratique clinique

Dr Chantal Caron

Hôpital Rivière-des-Prairies, Université de Montréal, H1E1A4 Montréal, Québec
chantal.crn@gmail.com

Le syndrome de Gilles de la Tourette et les troubles envahissants du développement sont deux troubles neurodéveloppementaux débutant dans l'enfance. Ils ont en commun la présence de mouvements anormaux, de comportements répétitifs ainsi que de difficultés de socialisation. Nous révisons ce qui distingue les Tics du syndrome de Gilles de la Tourette des mouvements corporels stéréotypés du Trouble envahissant du développement. Nous élaborons aussi sur la distinction entre les obsessions, souvent associées au Tourette et les intérêts surinvestis présents dans le TED. Enfin nous décrivons ce qui distingue les rituels du TED des compulsions associées au Gilles de la Tourette. L'ensemble de ces particularités permettra d'élaborer le diagnostic différentiel entre Gilles de la Tourette et Spectre autistique.

Anorexie : Maladie du corps, Déni et Réalités

Dr Christine Foulon

Clinique Villa Montsouris, 75013 Paris
christine.foulon@club-internet.fr

L'anorexie est un trouble qui se situe au carrefour de différentes disciplines somatiques et psychiatriques. Elle se retrouve à l'interface de différents champs : sociologiques, culturels, biologiques, génétiques et psychocomportementaux. Les causes de survenue de ce trouble sont largement méconnues. Si l'expression du trouble est relativement univoque, la psychopathologie individuelle varie. C'est une situation clinique difficile pour les cliniciens non spécialisés, son traitement est un challenge pour les cliniciens spécialisés.

Le déni est une caractéristique nodale très fréquente chez les jeunes filles au début de la maladie mais qui peut se prolonger à l'âge adulte. Il retarde l'accès aux soins, les interventions thérapeutiques précoces et crée une situation relationnelle avec le psychiatre qui ne permet pas l'alliance thérapeutique. Il conduit à l'idéalisation des conduites de restriction avec pour conséquence l'extrême maigreur comme on peut le voir sur les sites web "pro ana". Le trouble est paradoxalement également stigmatisé comme relevant de la simple volonté des patients. Les réalités sont celles d'une maladie à fort taux de morbi-mortalité. Les conséquences somatiques de la dénutrition et des conduites de purge sont maintenant mieux connues, ostéoporose, troubles métaboliques, troubles de la fertilité, les conséquences psychocomportementales aboutissent à un mauvais fonctionnement relationnel, professionnel et à des déficits sociaux.

Il convient toujours de considérer que la plupart des symptômes physiques ou psychologiques résultent de la dénutrition. L'autre réalité concerne l'offre de soins qui reste insuffisante en France et concerne aussi bien les structures d'hospitalisation que les soins ambulatoires. Les approches thérapeutiques sont nécessairement multifocales nutritionnelles, comportementales, psycho-logiques. Elles sont fonction de la gravité des symptômes, de la mise en jeu du pronostic vital, de la durée d'évolution, de la psychopathologie, des interactions familiales.

"Permission de jardin" : Les maux de l'auteur, les mots du psychiatre

Mme Isabelle Ganz, comédienne

"Permission de jardin" est un texte écrit et interprété par Isabelle Ganz. Cette comédienne propose une promenade délicate dans les paysages tourmentés de la folie. Dans le clair-obscur d'une pensée qui s'égare, nous ne savons jamais dans quel labyrinthe cette femme blessée se perd.

Elle commence en nous racontant qu'elle est comédienne et qu'elle doit jouer "Madame Marguerite" de Roberto Athayde. Ce texte magnifique d'un professeur au bord de la folie qu'Annie Girardot rendit célèbre. Ainsi, l'écriture d'Isabelle Ganz suit les méandres, plonge dans les abysses de la pensée de cette jeune femme qui se perd en tentant de se rassembler. L'écriture est subtile, elle joue avec les mots aux second et troisième degrés. Isabelle Ganz, qui est aussi la comédienne, nous emmène dans cette identité fêlée, sans pathos, même avec fantaisie. Mais voilà, est-elle véritablement ce qu'elle dit être ? La perte d'identité est au centre du spectacle. On suit, sans se perdre, son récit décousu comme sa raison, d'où surgissent régulièrement un hérisson et un lapin.

Les mots fusent et sortent sans logique exprimant les maux de ce être maniaco-dépressif, bipolaire, à qui la vie n'a fait aucun cadeau. Deux grands spécialistes des maladies bipolaires prendront le relais pour débattre de ces troubles handicapants qui altèrent inmanquablement la qualité de vie, aussi bien des patients que leurs proches.

Place de la stimulation magnétique transcrânienne dans le traitement des dépressions chez la personne âgée

Pr Isabelle Jalenques

CHU Clermont-Ferrand, Université d'Auvergne Clermont 1 UFR Médecine, 63003 Clermont-Ferrand
G. Legrand
ijalenques@chu-clermontferrand.fr

Des données de plus en plus nombreuses suggèrent une efficacité de la stimulation magnétique transcrânienne répétée (SMTr) dans le traitement des dépressions chez l'adulte. Mais qu'en est-il dans le traitement des dépressions chez le sujet âgé ?

Après une consultation exhaustive des bases de données Medline/Pub-Med et Avery-George-Holtzheimer database of rTMS Depression Studies, les auteurs ont retenu 18 études d'efficacité à court terme : 14 études portant sur des épisodes dépressifs majeurs d'intensité sévère, souvent résistants et 4 études de l'efficacité de la SMTr dans les dépressions vasculaires. Cette analyse de la littérature apporte des arguments en faveur d'une efficacité de la SMTr dans le traitement des dépressions chez les sujets âgés, en dépit de quelques résultats contradictoires. La stimulation du cortex préfrontal dorsolatéral gauche à haute fréquence est la plus souvent pratiquée. Plusieurs

paramètres sont associés à une meilleure efficacité antidépressive : une intensité de la stimulation supérieure à 90 %, voire 110 % du seuil moteur, un nombre de stimulations par session supérieur à 1000 et un nombre total de jours de traitement supérieur à 10. Certains facteurs semblent associés à une moindre réponse thérapeutique, notamment un âge très élevé ou certaines lésions cérébrales. Les études effectuées chez des patients souffrant de dépression vasculaire et post accident vasculaire cérébral nous apprennent que ce serait la localisation, plutôt que le volume total des lésions qui jouerait un rôle significatif.

Enfin, les études s'accordent sur la très bonne tolérance chez les sujets âgés de la SMTr, y compris au niveau cognitif. Toutefois des questions demeurent dont les auteurs font la synthèse en conclusion pour préciser quelles recherches pourraient être menées afin de donner toute sa place à la SMTr dans les thérapeutiques des dépressions chez la personne âgée.

UMD : Du sécuritaire aux soins intensifs

Dr Bernard Lachaux (Villejuif)

UMD, GH Paul Guiraud, 94806 Villejuif Cedex
bernard.lachaux@ch-pgv.fr

La pression actuelle vis-à-vis d'une option essentiellement sécuritaire de la psychiatrie mêle une dimension passionnelle à un problème qui reste d'abord un souci de santé publique. En effet il ne faut pas confondre les soins aux patients ayant des pathologies psychiatriques difficiles à prendre en charge et l'intervention auprès des patients transgressifs dans le dispositif pénitentiaire ; ces deux aspects sont différents à tous les points de vue ; les confondre procède d'une grande ignorance ou d'une volonté de confusion.

Les modifications induites par l'ouverture des hôpitaux psychiatriques sur l'extérieur, et le déploiement du dispositif sur l'extrahospitalier et la part maintenant très majoritaire pris par les soins ambulatoires de proximité (80 % de patients suivis par les secteurs de psychiatrie publique sont suivis exclusivement en extrahospitalier et ne sont donc jamais hospitalisés) ont profondément modifié le dispositif de la psychiatrie. Devenu plus ouvert sur l'extérieur, s'étant rapproché du domicile des patients il est vécu comme plus accessible. Mais il a en conséquence une moindre capacité et une moindre possibilité contenir les troubles les plus graves : l'hospitalisation ne peut plus jouer son rôle contenant dans le contexte de diminution des lits et des effectifs soignants et de manque de structures adaptées.

Dans ce contexte, les services de psychiatrie qui centrent leur capacité d'hospitalisation sur les séjours courts deviennent mal adaptés à des patients présentant une particulière intensité des symptômes, des troubles majeurs du comportement et parfois une dangerosité envers eux-mêmes ou autrui. Les demandes d'admission en Unités pour Malades Difficiles (UMD) sont ainsi en augmentation constante sans qu'une particulière dangerosité le justifie toujours. Elles ne peuvent suffire à la prise en charge de ces patients en raison d'un nombre limité de places et de leurs missions spécifiques d'accueil des patients présentant un état dangereux majeur, certain ou imminent, incompatible avec leur maintien dans une unité d'hospitalisation classique.

C'est pourquoi il faut revoir l'organisation pour permettre une réponse rapide et graduée. Dans ce contexte, il faut compléter les UMD d'un dispositif intermédiaire sous la forme d'unités intersectorielles fermées permettant un cadre contenant : les Unités de Soins Intensifs Psychiatriques (USIP). Ces structures intersectorielles d'hospitalisation :

- proposent des séjours limités dans le temps pour des patients présentant des troubles majeurs du comportement ne pouvant être pris en charge de façon satisfaisante dans les services de psychiatrie générale

- sont un relais institutionnel de proximité de courte durée pour une équipe confrontée à la difficulté dans la prise en charge de patients difficiles

- maintiennent des liens avec les équipes de psychiatrie générale. Elles :

- apparaissent comme un chaînon manquant dans le dispositif de soins, intermédiaire entre services de psychiatrie générale et UMD.

L'organisation régionale des UMD et pour chacune d'un réseau d'UMD permettrait :

- de soulager les équipes de psychiatrie de secteur en permettant une réponse en USIP plus rapide, plus adaptée et graduée pour les patients difficiles à prendre en charge dans les secteurs de psychiatrie générale ;

- une meilleure disponibilité des UMD dans leur mission de prise en charge des patients présentant une dangerosité importante et reconnue.

Bien que la psychiatrie ne doive pas, ni par essence, ni en pratique, être réduite au seul champ du médical, sa logique le reste largement puisqu'il s'agit de soins apportés à des personnes souffrantes, que la maladie perturbe, parfois très gravement, dans leur compréhension qu'ils ont de leur identité et des rapports aux autres et à la réalité. L'évolution historique a permis de créer une véritable compétence soignante au service des patients. Dans cette progression qui ne doit pas renier, ni oublier ses origines, il y a un progrès. C'est bien d'une pérennisation de cette compétence et de son inscription en termes d'organisation qu'il s'agit de traiter ici en centrant le propos non pas sur la dangerosité et la sécurité qui sont des conséquences et des conditions ; mais en termes de maladie, de difficultés et de soins intensifs qui en sont les concepts fondateurs et donc essentiels.

Les Unités de Soins Intensifs Psychiatriques (USIP) : synergie et complémentarité dans le dispositif de soins

Dr Patrick Le Bihan

USIP - CH - 33410 Cadillac
patrick.lebihan@ch-cadillac.fr

Les Unités de Soins Intensifs Psychiatriques (USIP) sont de création récente dans notre pays. Ces unités de soins sécurisées proposent un cadre contenant pour des patients présentant des troubles majeurs du comportement ne pouvant être pris en charge de façon satisfaisante dans les services de psychiatrie générale. La provenance des patients est intersectorielle, correspondant à un territoire de santé ou dépend de conventions entre établissements de soins. La durée de séjour ne devrait pas excéder deux mois. Ces unités de soins permettent un relais institutionnel de courte durée pour une équipe en difficulté dans la prise en charge des patients présentant des troubles majeurs du comportement. La continuité des soins avec le service d'origine par des réunions est importante. Des unités existent notamment à Cadillac, Lyon, Paris, Montpellier, Nice, Pau, Prémontér et Eygurande. Elles apparaissent comme un chaînon manquant dans le dispositif de soins, intermédiaire entre services de psychiatrie générale et Unités pour Malades Difficiles. Ces dernières unités pourraient ainsi se recentrer sur leur mission de prise en charge des patients présentant une dangerosité importante et reconnue. La création d'une association, les expériences à l'étranger et l'existence de recommandations sont soulignées.

Premiers épisodes maniaques après 60 ans : orientations diagnostiques et PEC spécifique

Dr Sandrine Louchart de la Chapelle

CHPG-Psychiatrie, Monaco
slouchart@chpg.mc

La prévalence des troubles bipolaires se situerait, tous âges confondus, entre 1% et 5%. Après 65 ans, la prévalence varierait alors de 0,1 à 19% selon les études, reflet des difficultés diagnostiques rencontrées. L'épisode maniaque, observé chez le sujet âgé de plus de 60 ans, peut renvoyer à deux types de situations cliniques :

a) dans la première, il s'agit d'un trouble thymique ayant débuté à l'âge adulte sous un aspect unipolaire dépressif et qui se bipolarise tardivement (maladie maniaco-dépressive) b) la seconde regroupe les sujets, sans antécédents thymiques, qui présentent un épisode maniaque tardif après 65 ans, soulevant la question des manies secondaires à une pathologie organique. Peu d'études sont consacrées à cette thématique et ils sont de plus souvent contradictoires dans leurs conclusions.

La question de l'étiopathogénie de ces épisodes maniaques sera abordée avec les différentes hypothèses pouvant être avancées. Une pathologie organique et notamment l'implication de lésions neurologiques sous-jacentes doit être recherchée. Cela soulève la question des manies secondaires mais également des corrélations entre manie et démence, qu'elle soit d'origine vasculaire ou dégénérative. La démarche diagnostique doit donc être rigoureuse avec recherche des ATCD thymiques et somatiques (personnels et familiaux) et doit également éliminer d'éventuels diagnostics différentiels psychiatriques. Par ailleurs, toutes les causes de manies secondaires doivent être recherchées par un examen somatique complet et des examens paracliniques pertinents. La prise en charge thérapeutique et le choix de la chimiothérapie se fera en tenant compte des comorbidités organiques.

L'autisme comme réorganisation cérébrale en faveur de la perception

Pr Laurent Mottron

Hôpital Rivière-des-Prairies, Centre d'excellence
en trouble envahissant du développement,
Université de Montréal, H1E1A4 Montréal, Québec
mottronl@uniserve.com

La compréhension "défictologique" de l'autisme comme déficit de la communication et de la socialisation réciproque est actuellement majoritaire. Elle détermine la description du phénotype autistique et son diagnostic, oriente les programmes de recherche en neurosciences de la cognition, et détermine les cibles des programmes de réadaptation. Elle maintient l'autisme dans un statut de handicap, défini négativement par rapport à la majorité neurotypique.

À côté de cette orientation dominante, un courant de pensée alternatif décrit l'autisme comme une variation minoritaire du phénotype humain, caractérisé par des différences distribuées sur de multiples niveaux et fonctions neurocognitives. En particulier, la perception autistique présenterait une performance, un rôle et une autonomie supérieure à celle des individus typiques, avec des effets sur l'ensemble de l'architecture cognitive.

Ce modèle de sur-fonctionnement perceptif ou EPF (*Enhanced Perceptual Functioning*, Mottron et al 2006), d'abord élaboré à partir de travaux de neuropsychologie expérimentale, vient de trouver un support décisif dans les résultats d'une Activation Likelihood Estimation Meta-analysis (Samson et al, 2011). Cette technique, qui permet de déterminer les aires cérébrales ayant la plus grande probabilité d'activation différentielle dans un ensemble d'étude par rapport à un groupe de référence, a montré que les autistes partageaient un sur-fonctionnement cortical dans les régions hautement spécialisées, centrées sur les aires d'expertise visuelle.

Ces résultats, suffisamment robustes pour résister au bruit introduit par les différences de procédure, de groupe de recherche et de diagnostic, nous indiquent que l'autisme est associé à une réorganisation cérébrale, dans lequel l'expertise perceptuelle joue un rôle central. Nous présenterons ces travaux, et discuterons de leurs conséquences sur la compréhension de l'autisme comme déterminé par un sur-fonctionnement perceptif plus que par un déficit de la socialisation réciproque.

Jeudi 9 juin

Marqueurs électrophysiologique dans la bipolarité : Les données des neurosciences permettent-elles la différenciation clinique ?

Dr Albert Boxus

Centre Hospitalier Léon Jean Grégory, 66300 Thuir
albert.boxus@ch-thuir.fr

Faire le diagnostic différentiel entre un trouble bipolaire ou une pathologie schizophrénique dysthymique est souvent difficile dans la clinique quotidienne. Il existe de fait un continuum nosologique entre ces deux pathologies. Le propos de cette étude est de montrer au travers de 27 tracés de potentiels évoqués cognitifs (ERP's) réalisés chez des patients bipolaires comparés à des tracés de patients schizophrènes, qu'on peut mettre en évidence des différences quand à l'amplitude et la latence de la N100, MMN, P200, N200 et CNV. Les mêmes retards de latence et diminution de l'amplitude de la P300 dans les deux pathologies suggèrent qu'il existe de façon similaire des troubles dans les générateurs temporo-pariétaux perturbant les processus attentionnels. Les différences observées au niveau de la N100, MMN, P200 et CNV évoquent une meilleure réactivité aux stimuli dans la bipolarité ainsi qu'une meilleure conservation des fonctions exécutives.

Conclusions : L'examen par Potentiels Évoqués Cognitifs pourrait être contributif au diagnostic différentiel Bipolarité-Schizophrénie dysthymique. Il pourrait de plus apporter une aide quand à la prescription médicamenteuse. Les observations de cette étude devraient être confirmées à une plus grande échelle et selon une méthodologie plus approfondie.

Le thermalisme psychiatrique : une approche innovante

Dr Olivier Dubois

Clinique de Saujon, 17600 Saujon
thermes.odubois@wanadoo.fr

Le thermalisme psychiatrique est l'utilisation à visée thérapeutique de l'eau thermale ou crénothérapie. Bien que d'origine déca millénaire, ses indications dans le domaine de la psychiatrie sont encore mal connues. Elle est pourtant couramment prescrite dans des indications psychiatriques où l'on manque d'alternative thérapeutique, en particulier dans les troubles anxieux, les troubles du sommeil, le sevrage de

benzodiazépines, les syndromes douloureux chroniques sans organicité étiologique ou encore les troubles de l'humeur d'intensité modérée et réactionnelle, voire certains troubles de la personnalité. Environ 10 000 patients de psychiatrie présentant ces troubles séjournent pourtant annuellement en station thermale psychiatrique. Contrairement aux idées reçues, cette approche thérapeutique ancestrale se modernise nettement : sa pratique se fonde sur des principes thérapeutiques et selon des protocoles bien déterminés. Ses effets physiopathologiques et les hypothèses biologiques explicatives sont de plus en plus documentés. Surtout, des preuves de son efficacité ont été apportées ces dernières années et d'autres sont en cours d'exploitation. Ces preuves concernent des pathologies telles que le trouble anxieux généralisé, le sevrage de benzodiazépines, les états dépressifs, la fibromyalgie ou encore l'évolution en termes de qualité de vie dans le trouble anxieux. Enfin, les stations thermales psychiatriques, fortes de leur expérience et de leur expertise dans le domaine vaste de l'anxiété, riche d'un personnel formé, mobilisable et encadré par une équipe médicale, disposent d'une population de patients présentant des pathologies homogènes sur une durée de prise en charge importante (trois semaines). Elles souhaitent en conséquence répondre aux besoins spécifiques de cette population en développant des méthodes psycho-éducatives à partir de modèles thérapeutiques et psychothérapeutiques validés (relaxation, biofeedback, mindfulness, cohérence cardiaque, etc.).

Les maladies psychiques et leur prise en charge : place des familles

Dr Yann Hodé,

Centre hospitalier, 68250 Rouffach

y.hode@ch-rouffach.fr

M. Jean Canneva, président de l'UNAFAM

Mme Naima Trachen, Présidente de l'association Amali, Casablanca

Dr Solange Beaumont, Paris

Mme Marianne Kuhn, Association France Parkinson, Mulhouse

Mme Monique Pasche, AFS Berne francophone, coordonnatrice du réseau francophone des animateurs du programme Profamille, Berne

La place des aidants familiaux ne va pas toujours de soi en psychiatrie car l'alliance avec le malade, les obligations liées au secret médical, les situations parfois conflictuelles dans les familles peuvent entraîner des réticences à bâtir une alliance forte avec les familles des patients. Pourtant de plus en plus d'études montrent que les aidants familiaux sont fortement impactés au niveau de leur santé physique et psychologique par la maladie de leur proche. Cela a plusieurs conséquences :

D'une part, un surcoût non négligeable pour le système d'assurance sociale lié à la plus mauvaise santé des aidants.

D'autre part, un transfert de charge coûteux vers le système de soin de la prise en charge du malade, lié à la défaillance des aidants épuisés.

Enfin une plus mauvaise évolution du malade, si l'aidant n'est pas en état d'apporter une aide adaptée

Le degré de compétences et les ressources des aidants familiaux pour les malades sont souvent sous-estimés et sous-exploités par les médecins et les solutions utiles et faciles à mettre en œuvre pour soutenir efficacement ces aidants sont encore trop peu connues et donc peu utilisées. Les témoignages d'aidants familiaux concernés par des maladies tant psychiatriques (troubles psychotiques) que neurologiques (Maladie de parkinson) permettra de comprendre la similitude des situations et des possibilités d'aides. Les expériences des actions des associations de familles dans différents pays francophones pour soutenir les familles montrent aussi des similitudes malgré les différences culturelles et préfigurent la mise en place d'un modèle sanitaire à la fois plus partenarial, plus démocratique, plus efficace, plus humain et moins conflictuel.

Maladie résistante ? Traitement résistant ? Ou patient résistant ?

Pr Patrick Martin (Paris)

INSERM U677 Neuropsychopharmacologie

GH Paul Guiraud / UMD, 94806 Villejuif Cedex

patrick.martin@ch-pgv.fr

La résistance au traitement psychotrope chez des patients souffrant de pathologies mentales est un problème majeur de santé publique en termes de prévalence, en termes de souffrance individuelle et de dépenses de santé, *a fortiori* lorsque cela concerne les patients dits difficiles.

La notion de résistance pourrait être traduite selon deux axes de compréhension : d'une part comme la persistance d'un trouble mental avéré ou de symptômes chez un patient pour lequel il a été prescrit un traitement psychotrope supposé efficace, et/ou, d'autre part comme l'inefficacité des traitements psychotropes dans certaines formes ou troubles mal identifiés.

En considérant le premier axe évoqué, on pourrait incriminer des facteurs de résistance indépendants des caractéristiques pharmacologiques des molécules utilisées plus liés au profil physiopsychologique du patient, alors que le second axe donnerait à penser que la pathologie mentale considérée laisse persister de nombreuses zones d'ombres qu'il conviendrait d'explorer. Dans l'un ou l'autre cas, apparaît l'incapacité pour le thérapeute de parvenir aux résultats escomptés. D'où la notion de prise en charge des patients dits "compliqués" ou "difficiles" dans laquelle la notion de résistance au(x) traitement(s) prend une place prépondérante.

Non réponse aux traitements psychotropes : apport de l'imagerie cérébrale

Pr Jean-Luc Martinot

Unité 1000 Inserm, CEA, Hôpital Cochin, 75014 Paris

e-mail : jean-luc.martinot@cea.fr

La résistance aux thérapeutiques psychiatriques usuelles soulève d'abord la question du diagnostic différentiel avec une pathologie organique révélée par une symptomatologie psychiatrique, qui peut être l'occasion de l'indication d'un examen d'imagerie cérébrale classique.

Dans le cas des maladies mentales avérées, des modifications de l'activité cérébrale régionale ont été mises en évidence dans pratiquement toutes les pathologies psychiatriques. Ces modifications s'accompagnent souvent de déviations statistiques des mesures de la structure cérébrale révélées par le traitement informatisé des images IRM, posant la question de leur lien avec la plasticité et la maturation du cerveau. Perspective intéressante, l'activité régionale avant traitement pourrait présager de son efficacité – ouvrant une voie de recherche sur l'imagerie pronostique. Par exemple, des chercheurs de l'Unité 1000 ont montré, chez des sujets résistants aux médicaments antidépresseurs, que les images du métabolisme cérébral des régions fronto-lobiques avant traitement permettent de distinguer les groupes ultérieurement répondeurs ou non répondeurs aux stimulations magnétiques transcrâniennes. Des modifications statistiques de la

structure cérébrale objectivée en IRM ont également pu être détectées dans ces régions. Cette voie de recherche est intéressante car l'imagerie en psychiatrie pourrait ainsi identifier des biomarqueurs grâce à des méthodes d'analyse multivariées, ayant une valeur statistique prédictive au niveau individuel.

Schizophrénie et travail : idéaux, réalités, espoirs

Dr Pierre-Olivier Mattei

Association L'Élan Retrouvé, 75009 Paris

pomattei@orange.fr

Les sociétés humaines accordent une grande importance au travail. Aussi, les représentations positives associées au travail sont habituellement surinvesties. S'agissant de maladie mentale et en particulier de schizophrénie, les progrès thérapeutiques, l'implication croissante des usagers et de leurs familles dans les soins et les démarches d'insertion, les perspectives ouvertes par la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, peuvent laisser penser que le travail est toujours un bien et qu'il est désormais accessible à tous les patients. La réalité est moins belle, mais ne se laisse pas facilement appréhender. En effet, il est impossible de savoir combien de patients schizophrènes travaillent en milieu ordinaire et dans quelles conditions. Bien que cela semble étonnant, il est difficile d'évaluer, dans une cohorte hospitalière de sujets schizophrènes, la proportion de ceux qui travaillent. Seules des approximations sont possibles. La sévérité du handicap varie en fonction des formes cliniques et des situations, mais dans l'ensemble, la schizophrénie, par son impact délétère sur les facultés cognitives et sur la vie de relation, est un frein majeur à l'insertion professionnelle. Ainsi, le travail n'est pas envisageable pour de nombreux patients schizophrènes. Il est néanmoins possible et a du sens pour d'autres. Les spécialistes de la réadaptation et de l'insertion parviennent peu à peu à en définir et à en favoriser les conditions. La richesse et la diversité des expériences accumulées dans ces domaines, le développement d'ESAT spécialisés, l'information des usagers et de leurs familles, l'évolution de la perception sociale du handicap psychique, les dispositions légales récentes, sont aujourd'hui porteurs d'espoirs et de progrès en ce qui concerne l'accès et le maintien au travail des patients schizophrènes.

Addictions : Echechs thérapeutiques et non réponse aux traitements

Pr Philippe Nubukpo CH Esquirol, 87025 Limoges & **Dr Patrick Bendimerad** CH 17019 La Rochelle

philippe.nubukpo@9online.fr

En addictologie, le sentiment d'échec est fréquent. Les professionnels doivent interroger leurs pratiques afin de mieux comprendre les causes des échecs ou non réponse thérapeutique. Il est important de réfléchir sur les critères et les objectifs par rapport auxquels l'échec est défini.

A travers une réflexion étayée par une revue de la littérature nous interrogeons les facteurs possibles de cet échec thérapeutique chez les patients avec addiction.

Ces facteurs se retrouvent à la fois dans une inadéquation des objectifs thérapeutiques, une mauvaise efficacité des moyens thérapeutiques utilisés, l'existence de comorbidités psychiatriques et ou somatiques, la problématique des vulnérabilités individuelles psychologiques pouvant être concomitant ou non d'anomalies neurobiologiques, une mauvaise compliance au traitement.

Bases scientifiques de la médecine thermale

Pr Christian-François Roques Latrille

Université Paul Sabatier, Toulouse

Président du Conseil Scientifique de l'Association Française pour la Recherche Thermale

cf.roques@gmail.com

La médecine thermale utilise les ressources thérapeutiques des cures thermales délivrées dans les établissements thermaux. La cure thermale est une intervention thérapeutique complexe qui associe soins thermaux minéraux, soins complémentaires (notamment éducatifs), dépaysement lié au séjour thermal. Les bases scientifiques de la médecine thermale sont cliniques, épidémiologiques et pré-cliniques.

Les études cliniques (essais avec tirage au sort et comparateur) ont montré l'intérêt de la médecine thermale a) en rhumatologie : arthrose du genou, lombalgies chroniques, fibromyalgie, tendinopathies de l'épaule, rhumatismes inflammatoires chroniques ;

b) en pathologie vasculaire : insuffisance veineuse, artériopathies ;

c) en dermatologie : psoriasis, dermatose atopique ;

d) en psychosomatique : trouble d'anxiété généralisée ; e) en gynécologie : douleurs liés à des affections inflammatoires ;

e) en gastro-entérologie et en pathologie métabolique : troubles fonctionnels intestinaux, surpoids, obésité, syndrome métabolique ; tous ces désordres tirent bénéfice de la cure thermale.

Une enquête menée auprès de 112 410 curistes a montré la capacité de la cure thermale à améliorer douleur physique (avec une efficacité jugée identique ou supérieure aux analgésiques) et qualité de vie, à consommer moins de biens de santé et ce de manière durable (pendant au moins 6mois).

Les études pré-cliniques ont établi l'action de la médecine thermales sur les différents systèmes de défense corporels (ant-inflammatoire, analgésique, immuno-modulateur, antistress, antioxydatif notamment) et sur divers métabolismes (glucidique, lipidique, uratique, minéral).

En se dotant de l'Association Française pour la Recherche Thermale (AFRETH), la France a entrepris ces six dernières années un effort de démarche scientifique particulièrement important.

Vendredi 10 juin

Le CNQSP : historique et principes fondateurs

Pr Jean-François Allilaire

Hôpital Pitié Salpêtrière, 75013 Paris

jf.allilaire@psl.aphp.fr

Le Collège National pour la Qualité des Soins en Psychiatrie (CNQSP) a pour objectif de promouvoir et de mettre en œuvre toute action relevant de la démarche qualité en médecine dans le domaine de la psychiatrie et de la santé mentale.

La démarche qualité dont le principal acteur est le clinicien par sa formation son engagement, ses qualités humaines et professionnelles

et sa capacité à s'améliorer, est ancrée dans la démarche clinique du professionnel. Mais cette démarche est aussi d'une grande modernité quant à ses modalités de développement, de transmission, de mise en place et d'évaluation. L'enjeu est donc pour les professionnels de s'approprier ces démarches en passant d'une qualité empirique et facultative à une démarche structurée et structurée tant sur le plan individuel que collectif. On peut dire qu'il s'agit d'une nouvelle exigence éthique dans la responsabilité médicale. Elle nécessite donc un engagement personnel de chacun appuyé sur le collectif, surmontant les réticences liées à une évaluation perçue comme sanctionnante et normative, à l'indigence des systèmes d'information qui sont souvent des conditions *si ne qua non* de l'évaluation, au manque de recommandations applicables dans la pratique par les professionnels.

L'historique de la genèse et du développement du CNQSP, ainsi que ses principes fondateurs seront évoqués.

L'enfant schizophrène, l'enfance du schizophrène

Pr Daniel Bailly

Hôpital Ste-Marguerite, 13274 Marseille

daniel.bailly@ap-hm.fr

Depuis la description en 1906 par De Sanctis de la "démence précocissime", débats et controverses restent vifs quant à la nature de la maladie décrite chez les enfants censés présenter une schizophrénie : s'agit-il réellement de la même maladie que celle classiquement reconnue chez l'adulte ? Parallèlement, l'évolution des idées et des recherches sur l'étiologie de la schizophrénie a rapidement conduit à s'interroger sur la nature du processus schizophrénique. Quel que soit le modèle psychologique, sociologique ou biologique considéré, une question a traversé de tout temps ces recherches : à quel moment situer le début du processus schizophrénique ? Le rapport ici présenté vise à resituer ces questions dans une perspective historique et à y apporter des éléments de réponse à partir des données épidémiologiques et cliniques les plus récentes. Cette démarche n'a pas seulement un intérêt théorique. Elle amène aussi à se poser la question des enjeux de la prise en charge précoce, non seulement chez les enfants schizophrènes mais aussi chez les sujets à risque de développer une schizophrénie. La dernière partie de ce rapport vise aussi à apporter des éléments de réponse à cette question en faisant le point sur les données disponibles concernant le traitement des enfants schizophrènes et les stratégies de prévention actuellement proposées.

Quelle vision pour le DPC en santé mentale ?

Dr Nadine Bazin

Service Psychiatrie, CH de Versailles, 78157 Le Chesnay

nbazin@ch-versailles.fr

Le Développement Professionnel Continu est un nouveau dispositif mis en place pour l'ensemble des professionnels de santé, dans le cadre de la loi HPST de 2009, qui a pour objectif d' "améliorer la qualité du système de santé" en "renforçant l'effectivité et la pertinence de la formation continue des professionnels de santé" et "en unifiant et simplifiant le dispositif par la fusion des dispositifs de FMC et EPP".

Le cadre législatif spécifie que le DPC doit être centré sur la pratique: le professionnel doit continuellement se référer et se comparer à des référentiels, utiliser des méthodes validées par la HAS, et travailler sur des thèmes fixés sur le plan national.

Deux points de difficulté seront évoqués : les référentiels ne portent, en l'état, que peu de potentiel d'amélioration des pratiques et les modalités de DPC ne peuvent pas se réduire à la simple association "FMC + EPP".

Le CNQSP s'est donné pour objectif d'élaborer des programmes de DPC innovants en concevant des référentiels ayant un réel potentiel d'amélioration et en travaillant à la conception de programmes originaux en partenariat étroit avec l'ensemble des professionnels inscrits de longue date dans la FMC (sociétés savantes, associations de psychiatres, etc.). Ces acteurs, hier porteurs d'une FMC de qualité, doivent constituer, demain, le maillage pour des actions de DPC répondant aux attentes des professionnels de la psychiatrie.

L'élaboration des recommandations au sein du CNQSP : exemple de la recommandation "coopération entre Médecins Généralistes et Psychiatres"

Dr Maurice Bensoussan

Clinique Marigny, 31140 St Loup Cammase

maurice.bensoussan@wanadoo.fr

Le CNQSP propose des innovations méthodologiques pour l'élaboration de recommandations afin d'améliorer leur qualité et en particulier leur applicabilité par les professionnels de terrain. Une des innovations essentielles vise à intégrer la richesse des expériences de terrain des praticiens pour améliorer les méthodologies d'élaboration des recommandations, jusque là issues de la seule Haute Autorité de Santé. En effet le CNQSP, a dès sa fondation opté pour un fonctionnement assurant conjointement le rôle de concepteur et d'opérateur pour les actions de qualité. Ce lien est essentiel car seul à garantir une démarche qualité intégrée à la mise en pratique sur le terrain, et non vécue comme étrangère et imposée de l'extérieur. Ce sont leurs préoccupations que les praticiens vont décliner eux-mêmes en recommandations.

Le contexte de la recommandation sur la coopération Médecins Généralistes – Psychiatres ayant pour intitulé : "Les courriers échangés entre médecins généralistes et psychiatres lors de la demande de première consultation par le médecin généraliste pour un patient présentant un trouble mental avéré ou une souffrance psychique" sera alors détaillé. L'importance de la composition et du rôle du groupe de travail sont soulignés. Le large groupe de lecture porte une autre innovation consistant à retenir toutes les réponses, y compris les désaccords. Enfin un groupe test, plus ciblé, va évaluer l'impact économique et organisationnel de la recommandation.

Cette recommandation, qui a obtenu le label HAS, sera diffusée auprès des professionnels concernés par le CNQSP dans le cadre de ses programmes de Développement Professionnel Continu.

Qualité et recherches en santé : la commission "Recherche en Santé Mentale" du CNQSP

Pr Vincent Camus

CHRU Clinique psy universitaire, 37044 Tours

v.camus@chu-tours.fr

L'amélioration des pratiques et des organisations de soins (champ de la qualité) impose le développement d'un champ de recherche qui reste, à ce jour, indigent : les recherches en Santé Mentale. Les données manquent en effet pour proposer des améliorations cliniquement

pertinentes, argumentées et pouvant prétendre avoir un impact réel sur les pratiques, c'est-à-dire, que les praticiens puissent s'approprier. Le CNQSP a mis en place une commission de "recherche en Santé Mentale" afin de répondre à l'enjeu d'apporter des réponses aux questions qui se posent dans la pratique soignante en vue de l'améliorer.

Les internes s'interrogent : obsession ou automatisme mental ?

Pierre-Louis Couturier

SHU Ste-Anne, 75014 Paris

Pauline Houssinot

pl.couturier@gmail.com

Un trouble obsessionnel peut être une comorbidité d'un trouble schizophrénique. Mais la question du diagnostic d'un trouble obsessionnel ou d'une pathologie schizophrénique débutante se pose parfois en pratique clinique compte-tenu de la période de début de ces deux troubles (fin de l'adolescence/début de l'âge adulte).

Face à des productions mentales à type de pensée intrusives, le clinicien peut s'interroger sur la nature du trouble présenté par le patient : s'agit-il de pensées obsessionnelles ou de pensées imposées entrant dans le syndrome d'automatisme mental ?

A partir d'un cas clinique où une telle discussion diagnostique s'est posée, nous proposons de nous interroger sur la frontière entre un trouble obsessionnel et un automatisme mental.

Intérêts des biomarqueurs dans le diagnostic de la Maladie d'Alzheimer

Dr Sandrine Louchart de la Chapelle

CHPG-Psychiatrie, Monaco

slouchart@chpg.mc

La maladie d'Alzheimer (MA) est une maladie neurodégénérative s'exprimant par des troubles mnésiques, mais dont le diagnostic n'est établi bien souvent qu'au stade de démence, alors que la pathologie évolue probablement déjà depuis plus de 20 ans. Actuellement, le diagnostic de la maladie d'Alzheimer repose sur les critères cliniques du DSM IV et du NINCDS-ADRDA. Une révision de ces critères en recherche clinique a été proposée, comprenant au moins un des éléments suivants : les données d'une IRM cérébrale, d'une imagerie moléculaire au PET ou l'analyse des biomarqueurs du liquide céphalorachidien (LCR). Les acteurs principaux de la cascade biologique conduisant aux lésions cérébrales sont : d'une part les dégénérescences neurofibrillaires (DNF) constituée de protéines tau anormalement phosphorylées et qui sont impliquées dans le transport axonal et les dépôts de peptides amyloïdes Aβ1-40 et Aβ1-42 (par l'action de la beta et gamma-sécrétase cérébrales). Dans le LCR, la diminution de la concentration du peptide Aβ1-42 et l'augmentation de la concentration des peptides T-tau et P-tau sont en faveur du diagnostic de MA. Ce profil est également retrouvé dans le LCR de patients ayant un trouble cognitif léger. Les sensibilités et les spécificités de ces trois marqueurs, et surtout du ratio P-tau/Aβ1-42 sont supérieures à 85 % pour discriminer la maladie d'Alzheimer du sujet normal, de la maladie de Parkinson, des troubles cognitifs reliés à l'alcool et du déclin cognitif dans le cadre de pathologies psychiatriques. Ces biomarqueurs sont encore actuellement du domaine de la recherche clinique mais sont également présents dans la recherche thérapeutique, notamment dans les phases précoces de développement clinique de médicaments "disease-modifying".

La femme enfant : Quelles cliniques ? À propos de cas

Pr Patrick Martin

INSERM U677 Neuropsychopharmacologie

GH Paul Guiraud / UMD, 94806 Villejuif Cedex

patrick.martin@ch-pgv.fr

Doit-on définir le "syndrome de la femme enfant" comme un trouble de la personnalité et/ou un trouble "borderline" ?

Tenter de donner une définition psychopathologique précise est probablement un exercice périlleux dans le sens où la complexité psychique de ces personnes laisse entrevoir de multiples facettes.

Le "syndrome de la femme enfant" est souvent décrit comme un trouble de la personnalité et du comportement dans lequel la personne concernée présenterait trois personnalités différentes.

La première est celle du garçon manqué. Elle peut incarner, en apparence du moins, la force de caractère liée, entre autres, à l'indépendance et l'ambition. Si c'est le cas, c'est le principal facteur de réussite et du succès de la personne. La plupart du temps elle apparaît intelligente et est capable de soutenir des conversations hautement intellectuelles et réfléchies, ce qui bien souvent donne le change.

Vient ensuite celle qui s'appuie sur l'affectif. Elle semble être très sentimentale et joue avec la générosité, l'amabilité et la compassion, tout en étant parfois, à la limite de la perversion. Beaucoup s'accordent à dire qu'elle n'a pas dépassé son œdipe. L'homme, quel qu'il soit, représente un père en puissance. Représentation qui varie selon les situations. Elle joue avec les hommes, comme elle joue à se mentir à elle-même. Elle possède en général une ou de "bonnes" amies, totalement différentes, ce qui élimine la concurrence.

La dernière qui semble être la moins dominante, est la petite fille qui se trouve en elle. C'est celle qui refuse de voir la réalité en face et évite tant qu'elle le peut de se confronter à des situations inconfortables dont elle est incapable d'en gérer l'issue, y compris quand elle n'est pas impliquée directement. Elle passe facilement d'un état euphorique à un état de mal-être imaginé.

C'est à partir de différents cas cliniques et du débat qu'ils susciteront qu'il sera peut-être possible de mieux définir un profil psychopathologique.

Nouvelles approches phénotypiques en santé mentale : implications cliniques

Dr Alexandre Meary

Groupe hospitalier Chenevier Mondor, 94000 Créteil

alexandre.meary@inserm.fr

La validité des phénotypes en psychiatrie est régulièrement remise en cause lors de l'élaboration des nouvelles versions des classifications des troubles (DSM, CIM). En effet les limites nosographiques, par exemple entre le trouble bipolaire et la schizophrénie, sont mal définies. Ainsi de nombreuses études épidémiologiques démontrent le peu de stabilité de ces diagnostics au cours du temps mais aussi

en fonction de l'évaluateur. De même, le mode évolutif de ces pathologies est très mal connu. En particulier, il n'existe pas de facteurs prédictifs clairs de la réponse aux traitements psychotropes que ce soit dans le domaine de la schizophrénie ou celui des troubles de l'humeur.

En comparaison d'autres spécialités médicales, c'est l'absence de marqueur de validité externe qui explique principalement ces difficultés à définir clairement les diagnostics d'une part et la réponse au traitement d'autre part. Le développement de bio-marqueurs dans le domaine de la santé mentale semble donc indispensable pour pallier cette carence. Nous proposerons une revue des recherches en cours dans ce domaine en termes de catégories diagnostiques et de prédiction de la réponse au traitement. En effet, depuis plus de 20 ans l'approche génétique des pathologies psychiatriques et plus récemment les approches intégrant d'autres bio-marqueurs (protéomique, expression d'ARN, marqueurs inflammatoires,...) ont permis d'envisager ces questions sous un angle novateur qui doit permettre à moyen terme de rationaliser nos pratiques quotidiennes.

Nouvelles démarches évaluatives en neuropsychopharmacologie

Pr Luc Zimmer (Lyon)

Centre de Recherche en Neurosciences, 69003 Lyon

zimmer@univ-lyon1.fr

La tomographie par émission de positons (TEP) constitue un moyen privilégié d'exploration des modifications neurochimiques, hémodynamiques ou métaboliques liées à des systèmes de neurotransmission. L'imagerie TEP permet notamment de visualiser *in vivo* et de quantifier des récepteurs et des transporteurs, tant chez le modèle animal que chez le sujet sain ou le patient. Cependant, cette technique de médecine nucléaire va au-delà de la mesure de la densité de récepteurs cérébraux au décours d'un processus physiopathologique. La TEP permet la validation *in vivo* de nouveaux biomarqueurs ou de cibles thérapeutiques, accélérant la recherche translationnelle entre les études précliniques et les études cliniques. La TEP permet également d'évaluer chez l'homme la biodisponibilité d'un nouveau médicament à visée centrale, en visualisant et quantifiant son passage intracérébral. Enfin, grâce à la TEP, il est possible de suivre de manière non invasive les fluctuations d'un neurotransmetteur, voire l'internalisation de récepteurs ou leur couplage aux protéines G, phénomènes liés à des réponses thérapeutiques.

Ces différents points, justifiant la dénomination d'imagerie "moléculaire et fonctionnelle", seront abordés au travers d'exemples liés à la neurotransmission sérotoninergique.

Communications par affiche (posters)

Approche psychopathologique de l'indenture

Yann Andruetan, HIA Sainte-Anne, 83000 Toulon

Aurélié Eon, Lyon

yann.andruetan@orange.fr

"Engagez vous qu'ils disaient". Souvent pétri d'espoir au moment de la signature qu'est vraiment l'engagement qui lie le soldat à l'institution militaire. Ce contrat est synallagmatique, comparable à une indenture, les différentes parties n'ont pas les mêmes obligations. Le soldat signe un engagement afin d'exercer le métier des armes en échange d'une solde. Il sera soumis à certaines contraintes qu'il devra surmonter tout au long du contrat. Les motivations pour contracter un tel engagement sont plurielles. Que ce soit par nécessité pécuniaire, professionnelle, par idéal, par recherche d'identité, tant que l'illusion persiste, l'acte de servitude volontaire en lien avec l'engagement est facilement accepté. Mais lorsque l'idéal s'ébranle, le risque est le refus de poursuivre son engagement. Quels éléments permettent aux soldats d'accepter sans contrainte majeure cette indenture ? La place de l'idéal est certes manifeste ; mais le groupe joue également un rôle majeur de soutien, de reconnaissance et d'appartenance permettant de pallier une certaine perte de liberté. La psychopathologie se décline alors en fonction de l'illusion, de la désillusion et de l'aliénation du sujet envers l'institution.

"Quand le contexte nous égare" : A propos d'une épilepsie

Mohand Tayeb Benatmane, CHU Mustapha, 16000 Alger

Salima Benhabiles, Alger

tayebnatmane@yahoo.fr

Les troubles pathologiques majeurs de Mourad ont "éclaté" quand il avait 16 ans par une crise d'angoisse terrifiante survenue quelques mois après le décès du père.

Si les troubles sont envisagés sous un angle psychopathologique, nous retrouvons aussi que c'est un enfant non désiré qui est venu en trop et tardivement et qui a présenté des symptômes symboles durant son enfance.

A l'âge de six ans sa circoncision est ratée quand celle-ci est déjà l'expression d'un traumatisme ancien en rapport avec le complexe d'Œdipe.

Si les troubles sont envisagés sous un angle neuropsychiatrique, nous retrouvons les épisodes d'agitations avec instabilité psychomotrice, des crises d'angoisse avec irritabilité, impulsivité et un état de rêverie quand une certaine lumière le pénètre.

Alors comment peut-on évoluer d'une crise d'angoisse à de gros troubles cognitifs ? Comment et par quel mécanisme ?

La mortalité à l'hôpital psychiatrique

Ouafia Benelmouloud, EHS Psychiatrie Djebel Ouahch. Constantine

Malik Benabbas, Constantine

ouafia2007@hotmail.fr

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'âge, les antécédents psy, l'état 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. 15000 hospitalisations ont été recensées depuis 1996, ce qui nous donne une fréquence de un décès pour 1500 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 décès 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 vers 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 imprécis. 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.

E C G: 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 en faveur 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 ans survenant chez une personne apparemment sans anomalie somatique. Dalery et col dans "Schizophrénie, recherches actuelles et perspectives" énoncent 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.

Encéphalopathie toxique par hyperammoniémie sous acide valproïque

Nadia Chaumartin, UMD, GH Paul Guiraud, Villejuif
Philippe Raphaël Urrea, Villejuif
Bernard Lachaux, Villejuif
nadia.chaumartin@ch-pgv.fr

L'acide valproïque a des propriétés anti-épileptique et régulateur de l'humeur. Il est fréquemment prescrit en psychiatrie dans les indications troubles de l'humeur, épilepsie iatrogène, mais aussi impulsivité.

Il entraîne une augmentation de l'ammoniémie par deux mécanismes qui sont : inhibition du cycle de l'urée au niveau hépatique entraînant une accumulation d'ammonium dans le sang, et stimulation de la production rénale d'ammonium.

L'hyperammoniémie est neurotoxique, et entraîne des états confusionnels ou convulsifs, des troubles cognitifs, des syndromes parkinsoniens, etc...

Cet effet indésirable est dose indépendant, et apparaît surtout en cas de polythérapie.

La découverte fortuite de trois cas d'hyperammoniémie symptomatique sous acide valproïque à l'Unité pour Malades Difficiles de Villejuif a mené à une recherche de cet effet indésirable chez tous les patients recevant cette molécule, en préalable à un travail prospectif de suivi des patients bénéficiant de cette prescription.

Il est apparu au cours de cette première évaluation que la moitié environ des patients du service prenait de l'acide valproïque, que 57 % de ces patients présentaient une hyperammoniémie modérée et 43 % une hyperammoniémie supérieure à deux fois la normale. Aucun patient n'avait d'ammoniémie normale. Parmi ces patients, deux ont présenté un syndrome confusionnel aigu, un patient avait des troubles cognitifs sévères d'apparition récente, les autres étaient peu ou pas symptomatiques. Tous les patients sont redevenus asymptomatiques après arrêt ou réduction des posologies de l'acide valproïque.

Un suivi prospectif des patients sous acide valproïque se met alors en place afin d'évaluer l'importance des effets indésirables cognitifs chez une population de patients polymédiqués et porteurs d'une pathologie psychiatrique qui peut également être à l'origine de déficits cognitifs importants.

Surveillance et prise en charge du surpoids à l'Unité pour Malades Difficiles de Villejuif

Nadia Chaumartin, UMD, GH Paul Guiraud, Villejuif
Philippe Raphaël Urrea, Villejuif
Bernard Lachaux, Villejuif
nadia.chaumartin@ch-pgv.fr

Une prise de poids est constatée chez les patients de l'Unité pour Malades Difficiles (UMD) de Villejuif. Elle résulte de l'existence simultanée de facteurs de risque, d'une gestion inadéquate par les équipes médicales et paramédicales, et d'une prise de conscience insuffisante des patients.

L'objectif est de mettre en place des règles afin d'améliorer le suivi du poids des patients, d'améliorer la prise en charge du surpoids, de sensibiliser les patients aux risques liés au surpoids, tout en maintenant une dimension humaine et un rapport sain à l'alimentation.

Un groupe de travail est donc formé. Il associe médecins somaticien et psychiatre, infirmiers, aides soignants, et cadres de santé. Le groupe fait une revue des recommandations, de l'état des lieux des poids des patients, puis élabore des propositions qui sont ensuite validées par le chef de pôle :

- 1- Surveillance: poids, périmètre abdominal une fois par mois, tension artérielle et fréquence cardiaque une fois par semaine
- 2- Amélioration de l'archivage sur une fiche individualisée
- 3- Mise en place et évaluation d'une action d'éducation thérapeutique
- 4- Encadrement les apports alimentaires:

- arrêt du "cantinage" d'aliments pour favoriser les produits de toilette, beauté, magazines,...
- les familles peuvent apporter fruits et boissons lors des visites
- favoriser les repas thérapeutiques et moments festifs dans le service

5- Information des familles du règlement, stipulant qu'il répond à des recommandations validées

6- Prise en charge du surpoids par la prescription de régimes hypocaloriques

L'organisation des soins dans un service est un processus dynamique nécessitant des aménagements réguliers. Ces décisions doivent répondre aux exigences des instances sanitaires, mais aussi aux besoins des patients et du service. La mise en place d'un groupe de travail pluridisciplinaire à l'UMD a permis d'établir de nouvelles règles afin de réduire le surpoids dans une population de patients à risque élevé

Problématique de la colère dans l'évaluation du risque suicidaire

Isabelle Devouge, CHD G. Daumezon, 45400 Fleury-les-Aubrais

Bruno Falissard, Paris ; Lydia Pouga, Paris ; Julie Grèzes, Paris

Sylvie Berthoz, Paris

isabelledevouge@hotmail.com

Les modèles actuels du suicide mettent en cause une vulnérabilité liée à des facteurs "traits", en plus de facteurs de décompensation, "états". Parmi les facteurs traits impliqués, plusieurs données suggèrent l'existence d'une dysrégulation émotionnelle, et en particulier de la colère.

Après avoir validé en français le Multidimensional Anger Inventory (MAI), nous avons mené deux études sur cette émotion. L'objectif de la première était d'estimer les liens entre les scores de colère à la MAI et les performances de traitement d'expressions corporelles des émotions chez 64 jeunes adultes sains; celui de la deuxième était d'explorer les liens entre les scores de colère à la MAI et le risque suicidaire chez 24 patients dépressifs. Tous les participants ont complété des auto-questionnaires relatifs à la colère (MAI, ANPS) et aux affects dysphoriques (BDI, STAI). Les patients ont en plus rempli les échelles de suicidalité et de désespoir de Beck (BSS, BHS).

L'étude I a montré que les personnes les plus colériques à la MAI ont un biais d'évaluation du ressenti de l'intensité de la colère exprimée corporellement. L'étude II a 1) révélé des scores élevés à la MAI dans la dépression, 2) mis en cause un lien entre scores de colère et désespoir perçu, et 3) apporté des arguments en faveur de l'importance de la colère intériorisée dans le risque suicidaire.

Dans leur ensemble, ces études ont confirmé l'existence d'un lien entre colère et vulnérabilité aux affects dépressifs et l'importance des différences interindividuelles et suggèrent que la colère serait un facteur de vulnérabilité suicidaire.

"On a échangé mes parents"

Aurélié Eon, HIA Desgenettes, 69003 Lyon

Catherine Rascle, Toulon

aurelieeon@hotmail.com

Une bague n'est pas à sa place à la main de sa mère, son père n'est pas vêtu à son habitude, leur accolade diverge. Ces menus détails sont les signes d'une duperie ! La visite tant attendue des parents vire au cauchemar. Il en est convaincu... Des imposteurs ont usurpé l'identité de ses proches. Ces doubles si physiquement identiques aux originaux, y sont opposés psychologiquement et deviennent hostiles et malveillants pour lui. Ces cruels sosies ont été plus loin. Ils l'ont remplacé lui K. dans le foyer familial. Un usurpateur a pris sa place auprès de ses "vrais parents". Ce double physiquement identique mais si différent rassure ses parents aimants alors que lui vit l'hospitalisation comme une souffrance et reçoit la visite des sosies parentaux.

L'illusion est parfaite. Ce syndrome de Capgras met en évidence le trouble de l'identification avec au premier plan les questions du corps, de l'intime et de l'identité. Qui est Qui ? Les repères s'effondrent, l'altérité est touchée. Cette clinique retentit pour le sujet comme un gommage du "Je" singulier et du "Nous" parental. Le "Je" devient "Il" en tant qu'autre inconnu dans son environnement familial. Les frontières de l'intime sont franchies.

Cette symptomatologie clinique ne serait-elle pas l'expression d'une relation fusionnelle entre la mère et cet adolescent ? La relation aliénante de l'entourage familial aurait pu limiter pour K. la construction de son individuation. Ce délire des illusions des sosies en serait-il l'expression ?

Le bouclier alcoolique

Aurélié Eon, HIA Desgenettes, 69003 Lyon

Yann Andruetan, Toulon

aurelieeon@hotmail.com

Le souvenir des cantinières sur les champs de bataille de l'Empire, celui des tonneaux de "gnole" arrivant au front pendant la Première Guerre mondiale, sans oublier les clichés cinématographiques de l'alcoolique, vétéran du Vietnam ; toutes ses images illustrent un lien important entre les soldats et l'alcool. Des témoignages relatent les difficultés des soldats à retrouver leur place au retour. Heureux de retrouver leur famille, mais ne pouvant reprendre le cours de leur vie, ne réussissant à réintégrer la société comme si une partie d'eux était restée au combat. Certains vivent avec des souvenirs d'événements insoutenables, violents. L'alcool peut être une aide dans leur quotidien. En mission, il est souvent synonyme de convivialité, détente, partage. Mais au retour le mésusage d'alcool peut être le signe de difficulté de réadaptation, de troubles psychiques post immédiats voire de syndrome de répétition. A l'exemple de ce caporal chef victime d'une explosion il y a 2 ans en mission et qui vient consulter suite à une conduite en état d'ivresse lors d'un stage professionnel. Quelle place prend l'alcool dans son existence ? L'alcool a-t-il une fonction privilégiée dans les syndromes psychotraumatiques de par ses actions sédatives, anxiolytiques, amnésiantes ? Dans un contexte d'exposition à des événements potentiellement traumatogènes, le repérage précoce ce tout mésusage d'alcool qu'il soit quantitatif ou situationnel ne peut-il pas être un moyen d'évoquer l'indicible de la symptomatologie traumatique.

Etude qualitative par la photographie de la place de la nourriture dans les relations familiales d'adolescents présentant une anorexie mentale ou une obésité

Jonathan Lachal, CHRU Clermont-Ferrand, INSERM Paris
Anne Revah-Levy, Paris
Marie-Rose Moro, Paris
jonathan.lachal@free.fr

Contexte: Relations familiales et nourriture occupent une place importante dans les problématiques de poids, dans la compréhension des troubles, de leur maintien et leur prise en charge. Objectifs: Explorer la place de la nourriture dans les relations familiales auprès d'adolescent présentant une obésité, ou une anorexie mentale, cerner les enjeux, les dynamiques, et les leviers afin de mieux adapter les modalités de prise en charge à une connaissance approfondie de la complexité de la place de la nourriture comme vecteur relationnel. Nous nous intéresserons également à la variété des contextes culturels familiaux, afin d'explorer la place particulière de la nourriture dans des enjeux complexes liés à la migration, pour ces problématiques du poids. Méthode: Il s'agit d'une population d'adolescents de 12 à 18 ans pris en charge médicalement, présentant une obésité ou une anorexie clinique. La méthode d'investigation est qualitative, exploratoire, et elle utilise la photo-élicitation : deux entretiens semi-structurés viseront à commenter une photographie prise par l'adolescent (1 entretien adolescent, 1 entretien parents). L'analyse du matériel verbal utilise l'Interpretative Phenomenological Analysis, associée à un logiciel d'analyse de lexèmes nommé ALCESTE. Résultats: Les premiers résultats seront publiés sur le poster. Conclusion: Cette recherche permettra de mieux comprendre la place de la nourriture dans les relations familiales, dans l'expérience de la transaction parents-adolescents, afin de mieux envisager la relation patient-médecin autour de la nourriture qui est indissociable des enjeux relationnels au sein de la famille.

Dépistage des troubles confusionnels en oncologie médicale

Stéphanie Lukat, Hôpital Tenon, 75020 Paris
Nathalie Dzierzynski
Julie Fillon
Isabelle Debrix
Jean-Pierre Lotz
stef_lukat@hotmail.fr

L'objectif principal de l'étude est d'évaluer la prévalence du SC dans un service d'oncologie, de rechercher les différentes étiologies et de décrire les modalités de prise en charge.

Le second objectif est de décrire les SC induits par les opioïdes, suivre leur évolution et prise en charge.

Une étude prospective a été réalisée avec le personnel médical d'un service d'oncologie médicale. L'échelle Nursing Delirium Screening Scale (= échelle Nu-Desc) et une fiche patient explorant les différentes étiologies du SC ont été utilisées pour le recueil de données. 33 patients d'âge moyen 63.5 ans ont été inclus. Au total, 18 patients ont été diagnostiqués confus : 9/33 à l'entrée, 1/3 après ajout d'opioïdes, 2/8 après augmentation de posologie des opioïdes, 6/10 lors du suivi.

A l'entrée, la prévalence du SC a été estimée à 27.3% (9/33). Les causes étaient diverses : causes médicamenteuses (4/9), troubles métaboliques (2/9), atteinte cérébrale (1/9), stade terminal (1/9), antécédent d'alcoolisme (1/9), indéterminée (1/9).

La prise en charge de la confusion a été adaptée aux étiologies. Le traitement opiacé était la cause du SC pour 7 patients sur 18 confus (38.8%). La prise en charge a été individualisée (changement d'opioïdes, mise sous antipsychotique à faible dose, arrêt du traitement, surveillance avec explication et réassurance) et pluridisciplinaire (équipe mobile de la douleur, psychiatre, oncologues, psychologues). Dans cette étude, les hallucinations visuelles étaient fréquentes (4/7) pour les confusions induites par les opioïdes, elles étaient mal tolérées par le patient et son entourage. La prévalence du SC dans cette étude est importante et correspond.

Cette étude a permis de sensibiliser le service au dépistage du syndrome confusionnel. L'échelle pourrait être utilisée en routine par l'équipe soignante pour un dépistage plus précoce et un suivi de la confusion, en particulier à l'initiation d'un traitement morphinique et lors de sa réévaluation.

Effets indésirables médicamenteux induit par les interactions médicamenteuses des Inhibiteurs de la recapture de la Sérotonine. Etude dans la base de Pharmacovigilance

François Montastruc
INSERM U1027, SHU de Psychiatrie et Psychologie Médicale, Hôpital Purpan, 31059 Toulouse
francoismontastruc@hotmail.fr

Objectif. Identifier les Effets Indésirables Médicamenteux (EIM) induits par les interactions médicamenteuses (IM) impliquant un antidépresseur inhibiteur de la recapture de la sérotonine dans la base de données de Pharmacovigilance.

Méthodes. Toutes les notifications spontanées d'EIM enregistrées par le Centre de Pharmacovigilance de Midi-Pyrénées du 1er Janvier 2008 au 31 décembre 2008 et contenant au moins 1 des 9 inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (IRS) ou inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSNA) commercialisés en France ont été analysées. Les interactions médicamenteuses impliquant l'IRS ou l'IRSNA, ont été identifiées à partir du dictionnaire Vidal 2009 et Le Guide des interactions médicamenteuses de la revue Prescrire. Enfin, nous avons identifié les EIM expliqué par une IM.

Résultats. Parmi les 2 101 notifications spontanées enregistrés en 2008, 177 (8,4%) impliquaient au moins 1 antidépresseur IRS (ou IRSN). Parmi celles-ci, 156 notifications spontanées (88,1%) contenaient au moins une IM potentielle. Un total de 65 (41,7%) IM était la cause de l'EIM notifié. L'escitalopram était l'antidépresseur le plus fréquemment impliqué dans les IM, suivi de la fluoxétine et du citalopram. Parmi les 65 EIM en lien avec un IM, 37 (52,9%) étaient des EIM "graves", principalement des saignements, des confusions, des chutes, des hyponatrémies et des syndromes sérotoninergiques. Les médicaments interagissant le plus fréquemment avec les IRS (ou IRSN) étaient les psychotropes (principalement les antipsychotiques, benzodiazépines...), puis les médicaments de l'hémostase (Anti-Vitamines K et antiagrégants), les diurétiques et les sartans. Comme facteur associé, nous avons retrouvé l'âge, mais pas le genre ni le nombre de médicaments prescrits. L'EIM était 3 fois plus "grave" en cas d'IM. Conclusions. Le risque potentiel d'IM avec les antidépresseurs IRS et IRSN est important. Quarante pour cent de ces IM théoriques étaient liés à un EIM dans la base. Certains IRS étaient plus fréquemment impliqués. La coprescription de psychotropes, d'anticoagulants, d'antiagrégants ou de diurétiques avec un antidépresseur sérotoninergique doit être prudente, surtout chez les personnes âgées.

Évaluation de la mise au point de l'AFSSAPS de juillet 2008 sur le bon usage du natalizumab dans la prise en charge de la sclérose en plaque

Delphine Reitter, Hôpital Tenon, 75020 Paris
Claire Giannesini, Paris ; Isabelle Debrix, Paris
delphine_reitter@yahoo.fr

Depuis la mise sur le marché du natalizumab en juin 2006, plus de 75 cas de leucoencéphalopathies multifocales progressives (LEMP) ont été rapportés dans le monde. Une mise au point sur le bon usage du natalizumab a donc été publiée par l'AFSSAPS en juillet 2008 à l'intention des prescripteurs. L'objectif de cette étude est d'évaluer dans un service d'hôpital de jour de neurologie le respect des recommandations de prescription avant instauration et de surveillance d'un traitement par natalizumab sur l'année 2010. Une étude rétrospective à l'aide d'une grille de recueil répertoriant les recommandations avant instauration (monothérapie, absence d'immodépression, information sur le risque de LEMP et IRM de moins de 3 mois) et de surveillance du traitement (examen médical, bilan hépatique, IRM annuelle) a été réalisée après consultation du dossier médical des 46 patients traités en 2010. Après analyse, le sex-ratio est de 0.70 avec un âge moyen de 38 ans (hommes) et 43 ans (femmes). La conformité des recommandations avant instauration s'élève à plus de 78% pour l'ensemble des critères excepté pour celui de l'information du patient sur le risque de survenue de LEMP (17%). Concernant le suivi, les recommandations sont respectées à 100%. 13 patients traités ont eu un dosage d'anticorps anti-natalizumab, 1 cas de zona a été observé et 24% des patients ont arrêté leur traitement. Afin d'améliorer le critère de traçabilité, une nouvelle mise au point de l'AFSSAPS publiée en novembre 2010 propose 2 formulaires destinés à l'information du patient (avant instauration et après 2 ans de traitement). Devant le caractère jugé anxiogène de ces formulaires, il a été décidé de mettre en place un formulaire propre à notre établissement dont un exemplaire sera conservé par le patient et l'autre dans le dossier médical. Il serait donc intéressant de réévaluer ce critère sur l'année 2011.

Le psychiatre et le corps : réflexions sur le paradigme corps/esprit et la prise en charge des suicidants aux anxiolytiques

Nathalie Rey, CHU Nord, 80000 Amiens
reynath@hotmail.com

La démarche médicale scientifique et notre société moderne s'appuient sur le modèle cartésien qui sépare le corps de l'esprit. Cette approche participe à une objectivation du corps. Pourtant, celui-ci est aussi un corps propre dont chacun fait son expérience, résultat d'une construction culturelle et d'une histoire personnelle. Nous donnons une place particulière au corps. L'homme y recherche une reconnaissance narcissique au sein d'une société dans laquelle les valeurs identitaires sont basées sur l'individualisme. Le corps est surinvesti mais il est aussi silencieux et absent.

Dans la prise en charge des patients suicidants aux benzodiazépines, il est peu question du corps. Le patient, préoccupé par soulager ses angoisses, sans réel désir de mort, ne porte pas attention à son corps. Nous faisons l'hypothèse que c'est parce qu'il l'a oublié que le passage à l'acte a lieu. Or, la prise en charge de ces patients, qui se base sur la séparation corps/esprit, ne leur permet pas d'y penser lorsqu'il n'est pas atteint. Nous pensons que l'ensemble du corps médical, somaticiens et psychiatres, devraient parler du corps avec ces patients et l'appréhender comme un corps qui éprouve et qui pense.

État de santé physique et mentale et fonctionnement conjugal des couples âgés vivant à domicile

Gilles Trudel, Département de psychologie,
Université du Québec, Montréal
Laurence Villeneuve, Luc Dargis, Richard Boyer, Michel Prévillé
trudel.gilles@uqam.ca

Introduction : Étant donné l'accroissement de la population vieillissante au cours des prochaines années et de l'augmentation de la longévité de cette population, il est attendu que plus d'individus et, par le fait même, plus de couples âgés devront s'adapter à la présence d'incapacités physiques.

Objectifs : L'objectif principal de l'étude est de dépeindre un portrait exhaustif de la situation des couples âgés vivant à domicile en regard à leur état de santé physique et mentale ainsi que de leur fonctionnement conjugal. Méthode : Les participants de cette étude ont été recrutés dans le cadre d'une étude longitudinale (18 mois), intitulée l'Étude sur la Santé des Aînés – Couple, comprenant un échantillon représentatif de 394 couples âgés de 65 ans et plus vivant à domicile. Tous les couples ont été rencontrés à leur domicile et ont répondu à différents questionnaires portant sur leur état de santé physique et mentale ainsi que sur leur fonctionnement conjugal. Résultats : Les résultats montrent que les couples âgés ont une perception très positive de leur état de santé physique et mentale, et ce, même si près de 80 % de l'échantillon présentent deux maladies chroniques ou plus. De façon générale, les couples âgés présentent un faible niveau de détresse psychologique et une grande satisfaction conjugale. Les participants soutiennent également présenter de bonnes habiletés de communication interpersonnelle et ont une perception positive du soutien conjugal fourni par leur conjoint. Néanmoins, il apparaît que l'augmentation du nombre de maladies chroniques tend à augmenter le niveau de détresse psychologique et les difficultés conjugales chez cette population. Conclusion : Les résultats permettent de constater que les couples âgés vivant à domicile présentent, en général, un bon état de santé physique et mentale de même qu'un bon fonctionnement conjugal. Toutefois, il semble que l'augmentation du nombre de maladies chroniques tend à augmenter les difficultés conjugales et la détresse psychologique chez les couples âgés.