

Résumés des communications scientifiques 2013

Les résumés des communications sont ici présentés par jour et par ordre d'intervention

Mardi 4 juin

Les expertises en psychiatrie

Dr Carol Jonas (Tours)

La fonction expertale, sans faire partie de l'activité régulière de tout psychiatre, a une importance supérieure dans notre spécialité à ce qu'elle est la quasi totalité des autres.

Habituellement nous pensons à la seule expertise pénale, paradigme de l'intervention du psychiatre, alors que ces dernières années d'autres missions se sont multipliées et confirment le besoin de la Société d'être éclairée sur nombre de points relevant de nos compétences.

Cette activité est un complément utile à un travail hospitalier ou libéral pour de nombreux motifs.

Elle permet de rencontrer d'autres pathologies

Elle met en contact avec des réalités sociales complémentaires du soin.

Elle permet de développer des habiletés cliniques spécifiques et transposables à une pratique du quotidien.

L'ouvrage apporte toutes les informations nécessaires à une pratique expertale de qualité aussi bien en matière pénale, pour l'examen de l'auteur ou de la victime que pour les autres expertises.

Y sont abordées les techniques d'entretien ou de rédaction, mais aussi les notions utiles pour une déposition claire et maîtrisée aux Assises.

Des développements sur les aspects singuliers de l'expertise tels la question du secret professionnel ou la déontologie sont développés.

Des chapitres spécifiques détaillent les particularités des autres expertises (Civiles, CPAM, Assurances, Tutelles, permis de conduire...) afin que le lecteur puisse se sentir à l'aise face à tous types de mission.

On retiendra que l'expert permet dans toutes ces missions d'éclairer la décision d'un tiers en évitant au sens propre le pré-jugé.

L'ouvrage répond aux besoins des experts en formation et peut être utilement consulté par des praticiens expérimentés ainsi que par les magistrats ou avocats.

La commission du suivi médical, entre expertise et évaluation des pratiques

Dr Mathias Russick

La commission du suivi médical (CSM), est une instance propre aux Unités pour malades difficiles (UMD). Composée essentiellement de psychiatres dénommés "experts", elle a deux fonctions essentielles : elle inspecte l'UMD annuellement et, lors de sa réunion mensuelle, se prononce le maintien ou la sortie des patients. C'est une expertise au sens propre, puisque la CSM, instance tierce et indépendante, elle apprécie les possibilités pour un patient, de retourner dans son secteur d'origine ou sur le lieu de sa détention. Cette expertise est essentiellement clinique, mais elle porte aussi, de façon incidente, sur les soins et les conditions dans lesquelles ils sont dispensés. Elle se distingue évidemment de la mission d'expertise judiciaire à laquelle le patient peut être soumis dans le cadre d'une recherche de responsabilité. Ce regard de praticiens sur la pratique de collègues, est singulier puisqu'en dehors de la formation initiale et la recherche d'une faute médicale dans un contexte contentieux, jamais la pratique d'une équipe médicale n'est, même indirectement, évaluée. A ce titre, la CSM constitue pour les équipes de l'UMD, un instrument de mesure. Pour reprendre un vocabulaire propre à l'expertise, l'état antérieur est un point de repère, c'est celui du patient à son entrée à l'UMD, connu des équipes qui l'ont adressé comme de celle qui l'a reçu. Le lien de causalité est à rechercher entre la pathologie, les circonstances de survenue et l'acte violent lui-même. Il s'agit là d'un travail véritablement clinique. Quant au dommage lui-même, il n'intervient qu'au regard de sa gravité dans le parcours du patient et de l'attitude de l'équipe d'origine qui aura à réadmettre le patient au terme de son séjour en UMD. On conviendra que le caractère contradictoire de l'expertise n'est pas pertinent dans ce cadre puisqu'il conduirait à "opposer" le patient à l'équipe qui l'a en charge.

Addiction psychiatrie VIH et Hépatites

Dr Laurent Michel (Paris)

Les pratiques à risques relèvent d'une dynamique complexe qui ne se réduit pas à un "égarement" comportemental occasionnel. La coexistence de différents troubles favorisant accroît le risque infectieux ou les autres dommages potentiels, qu'ils soient sociaux, d'overdose, affectifs, etc... L'ignorance, le déni des données scientifiques pour des raisons politiques ou sociologiques (VIH en Russie, réduction des risques en prison en France...), les carences de formation des professionnels sont également des éléments majeurs exposant les populations à risque.

Les troubles psychiatriques favorisent la prise de risques, les conduites addictives elles-mêmes associées aux pratiques à risque, la mauvaise observance au traitement ARV ou anti-HVC. Les prévalences de l'Hépatite C et du VIH sont par ailleurs plus élevées chez les patients présentant une affection psychiatrique chronique.

Une part importante des nouvelles contaminations pour le VHC en France est liée à l'usage de drogues, qu'il soit intraveineux, mais aussi sniffé ou inhalé (pipes à crack notamment).

Le VIH et le VHC ont un tropisme neurologique qui peut avoir des conséquences cliniques. Le poids social de la maladie, surtout associé au VIH, est à prendre en compte. Les traitements anti-VIH ou anti-VHC ont également un impact psychique parfois majeur. Si l'usage intraveineux de drogues et un facteur majeur de transmission du VHC, la consommation d'alcool et/ou de stimulants associés est également associée à des pratiques à risques et une mauvaise observance aux ARV chez les sujets VIH+. La prise de risques infectieux est donc multifactorielle, de déterminisme complexe même si des interventions simples peuvent la réduire considérablement. L'approche nécessite cependant d'être globale et en dehors de messages généraux, de prendre en compte et de manière adaptée les risques associés à des populations spécifiques.

Léo Schug ou la démence alcoolique comme source inattendue de créativité artistique

Dr François Sella (Colmar)

La créativité artistique peut se définir comme une aptitude à remettre en cause des représentations académiques ou des goûts communs, de façon à produire des œuvres artistiques innovantes et pertinentes dans un contexte culturel donné. Nous décrivons le cas d'un artiste peintre internationalement reconnu, Leo Schnug, qui présenta à la fin de sa vie un tableau de démence alcoolique. Celui-ci avait un style figuratif influencé à la fois par les maîtres de la Renaissance et l'Art Nouveau et développait des thèmes avant tout historiques. A mesure qu'apparurent ses troubles moteurs et psychiques, il changea à la fois de technique et adopta des thèmes picturaux nouveaux. En particulier ses hallucinations, ses crises d'angoisse et ses délires alimentèrent un style expressionniste, parfois effrayant, singulier et aisément reconnaissable qu'il n'aurait probablement pas exploré s'il était resté en bonne santé. Nous remettrons cette influence d'une démence alcoolique sur la production artistique avec d'autres cas de peintres affectés de maladies neurologiques.

Mercredi 5 juin

Les stimulations cérébrales : quel apport pour le clinicien psychiatre ?

Dr David Szekely (Monaco)

Ce symposium sur les techniques de stimulation cérébrale transcrânienne utilisées en psychiatrie a pour objectif de vous exposer l'état actuel des recherches en France dans ce domaine.

L'électroconvulsivothérapie (ECT), plus de 80 ans après sa première utilisation à Rome, reste le gold standard dans le traitement de la dépression mélancolique ou pharmacorésistante. Ces dernières années sont apparus dans la littérature des travaux prometteurs sur l'intérêt de l'induction anesthésique par la kétamine lors des séances d'ECT. Que faut-il en penser ? Est-ce là une nouvelle approche à laquelle les praticiens devront recourir prochainement ?

D'autres techniques de stimulation cérébrale transcrânienne non invasive ont vu le jour ces quinze dernières années et complètent, peu à peu, l'arsenal thérapeutique des psychiatres dans les pathologies psychiatriques résistantes aux approches conventionnelles, psychothérapeutiques et pharmacologiques.

La rTMS (*repetitive Transcranial Magnetic stimulation*) présente une efficacité certaine dans le traitement des épisodes dépressifs majeurs sans caractéristique psychotique ou dans le traitement symptomatique des hallucinations auditives chez les patients schizophrènes (niveau de preuve de rang A, Lefaucheur et al., Neurophysiologie clinique, 2010). La rTMS est reconnue par les autorités sanitaires dans plusieurs pays (USA, Canada, Israël...) et en France, un PHRC national vient de se terminer avec des résultats positifs qui devrait nous permettre de voir plus clairement la stratégie d'utilisation de cette technique.

D'autres techniques, telle que la tDCS (*transcranial Direct Current Stimulation*) sont encore à l'étude et une PHRC national sur l'efficacité de la tDCS dans la dépression (unipolaire ou bipolaire) est en cours.

Stimulation cérébrale profonde en Psychiatrie

Pr Bruno Auquier (Bordeaux)

La stimulation cérébrale profonde (SCP) donne la possibilité de moduler l'activité de structures impliquées dans la gestion des émotions et des comportements de façon adaptable, réversible et avec une faible morbidité. Ses deux indications principales en Psychiatrie sont le trouble obsessionnel-compulsif et la dépression majeure dans leurs formes chroniques, sévères et résistantes aux stratégies classiques de traitement, qu'elles soient pharmacologiques ou psychothérapeutiques. Différentes cibles cérébrales ont été proposées pour la SCP. Dans le trouble obsessionnel-compulsif, le striatum ventral, comprenant la portion ventrale et médiane de la tête du noyau caudé, ainsi que la partie antérieure du noyau accumbens, a été retenu comme région sous-corticale d'intérêt par le groupe bordelais, avec des résultats favorables marqués par une diminution de 50% et plus de la sévérité des symptômes chez deux des trois patients opérés. Parallèlement, une seconde cible représentée par le noyau sous-thalamique s'est progressivement imposée à la lumière des travaux de l'équipe parisienne de la Pitié-Salpêtrière, montrant une réduction d'environ 35% de l'intensité des manifestations cliniques avec nette amélioration du fonctionnement global. Dans la dépression majeure, et au-delà de la cible striatale mentionnée précédemment, le cortex cingulaire antérieur dans ses territoires ventraux a fait l'objet d'une attention toute particulière de la part des équipes nord-américaines avec une réponse thérapeutique et une rémission clinique retrouvées respectivement dans 50-60% et 30-40% des cas.

Sur la base de ces considérations, l'utilisation de la SCP dans le domaine des maladies psychiatriques peut se poser en recours légitime en cas d'inefficacité des thérapeutiques standards. Se pose néanmoins la question du choix de la cible cérébrale la plus adaptée sur la base d'une évaluation rigoureuse du rapport coût/efficacité, essentielle aux futures recherches susceptibles d'être menées dans ce domaine.

Vers une stratégie de potentialisation de l'ECT par la kétamine : perspectives et limites

Dr Jérôme Holtzmann (Grenoble)

L'électroconvulsivothérapie (ECT) représente un traitement de première importance aujourd'hui dans les outils thérapeutiques à notre disposition, en particulier dans les troubles de l'humeur. Néanmoins, ce traitement pourrait bénéficier d'optimisation afin d'améliorer son efficacité ou sa tolérance.

Un des aspects de cette optimisation s'intéresse à l'anesthésie générale, nécessaire au déroulement d'une séance d'ECT. Le choix du médicament pour induire l'anesthésie est, quant à cette question, un des éléments les plus intéressants. En effet, une littérature déjà conséquente a démontré l'importance de l'agent anesthésique sur le seuil épileptogène ou la durée de la crise.

Ces dernières années, un nouveau regard sur la kétamine, un agent anesthésique connu depuis les années 1960, a été apporté par des études s'intéressant à son utilisation dans le traitement de l'épisode dépressif majeur. La kétamine seule à dose hypoanesthésiante a démontré posséder un effet antidépresseur rapide (71% de répondeurs à 24h), mais transitoire avec une bonne tolérance sur le plan clinique (Zarate et al, 2006).

Son utilisation comme agent anesthésique des séances d'ECT apparaît pouvoir alors apporter plusieurs bénéfices en théorie. Thérapeutiques, en améliorant la rapidité de l'efficacité de l'ECT, en facilitant le déclenchement de l'ECT et peut-être en augmentant son efficacité totale. En termes de tolérance en réduisant les troubles mnésiques rétrogrades liés à l'ECT du fait de l'effet anti-glutamatergique de la kétamine, mais en aggravant potentiellement la tolérance des séances tant sur le plan cardio-vasculaire que en ce qui concerne l'agitation au réveil.

Les études rétrospectives et prospectives aujourd'hui à notre disposition ne nous permettent pas encore de préciser de façon claire les avantages et les inconvénients de cette optimisation de l'ECT par la kétamine. Néanmoins, cette stratégie apparaît prometteuse et accentue la recherche clinique et fondamentale autour des ECT.

Retour vers une approche catégorielle des psychoses

Dr Jack Foucher (Strasbourg)

Le DSM-V sera à peine sorti des presses lors de la tenue de ce débat. Le projet avait été lancé en 1999 sur un constat : les versions 3 et 4 du DSM n'ont pas permis l'émergence d'une classification valide dans le domaine des psychoses, et de la psychiatrie en général. La proposition phare de la cinquième version sera un retour à une approche dimensionnelle. Nous argumenterons contre cette proposition qui nous semble vouée à l'échec. Rien de tel qu'un petit rappel sur le paradigme médical pour comprendre qu'il n'est pas miscible dans une dimension. Certains répondront qu'il faut changer de paradigme, l'adapter à notre discipline et non l'inverse. Mais l'adoption de l'approche dimensionnelle, issue du champ des sciences humaines, est vouée à l'échec si elle se constitue sur les ruines de la psychopathologie post DSM. Alors que faire ? Certains et non des moindres ont proposé un retour aux anciens. Mais quelle proposition semble le mieux tenir la route ? A notre sens, les phénotypes proposés par l'école de Wernicke-Kleist et Leonhard présentent tout les atouts de la validité : ils sont reproductibles en intercotateurs, mais surtout ils restent valables sur la vie entière, certains s'agrègent au sein d'une même famille alors que d'autres surviennent hors contexte familial mais en lien avec une atteinte au cours du développement... Pourtant cette classification est largement méconnue car jugée trop compliquée face à la simplicité de la dichotomie psychose affective / schizophrénie. Elle demande de décentrer notre regard de ce qui est commun à ces troubles, sur ce qui les différencie. En pratique, elle demande de passer des 40 symptômes du DSM à plus de 200. Nous illustrerons notre propos par l'exemple de la catatonie périodique, un phénotype qui joue une mi-temps dans chaque camp, psychose affective ou schizophrénie, lorsqu'on utilise le DSM, mais qui s'unifie dès lors que l'on s'intéresse à ses manifestations psychomotrices. Cette position donnera lieu à un débat contradictoire.

Conférence : Tomi Ungerer, Alsacien, dessinateur et auteur français. Quelle psychiatrie entre dessins satyriques et érotiques

Dr Michel Lévy (Strasbourg)

Tomi Ungerer est un des plus grands dessinateurs de son époque. Un musée à Strasbourg rassemble un grand nombre de ses oeuvres. Nous survolerons ses dessins satyriques et quelques-uns de ses dessins érotiques. Quels sont les mécanismes psychiques qui président à l'acte créateur ? Quelle est la spécificité du dessin satyrique ? Quelle psychiatrie pour l'artiste ?

Regards croisés sur l'épilepsie

Pr Arnaud Biraben (Rennes)

Les neurologues et les psychiatres soignent le même organe ! Toute pathologie cérébrale peut entraîner une épilepsie et toute pathologie mentale peut s'accompagner de crises d'épilepsies parfois iatrogènes. Le psychiatre pense que sans épilepsie le patient irait très bien (mais le neurologue fait ce qu'il peut !) le neurologue pense que sans neuroleptiques ou anti-dépresseurs le patient irait beaucoup mieux (mais le psychiatre fait ce qu'il peut !)

Les épilepsies ont des symptômes, des causes, des pronostics, des traitements et des retentissements différents. Certains sont parfaitement équilibrés, certains ont des encéphalopathies graves dont l'épilepsie n'est qu'une composante, enfin une partie des patients a une épilepsie active malgré les traitements.

Ces patients ont une pathologie psychiatrique associée dans 50 à 80% des cas : les troubles de l'humeur sont présents dans 24 à 75% des cas (le risque de suicide évalué à 3,17 fois celui de la population générale) ; les troubles bipolaires chez 12% des cas ...

Les neurologues n'ont pas dans leurs classifications la dimension psychopathologique et sous diagnostiquent ces troubles. La dépression est ignorée dans un tiers des cas et non prise en charge dans 80% des cas.

Les patients reconnaissent mal cette dimension, l'épilepsie non guérie expliquant pour eux tous leurs troubles ; la dépression est l'unique facteur prédictif d'une moindre qualité de vie suivant les échelles. Souvent ils ne comprennent pas l'intérêt à consulter un psychiatre. Et si on le traite il lira la notice du médicament...

Les psychiatres n'ont pas dans les classifications internationales de prise en compte les troubles spécifiques à l'épilepsie. Le psychiatre ne comprend pas pourquoi le patient vient le voir, se méfie des médicaments sur ce terrain.

Enfin une classe de patient n'est à personne : ceux qui font des crises pseudo-épileptiques...

Cela montre la nécessité de travailler ensemble sur les atypies des troubles de l'humeur, des troubles psychotiques chez ces patients.

Regards croisés sur l'épilepsie : les troubles psychiatriques chez les patients épileptiques

Dr Coraline Hingray (Nancy)

Les patients qui souffrent d'une épilepsie ont une prévalence de troubles psychiatriques (jusqu'à 60%) plus élevée que la population générale. Cette comorbidité est encore plus élevée dans la sous-population des personnes qui ont une épilepsie du lobe temporal et/ou pharmacorésistante. Mais l'association entre troubles psychiatriques et épilepsie est particulièrement complexe. De manière générale, les troubles psychiatriques sont cliniquement sous-estimés et sous-traités. Pourtant, ils ont des répercussions non négligeables sur la qualité de vie des patients et de leur entourage. En outre, les taux de suicide sont particulièrement importants dans cette population épileptique.

La sémiologie des troubles psychiatriques est souvent particulière et ne répond pas bien aux critères diagnostiques du DSM-IV. D'une part, il existe des troubles spécifiques qui précèdent, accompagnent, ou suivent les crises : des troubles pré, péri ou post-ictal. D'autre part, l'épilepsie mais aussi les traitements antiépileptiques modifieraient la sémiologie ou induiraient certains troubles mentaux.

Les troubles psychiatriques les plus fréquents sont les troubles de l'humeur (essentiellement dépressifs). Le trouble dysphorique interictal est une forme de dépression spécifique de l'épilepsie. L'éthiopathogénie des troubles dépressifs dans l'épilepsie est "multifactorielle" : elle inclue le type de crises, l'emplacement du foyer épileptique aussi bien que les influences psychosociales et les effets psychotropes négatifs des traitements antiépileptiques. Les troubles anxieux et en particulier une forme d'agoraphobie sont fréquents dans l'épilepsie. Le traitement pose parfois question car les traitements antidépresseurs sont considérés comme pro-convulsivants et sont encore trop souvent sous-prescrits dans cette population.

En outre, la question de l'association entre épilepsie et psychose est particulièrement intéressante et riche.

Enfin, les neurologues sont très régulièrement amenés à diagnostiquer des crises psychogènes non épileptiques qui peuvent coexister avec des crises d'épilepsie chez le même patient. Cette pathologie extrêmement fréquente et invalidante requiert une forte collaboration entre les neurologues et les psychiatres.

Regards croisés sur la Maladie de Parkinson

Pr Jean-Philippe Azulay (Marseille)

La maladie de Parkinson est définie par la présence d'une triade symptomatique motrice : rigidité, akinésie, tremblement et reste classée dans le groupe des pathologies du mouvement. Toutefois, dès sa première description, des manifestations non motrices ont été décrites et actuellement ce champ fait l'objet de très nombreuses investigations. Les signes non moteurs de la maladie se classent en 3 grandes catégories : dysautonomiques, sensitivo-douloureuses et psycho-comportementales. Ce dernier domaine comprend un grand nombre d'expressions cliniques touchant aux fonctions intellectuelles et émotionnelles et pouvant apparaître depuis le stade pré-moteur jusqu'à la phase la plus tardive de la maladie. Les troubles psycho-comportementaux peuvent être liés à l'évolution de la maladie, aux effets secondaires des traitements dopaminergiques ou aux deux. Une autre approche est de les classer selon le degré de fonctionnement dopaminergique : hypodopaminergie (dépression, anxiété, apathie, fatigue) ou hyperdopaminergie (addictions comportementales, dysrégulation dopaminergique, hallucinations, confusion).

Cette classification utile en pratique clinique reste toutefois trop réductrice compte tenu de mécanismes physiopathologiques souvent plus complexes, impliquant d'autres circuits et d'autres neurotransmetteurs.

Regards croisés sur la Sclérose en plaques

Dr Frédéric Blanc (Strasbourg) & Dr Fabrice Berna (Strasbourg)

Dès les premières descriptions cliniques de la sclérose en plaques, l'existence d'une fréquence plus élevée de troubles psychiatriques a été relevée. Il s'agit principalement de troubles de l'humeur et de troubles anxieux mais des symptômes psychotiques peuvent également être observés. Ces troubles qui apparaissent dans le cadre d'une maladie dysimmunitaire chronique affectant le système nerveux central, amènent à nous interroger sur la part respective des facteurs inflammatoires, lésionnels, génétiques, iatrogènes et/ou psychogènes qui favorisent leur survenue.

Dans ce débat entre psychiatre et neurologue, nous présenterons des données cliniques issues d'études de groupes et de cas individuels qui alimenteront les réflexions autour de la physio- et de la psychopathologie des troubles psychiatriques associés à la sclérose en plaques.

Docteur, c'est pas dans la tête...

Dr Marc Huther (Strasbourg)

Que nous apprennent ces patients pour qui la douleur reste un "irreprésentable" dans leur psyché ? Cet impossible comme béance entre la psyché et le corps nous servira de fil rouge pour réinterroger les liens voire les "petits arrangements" entre le corps et la psyché. C'est à partir de cet espace que s'est organisée la pensée médicale, toute imprégnée de la philosophie, la théologie, la psychanalyse... Enfin, nous illustrerons notre propos à partir de la Clinique, celle rapportée par les situations dites de l'extrême, le nourrisson dans sa vulnérabilité, l'anorexique, le sportif, les mystiques, le syndrome de Cotard.

Sensibilité à la douleur des patients souffrant de schizophrénie : diminuée ou augmentée ?

Mme Céline Duval (Strasbourg)

Une insensibilité à la douleur a souvent été décrite chez les patients souffrant de schizophrénie. Ces observations et leurs conséquences sont multiples et pourtant, peu d'études ont exploré ce sujet, et leurs résultats sont contradictoires. Nous avons cherché à savoir si des patients traités et stabilisés avaient une sensibilité à la douleur perturbée. Nous avons induit une douleur avec des stimulations électriques et nous avons mesuré les réponses subjectives et objectives à la douleur (cotations sur des échelles visuelles analogiques et EEG). La douleur étant une sensation complexe déterminée par des mécanismes multiples, nous avons cherché à aller plus loin en évaluant en parallèle les réactions à des images négatives, et nous avons dosé le cortisol et l'ACTH. Nos résultats montrent que les patients inclus ne sont pas insensibles à la douleur. Bien au contraire, leurs évaluations subjectives ainsi que les réponses EEG montrent qu'ils sont plus sensibles que les sujets du groupe contrôle. En outre, ils sur-cotent les images négatives et on observe une augmentation du cortisol. L'ensemble des mesures suggèrent de manière cohérente que les patients traités et stabilisés sont plus sensibles que les contrôles à la douleur et aux émotions négatives. Nous discuterons les implications de ces résultats en pratique clinique.

Jeu 6 juin

Thérapie familiale et dépression

Dr Jacques Miermont (Villejuif)

Quelle que soit l'origine d'une pathologie dépressive chez une personne, l'expression des troubles ne manque pas d'affecter celle-ci, mais aussi son entourage. Sur le plan des communications, la perte des signaux d'accueil participe d'une rupture du contact avec autrui, avec une double conséquence : pour le patient domine le sentiment de n'être pas compris, de ne pas voir le bout du tunnel ; pour les proches celui d'être confrontés à un mur, qui se renforce dans leurs tentatives spontanées de le raisonner et de le stimuler.

Le symptôme dépressif est systématiquement identifiable comme l'expression d'une escalade complémentaire où la personne bien portante est en position complémentaire haute et la personne déprimée en position complémentaire basse. Pour autant, les intrications entre la maladie dépressive et la souffrance conjugale et familiale sont multiples et complexes.

Dans une perspective éthologique et psychiatrique évolutionnaire, deux formes de dépression renvoient à la distinction classique entre dépressions réactionnelles d'une part et mélancolies endogènes d'autre part : d'un côté, la perte d'un lien d'amour affectivement très investi ; de l'autre, la perte d'un territoire renvoyant aux relations hiérarchiques de type domination - soumission. La temporalité de la cyclothymie n'est pas celle de l'échange émotionnel quotidien.

Sur le plan de la clinique familiale, cette distinction se retrouve, ainsi que la combinaison de la perte de la territorialité et de la perte de l'objet d'amour. Les troubles de l'humeur rendent problématiques les échanges émotionnels avec les proches. L'action thérapeutique consiste en partie à créer une résonance entre la personne souffrant d'un trouble thymique et les personnes de son entourage.

Thérapie analytique et dépression

Dr Alain Braconnier (Paris)

Les thérapies analytiques de la dépression se situent pour la plupart dans le prolongement de la théorie explicitée par Freud dans son ouvrage deuil et mélancolie. Selon cette conception la dépression serait la conséquence de quatre traits inconscients : la perte d'un être cher, ou d'un équivalent, symbolique de cette personne, une dominante narcissique de la personnalité, une ambivalence à l'égard de "l'objet perdu" et une conscience morale ou d'un idéal du moi excessif.

On distingue les psychothérapies psychanalytiques brèves dans lesquelles le thérapeute joue un rôle relativement actif et se focalisent la perte de l'objet et l'ambivalence à son égard traité par le lien transférentiel qui doit rapidement s'interrompre et les psychothérapies psychanalytiques à long terme dans lesquelles le thérapeute vise à trouver un sens à la maladie dépressive, à comprendre le sens des symptômes au sein de l'histoire personnelle du patient et par la même un réaménagement de son organisation psychique.

Conférence débat : Perturbation de la conscience des autres / de soi : le regard des sciences humaines

La représentation de soi

Pierre Guenancia, Professeur d'histoire de la philosophie moderne à l'Université de Bourgogne (Dijon)

Nous tenterons de distinguer l'image de soi qui implique une relation imaginaire ou imaginative à soi de la représentation de soi, qui consiste en une mise à distance, voire même en une objectivation du soi rendue possible par une opération réflexive sur l'identité de ce soi. Mais le soi découvert par l'attitude représentationnelle n'est pas ce que Pascal a nommé (pour la première fois) "le moi". La représentation de soi est aussi celle d'une nature que l'on partage avec les autres : c'est celle de moi comme homme ("ce que c'est qu'être homme", dit Pascal), ou, comme le dit Ricœur, de "soi-même comme un autre". Ce passage du Je au Nous n'est cependant pas une fusion ou dissolution dans un être collectif. Au contraire, dans la représentation de soi qui seule rend possible l'objectivation de l'être subjectif, la conscience de soi est libérée ou délivrée du souci de son identité, qu'elle soit personnelle ou collective.

Focus sur le baclofène

Dr Renaud de Beaurepaire (Villejuif)

Le baclofène apparaît de plus en plus comme un traitement ayant un intérêt exceptionnel dans la prise en charge des patients alcooliques. De nombreuses études randomisées et en double aveugle démontrant l'efficacité du baclofène à faible dose ont été publiées depuis plus de 10 ans, et des études observationnelles récentes, portant sur de très larges cohortes de patients, utilisant des doses élevées, avec un recul de 1 ou 2 ans, ont confirmé l'intérêt exceptionnel du baclofène dans le traitement de l'alcoolisme. On trouve aussi sur internet des témoignages spontanés innombrables (se chiffrant par milliers) de personnes qui ont été guéries par le baclofène, apportant des arguments d'un genre nouveau et inédit pour soutenir l'efficacité d'un médicament (certains ont parlé de "phases IV sauvages"). Et le baclofène est vraisemblablement efficace dans le traitement d'autres addictions. Malgré cela, il existe toujours des médecins qui sont réticents à le prescrire, pour des raisons

obscur (voir de Beaurepaire, 2013). Un autre grand intérêt du baclofène est son mécanisme d'action. C'est un agoniste sélectif des récepteurs GABA-B, et le rôle de ces récepteurs dans la biologie des addictions est très mal connu. Le baclofène produit une indifférence vis-à-vis de l'alcool et d'autres substances, et les liens entre récepteur GABA-B et indifférence aux substances constituent un vaste et passionnant champ de recherche pour l'avenir.

de Beaurepaire R. Vérités et mensonges sur le baclofène. Albin Michel, 2013.

Les rapports de l'association du CPNLF du IX^e au XXI^e siècle

Dr Jacques Debiève (Lille)

Le CPLNF est une association scientifique plus que centenaire. Lors du Congrès International de Médecine Mentale, à Paris en 1889, les aliénistes français décidèrent de se réunir annuellement. Première réunion à Rouen en 1890, décision d'y admettre les aliénistes belges et suisses parlant français, puis d'y adjoindre les neurologistes et il devint ainsi, à Clermont-Ferrand en 1894 "Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes de France et des Pays de Langue Française".

Après la Première guerre mondiale, son importance et son prestige ne cessèrent de grandir et il fut "reconnu d'utilité publique". Avec l'évolution, il prit en 1958 son nom actuel de "Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de Langue Française", en abrégé CPLNF.

Historiquement, trois Rapports (puis deux à la fin du XX^e siècle) étaient présentés annuellement : un de psychiatrie, un de neurologie et, alternativement, un rapport d'assistance, de médecine légale ou de thérapeutique. De grande qualité, suivis de débats riches et de "communications sur le thème des rapports", c'était l'occasion de faire progresser tous les questionnements théoriques de la profession. Si nécessaire, de façon complémentaire ou contradictoire, deux rapports étaient présentés, comme en 1926, en Suisse, occasion d'une confrontation entre les conceptions françaises et germaniques ou le rapport de Claude sur "Démence précoce et Schizophrénie" faisait écho au rapport de Bleuler sur "la Schizophrénie".

Ce sera donc ici l'occasion, de fait trop brève et trop réductrice, d'un itinéraire de (re)découverte à travers plus de 300 rapports, et pendant plus d'un siècle, qui, avec le CPLNF, aura permis de construire notre corpus théorique actuel.

Evolution du concept de schizophrénie au travers des rapports du Congrès de Psychiatrie et Neurologie de Langue Française

Dr Jérémie Sinzelle (Paris)

Le Congrès de Psychiatrie et Neurologie de Langue Française est depuis plus de cent ans le lieu d'échange et de dialogue le plus ancien de la communauté psychiatrique française, et associe, de la manière la plus large possible, les points de vue et les réflexions dans le domaine neuropsychiatrique.

Les rapports du CPNLF représentent une littérature psychiatrique considérable. Des auteurs talentueux ont en effet rédigé de véritables traités de psychiatrie d'une grande qualité, tous source de débats, dont les compte-rendus nous sont toujours accessibles aujourd'hui.

Il y a cent ans, dans le contexte d'une psychiatrie allemande hégémonique et talentueuse, les aliénistes français ont cherché à harmoniser leurs points de vue et à réinterpréter les concepts allemands au regard de la tradition clinique de l'école française de psychiatrie.

En particulier, le congrès de Pau, en 1904, fut l'occasion en quelque sorte d'une conférence de consensus et d'une prise de position d'une communauté psychiatrique française soudée, et, devant la remise en question de la pérennité des concepts français (notamment les démences vésaniques), le CPNLF eut la volonté de répondre au développement de la conception de la démence précoce de Kraepelin, dont le nom deviendra progressivement schizophrénie.

Au congrès de Suisse romande en 1926, c'est l'intervention d'Eugen Bleuler, psychiatre suisse allemand (pour lequel la neutralité helvète pendant la Grande guerre a beaucoup contribué à sa légitimité), qui fut très remarquée, lorsqu'il vint, devant une communauté psychiatrique française "bleu horizon" (dont Gilbert Ballet mais aussi Minkowski et le jeune Henri Ey), exposer en personne sa conception de schizophrénie qu'on a trop perçue à tort comme antagoniste à celle de la démence précoce.

Le programme de conseil pour les personnes ayant vécu des expériences exceptionnelles à l'Institut pour les Zones Frontières de la Psychologie et la Psycho-hygiène (IGPP) de Freiburg-im-Breisgau

Dr Eberhard Bauer & Dr Wolfgang Fach (Freiburg-Im-Breisgau, Allemagne)

L'IGPP a été fondé en 1950 par le Pr Hans Bender, médecin et psychologue. Il a pour fonction d'explorer de façon systématique et interdisciplinaire les phénomènes et anomalies situés à la frontière de nos connaissances et qui restent à ce jour insuffisamment comprises. Il s'agit des états modifiés de conscience, des expériences humaines exceptionnelles, des relations psychophysiques ainsi que du contexte social, culturel et historique de ces expériences. Depuis sa fondation, l'IGPP propose sous le terme de Psycho-hygiène ou (hygiène mentale) un programme large et permanent d'informations, de démystification et de conseil pour des personnes ayant vécu des expériences exceptionnelles. Ces expériences englobent en particulier l'ensemble des phénomènes qui sont explorés depuis plus d'un siècle par la parapsychologie comme par exemple les intuitions, les rêves prophétiques, les perceptions extrasensorielles, les phénomènes de médiumnité, les poltergeists ou les apparitions de fantômes ou d'esprits. Les résultats des nombreuses enquêtes réalisées ont montré que de telles expériences appartiennent au patrimoine commun des expériences humaines et qu'elles sont largement répandues dans la population générale. L'offre gratuite d'information et de conseil de l'IGPP concerne avant tout les personnes qui sont inquiètes ou troublées par ces expériences exceptionnelles, et auxquelles le système de soins médical et psychosocial conventionnel n'offre pas d'aides ou de traitements satisfaisants. Une des tâches du service de conseil de l'Institut est de documenter les données de façon systématique, de façon à permettre une compréhension précise de ces personnes, de leurs demandes et des expériences qu'elles rapportent. Grâce à cette base de données se dessinent des schémas particuliers d'expériences exceptionnelles qui seront présentés brièvement. Ils fournissent la trame heuristique qui permet de guider les possibilités de conseil et d'interventions au contact de ces expériences.

Clinique des expériences exceptionnelles

Dr Thomas Rabeyron (Nantes)

Nous proposerons dans cette présentation un abord psychodynamique et cognitif des expériences exceptionnelles ou vécues comme "paranormales". Nous passerons tout d'abord en revue leurs caractéristiques principales en nous appuyant sur une revue de littérature contemporaine provenant de la psychologie psychanalytique et de la psychologie cognitive. Nous montrerons alors les conditions d'émergence de cette clinique des marges et tenterons de déterminer les processus psychiques qui la sous-tendent à partir de cas obtenus au sein d'un service de consultation spécialisé.

Nous montrerons ainsi comment certains de ces vécus inhabituels peuvent être considérés comme une forme de réaction spécifique à des événements de vie négatifs sous la forme d'une "solution paranormale" faisant souvent suite à "expérience paranormale inaugurale". Cette solution pouvant trouver ses sources dans certaines relations précoces et divers traumas de l'enfance, mènerait à une perméabilité psychique exacerbée. Cette perméabilité favoriserait l'émergence d'expériences exceptionnelles à l'âge adulte à travers différentes formes de transmissions psychiques inconscientes. Ces expériences pourraient ainsi être considérées comme la résurgence d'une "communication primaire" renvoyant plus généralement à leurs aspects potentiellement symbologènes et la nature des interactions qu'elles impliquent. Nous conclurons ainsi sur l'importance pour les cliniciens de repérer et de prendre en charge ces expériences lorsqu'elles se présentent.

Analyse quantitative et qualitative du lien entre "expériences réputées psychotiques" et "expériences exceptionnelles" dans la population générale

Dr Renaud Évrard (Thionville)

Hypothèses : Les études épidémiologiques et psychométriques montrent la prévalence importante des expériences hallucinatoires et délirantes dans la population générale. Elles valident en cela la notion d'un "continuum psychotique" qui étend les frontières du phénotype psychotique au-delà des extrémités cliniques de la schizophrénie. Ces expériences sont nommées de diverses façons : expériences réputées psychotiques (*psychotic-like experiences*), symptômes psychotiques atténués, propension à la psychose, schizotypie positive et expériences exceptionnelles (*anomalous experiences*). Ces dernières, qui sont souvent interprétées en termes paranormaux ou spirituels par ceux qui les vivent, sont-elles à considérer comme des signes d'une propension à la psychose ?

Méthodes : Nous avons sondé sur Internet des personnes ayant vécu des expériences exceptionnelles au moyen de 3 questionnaires (schizotypie, SPQ ; inventaire de croyances, PDI-21 ; inventaire d'expériences exceptionnelles, AEI). 100 personnes ont répondu et les 20 premières ont ensuite participé à des entretiens semi-structurés.

Résultats : Nos résultats montrent que la propension à vivre des expériences exceptionnelles n'est pas corrélée à la dimension schizotypie en général. Elle est plus marquée chez les femmes et s'explique par un mode de pensée caractérisé par une tendance à la pensée magique et par un niveau élevé de conviction. L'analyse phénoménologico-structurale des entretiens cliniques reposant sur 15 critères différentiels issus de la psychopathologie psychanalytique apporte des pistes pour identifier un rapport psychotique ou névrotique à ces vécus.

Discussion : Nos résultats invitent donc à considérer avec prudence le statut des expériences exceptionnelles qui seraient rarement des signes précurseurs d'un trouble psychotique. L'exploration du rapport que le sujet entretient avec son expérience permet de clarifier plus précisément la nature des phénomènes et les perspectives d'évolution

Vendredi 7 juin

Chronique ou réfractaire ? Que faire quand la dépression résiste ? Débat autour d'un cas clinique

Dr Jack Foucher (Strasbourg)

Qui n'a pas déjà eu un de ces patients que la dépression ne quitte plus malgré plusieurs traitements sur plusieurs années ? Le cas clinique d'une femme de 58 ans, présentant une dépression chronique depuis plus de 4 ans, réfractaire à plusieurs lignes de traitement (IRS, IRSNA, imipraminiques, Li, ECT), servira de base à un débat participatif. Les experts, le Pr Patrick Martin et le Dr Walid Choucha, discuteront de leurs propositions avec la salle aux trois étapes de l'évolution de cette patiente.

Les stratégies basées sur les évidences laisseront la place à une réflexion psychopharmacologique en même temps que la clinique catégorielle s'enrichira d'une réflexion dimensionnelle de la symptomatologie dépressive.

Suicide et environnement social : Revisitons Durkheim à l'heure des neurosciences

Pr Philippe Courtet (Montpellier)

Durkheim aura marqué de façon profonde et durable tant la perception que le suicide est un fait social est ancrée dans les esprits. L'actualité de la dégradation socio-économique de nos sociétés amplifie cette perception. Toutefois, aborder le phénomène du suicide par ce seul angle n'apporte pas de solution pour lutter contre ce fléau : 1 million de morts annuels dans le Monde. Des spécialistes du domaine éclaireront avec les connaissances scientifiques les plus récentes deux aspects pointés par Durkheim. Les neurosciences cognitives et sociales proposent des pistes pour comprendre que l'environnement social peut représenter une source de souffrance telle, qu'un sujet ne concevra plus qu'une issue pour s'en sortir, le suicide. Les hypothèses étiologiques proposent que des agressions environnementales survenant très précocement au cours de l'existence, dont la maltraitance infantile, vont influencer le développement d'une vulnérabilité suicidaire. Ainsi, les stupéfiantes avancées de la génomique indiquent que l'environnement agit au plus près du génome. Cette conjonction d'effets va engendrer l'installation d'une vulnérabilité cognitive et émotionnelle qui rend compte de la sensibilité exacerbée des sujets à l'exclusion et à la douleur sociale. Schneidman soulignait que le suicide véhiculait une tentative d'échapper à une douleur devenue intolérable. Ainsi, l'adversité psychosociale rencontrera des dispositions de personnalité qui généreront une souffrance insoluble à l'origine de l'occurrence de tentatives de suicides ou de suicides. Réciproquement, ces conceptions permettent d'entrevoir les possibilités de prévention qui se baseront sur la restauration de la connexion sociale, et qui devrait inciter les médecins à revoir les modalités de prise en charge des sujets à risque pour proposer des interventions proactives. Durkheim consacrait sa lecture sociologique à des groupes de sujets particulièrement à risque. Nous avons souhaité rendre compte de ces évidences en éclairant spécifiquement la population carcérale, les sujets souffrant d'addictions, les patients victimes de stress post-traumatique, les immigrés, et les médecins, sans oublier le rôle de la pratique religieuse. L'intégration des avancées de la Science nous incite à aller du "fait social" vers les déterminants neuro-culturels du suicide. Un tel changement de représentations doit offrir des pistes de progrès dans la lutte contre le suicide.

Le fardeau économique du suicide et des tentatives de suicide en France

Mme Marie-Amélie Vinet (Paris)

Contexte. La France un des pays européens avec le plus fort taux de suicides : environ 10 400 suicides par an selon le CépiDc (nombre sous-évalué de 9.4% selon une étude du BEH n°47-48). Le nombre de tentatives de suicide (TS) avoisine quant à lui les 195 000 et est à l'origine de 90 000 hospitalisations chaque année (BEH, n°47-48).

Ce fardeau économique a fait l'objet d'estimations dans certains pays (Irlande, Royaume-Uni, Canada, Nouvelle-Zélande) mais n'a pas été encore mesuré en France.

Objectif . Produire une estimation du fardeau économique annuel du suicide et des TS en France

Méthode. L'étude a été réalisée sur l'année 2009, avec un point de vue sociétal. Nous avons calculé séparément pour les suicides et les TS, les coûts suivants :

Les coûts formels regroupent les coûts liés à la prise en charge dans le secteur sanitaire (hospitalisation, urgences, ambulatoire, transport) et les autres dépenses publiques (coûts médicaux légaux, Police, Sécurité Civile), mais également les indemnités journalières des suicidants.

Les coûts informels mesurent la perte de productivité engendrée par les suicides et les TS pour la victime et ses proches. Cette perte de productivité a été évaluée par le manque à gagner du travail rétribué en cas de décès (suicides) ainsi que d'absence au travail pour les suicidants et les proches des suicidés.

Résultats. Les coûts formels s'élèvent à 27,4 millions € pour les suicides et 626,7 millions € pour les TS, et les coûts informels à 3.7 milliards € pour les suicides et 449 millions € pour les TS.

Conclusion. Il s'agit de la première étude française à se pencher sur les coûts des suicides et TS. Nous espérons qu'elle pourra éveiller l'intérêt des décideurs dans un but d'amélioration de la prévention. Elle pourra de plus permettre des comparaisons nationales et internationales sur le long terme.

Communications par affiche (posters)

Elçin Akdogan

Inserm U1114, université de Strasbourg 67091

L'introspection pourrait-elle permettre aux patients schizophrènes d'améliorer leur mémoire ?

Les troubles cognitifs apparaissent aujourd'hui comme une atteinte centrale de la schizophrénie. Par ailleurs, l'*auto-évaluation (self-monitoring)* reflète la capacité d'un individu à évaluer sa performance mnésique. Ainsi, suite à un apprentissage, le *jugement d'apprentissage (JA)* reflète l'impression du sujet d'être capable de récupérer ultérieurement l'information apprise. A partir des informations de l'évaluation, le sujet va ensuite contrôler la tâche, par exemple choisir une stratégie d'apprentissage, poursuivre ou abandonner la recherche d'une information, produire une réponse ou s'abstenir. L'auto-évaluation suivie du processus de contrôle permet d'améliorer les performances de sujets sains jeunes et âgés (Dunlosky et al, 2007; Price & al, 2010), et de patients schizophrènes (Thuair & al, 2012). L'auto-évaluation n'a cependant jamais été explorée seule, sans être associée à un contrôle subséquent. Pourtant, selon l'hypothèse de l'évaluation-récupération (*monitoring-retrieval assumption*), le sujet, avant d'émettre un JA, engagerait cible préalablement à son évaluation une tentative de récupération de la réponse, et baserait son jugement sur sa possibilité à récupérer ou non l'information (Nelson & Dunlosky, 1991). Ainsi, en analogie avec l'effet-test qui consiste à tenter de récupérer l'information cible plutôt que de la réapprendre, et qui se révèle sur le long terme plus efficace qu'un réapprentissage, nous nous attendons à ce que le fait d'évaluer son apprentissage en exprimant un jugement d'apprentissage devrait permettre de meilleures performances de mémoire qu'un réapprentissage. Cette hypothèse a été vérifiée chez les sujets sains, et est en cours d'étude auprès de patients schizophrènes. En effet, La qualité de l'autoévaluation étant relativement préservée dans la schizophrénie (Bacon & Izaute, 2009), la méthode pourrait s'avérer efficace également chez les patients. Les résultats préliminaires de cette recherche seront présentés et discutés.

Myrtille André

CH 66301 Thuir

Philippe Raynaud, Thuir

Autour de la rencontre avec le juge des libertés : clinique et représentations

L'intervention systématique du juge des libertés et de la détention (JLD) introduite par la loi du cinq juillet 2011 au terme des 15 jours suivant le début de l'hospitalisation a profondément modifié les rapports sociaux à l'œuvre autour de la mise en œuvre et de l'organisation des soins sans consentement en France. Nous souhaitons ici étudier de plus près ces modifications.

L'objectif de notre étude est double : le premier est une mesure de l'impact clinique et du vécu subjectif de la rencontre avec le juge des libertés et de la détention dans un échantillon de patients schizophrènes hospitalisés sans consentement. Le deuxième est une enquête auprès de soignants prenant en charge ces patients, à l'écoute des représentations associées à cette rencontre. Méthodologie : chaque patient a été évalué à l'aide de trois échelles dans les 72h avant et après la rencontre avec le juge des libertés et de la détention. Il s'agit de l'échelle d'Hamilton-anxiété, de la PANSS et de l'échelle d'insight de Beck. Le vécu subjectif du patient à l'annonce de la rencontre avec le juge et lors des notifications administratives a été recueilli. Les soignants ont eux été interrogés sur ce qu'ils supposaient que la rencontre avec le JLD allait modifier chez les patients. Résultats : dans le groupe de patients, il n'a pas été constaté de modifications significatives de l'anxiété et des symptômes psychotiques, mais on note que l'insight est souvent amélioré après la rencontre avec le juge. Les soignants expriment des craintes sur le risque d'une aggravation des symptômes psychotiques, de l'anxiété, d'une confusion entre les soins et la justice. Conclusion : il existe un contraste entre les données cliniques mesurées et les représentations des soignants à propos duquel nous formulerons quelques hypothèses.

Djamila Bennabi et al

CHU 25000 Besançon

Etude de l'impact d'un traitement par tDCS sur le ralentissement psychomoteur dans la dépression

Plusieurs travaux ont mis en évidence des résultats encourageants quant à l'efficacité de la stimulation transcranienne en courant continu (tDCS) dans le traitement de la dépression, mais, son impact sur le ralentissement psychomoteur n'a pas été exploré. L'objectif de cette étude en double aveugle, randomisée, contre placebo est de déterminer les effets de la tDCS sur les performances motrices de patients souffrants de dépression.

Vingt-quatre patients droitiers, satisfaisant les critères DSM-IV de dépression unipolaire, ont été inclus. Tous ont reçu un traitement par escitalopram stabilisé depuis 4 semaines et maintenu pendant de la période de stimulation.

Après randomisation, chaque patient a eu 10 séances de stimulations anodales ou factices. Au cours des stimulations réelles, un courant d'une intensité de 2 mA a été délivré pendant 30 minutes, 2 fois par jour, 5 jours consécutifs.

Les évaluations psychométriques ont porté sur la symptomatologie dépressive (échelles de dépression de Montgomery Asberg et de Hamilton). Les évaluations psychomotrices ont été réalisées initialement et après la dernière séance de stimulation, et ont inclut l'échelle de ralentissement dépressif et deux tâches motrices visant à analyser les liens entre la perception d'un mouvement et sa production :

- un paradigme d'imitation, permettant l'exploration des capacités de reproduction automatiques et volontaires des caractéristiques cinématiques d'un mouvement observé,

- un paradigme de chronométrie mentale, permettant d'évaluer l'aptitude des sujets à exécuter et à simuler mentalement leurs mouvements.

Les patients bénéficiant de stimulations réelles devraient présenter une réduction des scores aux échelles de dépression et de ralentissement, ainsi qu'une réduction du temps de réaction et une augmentation de la vitesse d'exécution dans chaque tâche motrice.

Cette étude pourrait améliorer la compréhension des altérations motrices et démontrer l'intérêt de la tDCS en pratique clinique comme traitement adjuvant des dépressions unipolaires.

Messaouda Bensaïda

Hôpital psychiatrique 23000 Annaba, Algérie

Mohammed Anis Birem, Annaba

Déficits cognitifs et schizophrénie

Les fonctions atteintes dans la schizophrénie sont l'attention, la mémoire et les fonctions exécutives.

Ces déficits touchent 70-80% des patients selon les normes définies pour la population générale. Ils portent atteinte à la qualité de vie et diminuent la capacité à travailler.

L'objectif de ce travail est de montrer comment prendre en charge les troubles des fonctions supérieures par la méthode de remédiation cognitive et l'entraînement adapté aux déficits du patient (RECOS).

Il consistera également à évaluer les résultats à 6 mois. Cette évaluation a montré la satisfaction des équipes et des patients et les premiers résultats se sont avérés encourageants.

Messaouda Bensaïda
Hôpital psychiatrique
23000 Annaba, Algérie
Mohammed Anis Birem, Annaba

Grossesse et cannabis

La grossesse et le cannabis sont des sujets foisonnants, recoupants et méchants des neurosciences, de la biologie, du développement et de la neuroendocrinologie.

Les effets du cannabis sont certains mais difficiles à chiffrer en clinique humaine et il est difficile de corrélérer les troubles avec des doses variées notamment le passage transplacentaire, les malformations congénitales qui en découlent et les conséquences sur l'accouchement. En conclusion, il n'existe pas de causalité entre la consommation du cannabis et les complications obstétricales hormis celles déjà mises en évidence tel que le tabac, d'où l'intérêt de "profiter" de la grossesse pour proposer un accès aux soins et des orientations spécialisées.

Messaouda Bensaïda

Hôpital psychiatrique
23000 Annaba, Algérie
Mohammed Anis Birem, Annaba

Insight dans les troubles psychiatriques et neurologiques

L'insight est un terme anglais sans équivalence en français.

Il désigne la perception par le patient de sa maladie, sa clairvoyance au sujet de ses troubles.

L'objectif de ce travail est d'expliquer le déficit de l'insight dans les pathologies psychiatriques.

Comment définir l'insight et le distinguer de l'anosognosie ?

L'insight est-il un élément pronostique de la maladie ?

L'insight varie-t-il en fonction de la sévérité de la maladie ?

L'insight peut-il être modifié par un traitement ?

Samuel Bulteau et al

CHU, 44093 Nantes

Recherche de marqueurs de réponse thérapeutique au cours d'une étude préliminaire d'efficacité de la Stimulation Theta Burst dans la dépression bipolaire

Introduction : l'efficacité de la stimulation magnétique transcrânienne dans la dépression bipolaire reste peu étudiée. Nous ignorons de plus quels peuvent être les facteurs objectifs prédisant la réponse thérapeutique.

Méthode : 11 sujets bipolaires âgés de 18 à 75 ans, avec un épisode dépressif caractérisé malgré un traitement thymorégulateur optimal ont reçu de façon randomisée en double aveugle soit un traitement par stimulation de type Theta Burst intermittent (iTBS) soit par bobine placebo au niveau du cortex préfrontal dorsolatéral gauche sous contrôle d'une neuronavigation pendant 30 séances. En début et en fin de cure diverses évaluations ont été conduites concernant : l'humeur (Montgomery and Asberg Depression Scale, Beck Depression Inventory), le ralentissement psychomoteur (échelle de Widlöcher), l'état cognitif et émotionnel (test de Stroop et Stroop émotionnel). 8 sujets ont passés en plus des mesures électrophysiologiques d'excitabilité corticale telles que l'inhibition et la facilitation intracorticale (ICI et ICF) et la période de silence corticale (CSP).

Résultats : 66% des sujets ont présenté une réponse thérapeutique mais l'iTBS n'a pas montré d'efficacité supérieure au placebo. Le score au test de Stroop, l'ICF et la CSP étaient prédictifs d'une réponse thérapeutique. Une corrélation entre l'amélioration de la capacité d'inhibition intracorticale (ICI) et l'amélioration de l'humeur a été mise en évidence.

Conclusion : l'évaluation cognitive (test de Stroop) et neurophysiologique (CSP, ICF) est potentiellement intéressante pour la prédiction de la réponse thérapeutique. L'ICI est un potentiel marqueur de réponse thérapeutique. Plus de sujets sont nécessaires pour confirmer ces données. Les mécanismes d'action potentiels sont discutés au regard des connaissances neurophysiologiques actuelles.

Mots clés : rTMS – Theta Burst - dépression bipolaire - excitabilité corticale - facteurs prédictifs de réponse - marqueurs de réponse

Hervé Caci

CHU Lénval, 06200 Nice
Paul Hodgkins, Chesterbrook, USA
Susan Young, Londres, Angleterre
Jennifer Kahle, San Diego, USA
Sabrina Paillé, Boulogne-Billancourt

Revue systématique des conséquences du TDAH sur le long cours en France par rapport à l'ensemble de l'Europe

Objectif: Le TDAH est de plus en plus reconnu comme un état psychiatrique sérieux qui retentit sur les patients, leur famille et la société. Cette revue a porté sur les conséquences du TDAH à long terme (≥ 2 ans) en France (FR), et a comparé les types d'études et les conséquences avec les données Européennes (EU).

Méthodologie: Revue systématique de la littérature selon les recommandations Cochrane des publications en langue Anglaise entre 1980 et 2011, et rapportant les conséquences du TDAH. Nous avons listé les tranches d'âge étudiées, les effets des traitements et les conséquences à long terme classées en 9 catégories : comportements antisociaux, mésusage/addiction, fonctionnement social, performances académiques, profession, estime de soi, obésité, usage des services publics et conduite de véhicules.

Résultats: 80 études EU ont été sélectionnées dont 8 (10%) conduites en FR exclusivement ou rapportant aussi des données françaises. Les études FR rapportent des données sur le mésusage et les comportements addictifs (addiction aux jeux, tabagisme précoce), les performances académiques, l'estime de soi (spécifiquement le suicide), le fonctionnement social et professionnel. La plupart des conséquences sont plus sérieuses chez les patients TDAH et non traités que chez les sujets contrôles (90% en FR, 81% en EU). Les adultes étaient la tranche d'âge principalement étudiée (6 études en FR, 52 en EU. Il n'y a aucune étude en FR sur les effets des traitements alors qu'en EU les traitements améliorent l'évolution de 71% des conséquences listées.

Conclusion: Les tendances et les résultats des études sur les conséquences à long terme sont comparables en FR et dans le reste de l'EU. Ceci suggère que la présentation, le diagnostic et les conséquences du TDAH sont similaires en FR et dans le reste de l'EU. Des études sur l'impact des traitements sur les conséquences au long terme devraient être conduites.

Laura Camodeca
CHU Gui de Chauliac, 34295 Montpellier
lcamodeca@gmail.com

Une alternative durable et accessible à la prescription d'hypnotiques : la thérapie cognitivo-comportementale de l'insomnie ; illustration à partir d'un cas clinique

L'insomnie est une pathologie fréquente en France, sa prévalence est estimée entre 15 et 20 % (1) avec un retentissement important, notamment en termes de qualité de vie. La prise en charge se limite souvent à une prescription d'hypnotiques et ainsi 1 français sur 10 prend des hypnotiques et dans 40% des cas la prise est régulière (2), contrairement aux recommandations, avec les conséquences néfastes de ces prescriptions en terme de pharmacodépendance, de somnolence diurne résiduelle ou d'accidentologie. La thérapie cognitivo-comportementale de l'insomnie est une alternative dénuée d'effets secondaires, aussi efficace que les traitements médicamenteux et dont les effets sont maintenus plus longtemps dans le temps par rapport aux hypnotiques (3). Cette prise en charge a pour cible tous les facteurs à la fois psychologiques et comportementaux qui maintiennent l'insomnie. L'auto-mesure systématique grâce à un agenda du sommeil permet dans un premier temps une bonne évaluation de la répartition du temps de sommeil et va permettre une mise en place individualisée des mesures comportementales notamment par la restriction de sommeil puis dans un second temps un travail sur les cognitions erronées sera proposé. Nous allons voir à partir du cas de Mme X, 30 ans, comment régler un problème d'insomnie chronique évoluant depuis 5 ans, en 6 séances individuelles.

Bibliographie (1) Chan-Chee C, Bayon V, Bloch J, Beck F, Giordanella J-P, Leger D. Épidémiologie de l'insomnie en France : état des lieux. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*. déc 2011;59(6):409-422 ;(2) Touitou Y. Troubles du sommeil et hypnotiques: impacts médicaux et socio-économiques. *Annales pharmaceutiques françaises* [Internet]. 2007. p. 230-8. ;(3) Smith MT, Perlis ML, Park A, Smith MS, Pennington J, Giles DE, et al. Comparative meta-analysis of pharmacotherapy and behavior therapy for persistent insomnia. *American Journal of Psychiatry*. 2002;159(1):5-11

Jean Capron
Hôpital Saint Antoine, 75571 Paris

Un cas de catatonie déclenché par un stress somatique aigu

Rapport de cas : Une patiente de 92 ans sans passé psychiatrique ou cognitif a été admise en réanimation pour une détresse respiratoire aiguë sur œdème aigu du poumon (OAP). A son arrivée, elle ne présentait aucun trouble de la vigilance et son discours était cohérent et orienté. Le lendemain, elle présentait un tableau neuropsychiatrique associant un mutisme, une fixité du regard, une bizarrerie de l'intonation vocale et une palilalie. L'électro-encéphalogramme était normal. L'IRM cérébrale montrait une leucoaraïose associée à une atrophie cortico-sous-corticale diffuse. La ponction lombaire était normale, la recherche de bandes oligoclonales et d'anticorps anti-neuronaux était négative. Les sérologies VIH et syphilitique étaient négatives. La TSH, la calcémie, les vitamines B12 et folates étaient normaux. Il existait une anémie par carence martiale, probablement responsable de l'OAP.

Le diagnostic de catatonie a été retenu devant l'aggravation du tableau avec un négativisme, une résistance à l'ouverture des yeux et le maintien des attitudes avec une flexibilité cireuse. La régression du tableau sous diazepam IV a participé à la confirmation du diagnostic. Suite à ce traitement symptomatique, le discours était cohérent et euthymique. Il existait cependant des hallucinations acoustico-verbales et des pensées intrusives critiquées. Elle rapportait également avoir eu des cauchemars très intenses concomitants à l'épisode catatonique. Discussion : La catatonie peut être causée par un stress somatique aigu, indépendamment de tout antécédent psychiatrique. Le syndrome catatonique est souvent méconnu en dehors du cadre psychiatrique et il est probablement souvent confondu avec des tableaux de confusion. Son diagnostic est cependant crucial car le traitement symptomatique par benzodiazépines est souvent efficace et constitue un test diagnostique.

Mots clés : catatonie, stress somatique

Nadia Chaumartin
UMD - GH Paul Guiraud 94800 Villejuif
Benoit Blaise, Villejuif
Bernard Lachaux, Villejuif

Chez les patients sous neuroleptiques, l'hygiène diététique agit-elle sur la prise de poids et/ou sur le périmètre abdominal ?

Les neuroleptiques entraînent des prises de poids qui peuvent être importantes. Au bout de quelques années, ce surpoids peut provoquer un syndrome métabolique, des complications cardio-vasculaires, des douleurs chroniques, une mauvaise estime de soi, etc... L'Unité pour Malades Difficiles de Villejuif est un service de psychiatrie qui accueille des patients souvent chimiorésistants, qui reçoivent des polythérapies de neuroleptiques en association parfois avec des antidépresseurs. C'est un service fermé, avec une moyenne de séjour longue (11 mois), et des patients sédentaires. En avril 2010, un état des lieux est fait, et les poids et périmètres abdominaux (PA) des 66 patients sont mesurés, révélant 60,6 % de patients en surpoids, et 67 % de patients ayant un PA élevé. Un groupe de travail multidisciplinaire a mis en place plusieurs mesures sur les apports alimentaires dans le service. Deux ans plus tard, une nouvelle évaluation est réalisée (N=57). Le surpoids est présent chez 56 % des patients, et le PA est élevé chez 65 % des patients. Chez les 11 patients qui étaient présents en 2010 et 2012, on observe une perte de poids moyenne de 2,8 kg ($p < 0.01$). Il n'existe en revanche pas de baisse du PA. Ces résultats encourageants invitent à poursuivre les mesures mises en place, et surtout à garantir leur application qui n'est que partielle. Les données suggèrent également, que les mesures hygiéno-diététiques sont bénéfiques sur le plan du poids, mais pas sur le PA, dont l'augmentation est en relation avec la prise de neuroleptiques. Il serait intéressant de réaliser une étude prospective sur un plus grand nombre de patients, afin de déterminer l'importance relative du régime alimentaire par rapport à l'effet des neuroleptiques sur le poids et sur le périmètre abdominal.

Nadia Chaumartin
UMD - GH Paul Guiraud 94800 Villejuif
Benoit Blaise, Villejuif
Philippe-Raphaël Úrrea, Villejuif

La dysphagie iatrogène, un symptôme bruyant, une pathologie silencieuse

La dysphagie iatrogène est un symptôme fréquent chez le patient en psychiatrie, et s'exprime par des fausses routes répétées lors des repas, à l'origine de décès par suffocation, de détresses respiratoires, de pneumopathies d'inhalation, de pertes de poids et de reflux alimentaire. Ce symptôme, bien que connu et visible, n'est pas toujours déclaré aux médecins prescripteurs de neuroleptiques, et ne fait donc pas toujours l'objet d'une prise en charge diagnostique et thérapeutique malgré sa dangerosité potentielle. Des facteurs de risque sont identifiés : la xérostomie, le mauvais état dentaire, l'âge avancé, les pathologies neurologiques, la polymédication, le reflux gastro-œsophagien, la sédation médicamenteuse, la dépression du SNC, etc... Les neuroleptiques agissent par plusieurs voies

physiopathologiques sur les différentes composantes de la déglutition. Les mécanismes de la dysphagie iatrogène sont bien connus : le syndrome extrapyramidal, les dyskinésies tardives oro-pharyngo-œsophagiennes, la dystonie aiguë laryngée ou œsophagienne, la polyphagie ou frénésie alimentaire. En revanche, ils sont difficiles à identifier. La fibroscopie des voies aérodigestives supérieures permet de réaliser des diagnostics anatomiques, et les épreuves fonctionnelles ne sont pas pratiquées en routine. La prise en charge de ce symptôme implique des changements thérapeutiques, une surveillance alimentaire, une rééducation orthophonique, et surtout la suppression des correcteurs anticholinergiques. Au Groupe Hospitalier Paul Guiraud, il persiste une morbidité et une mortalité en relation avec la dysphagie. La prise en charge individuelle de ce symptôme est complétée par des mesures collectives dans l'espoir d'une réduction de cet effet indésirable médicamenteux.

Claudine Clément

Hôpital de jour de psychiatrie adulte, CH - 68250 Rouffach

Yann Hodé, Rouffach

Myriam Fournier, Rouffach

Hassina Lefevre, Erstein

Bernard Fischer, Strasbourg

Les pratiques d'information auprès des patients et de leurs familles par rapport au diagnostic de schizophrénie

De nombreuses études ont démontré que pour la schizophrénie, l'intervention la plus efficace après le traitement médicamenteux est la psychoéducation des familles. Elle permet une meilleure évolution du malade, une réduction du handicap, et aussi une diminution du coût des soins. Pourtant les familles se plaignent fréquemment d'un défaut d'information. Une étude transversale sur les pratiques d'information par rapport au diagnostic de schizophrénie a été menée en 2011-2012 dans le cadre d'un programme hospitalier de recherche infirmier et paramédical. Une partie de l'enquête a porté sur toutes les unités de psychiatrie des 10 secteurs du département du Haut Rhin recevant des patients schizophrènes. Sur 20 unités, 18 ont accepté de répondre à l'enquête et 23 psychiatres sur 25. La majorité des psychiatres déclaraient informer les familles du diagnostic pour moins de 75% de leurs patients, 12% disaient n'informer quasiment jamais les familles alors même que 80% des patients avaient une capacité réduite à faire des choix appropriés dans des domaines importants de leur vie (soit la nécessité de soins, soit la gestion de leurs ressources financières, associé à un défaut d'insight). Cependant un tiers des psychiatres déclaraient informer les familles de presque tous leurs patients. D'après les déclarations des psychiatres, l'information était associée à une orientation vers une association de familles de malades pour 63% des patients. Cependant, en vérifiant auprès des infirmiers des unités quels étaient les patients dont la famille avait reçu une telle information, le taux tombait à 30%. En vérifiant auprès des familles concernées, le taux chutait à 15%. Par ailleurs les familles de seulement 5% des patients hospitalisés le jour de l'enquête avaient été orientées vers un programme psychoéducatif. Il existe donc une marge importante de progression pour une information plus systématique des familles afin améliorer la prise en charge des patients.

Amélie Coquelet

INSERM U 666 et Unistra, 67091 Strasbourg

Elisabeth Bacon, Strasbourg

Le syndrome dysexécutif est-il responsable d'une moindre sensibilité à l'erreur ?

Un syndrome dysexécutif occasionne des troubles de mémoire épisodique et de métamémoire. La métamémoire désigne nos connaissances et expériences de nos processus mnésiques (Flavell, 1976). Les patients "frontaux" sont moins précis que les témoins dans leurs jugements (Kennedy & Yorkston, 2000).

Cette recherche explore les aspects quantitatifs (intensité des jugements métamnésiques) et qualitatifs (états de conscience associés à la récupération de la cible) de l'introspection relative aux performances mnésiques chez des patients cérébrolésés porteurs d'un syndrome dysexécutif. Une expérimentation adaptée de la procédure de Koriat et al. (2003) a été utilisée.

19 patients cérébrolésés (traumatisme crânien ou accident vasculaire cérébral) et 19 sujets témoins appariés ont appris une liste de 30 traductions françaises de mots "somali" imaginaires. Lors du test, les sujets devaient retrouver la traduction française et estimaient leur niveau de confiance dans la réponse ou, en cas d'omission, leur sentiment de savoir.

Les états de conscience (autonoétique et noétique) associés à la récupération de l'item cible ont également été pris en compte. Puis, une phase de reconnaissance était proposée.

Les patients cérébrolésés obtiennent de performances mnésiques amoindries. Leurs jugements métamnésiques sont plus faibles que ceux des témoins. Alors que les témoins attribuent davantage de réponses *Remember* en cas de réponses justes et de *Guess* en cas de réponses incorrectes, les patients attribuent indifféremment des réponses *Remember*, *Know* ou *Guess* en cas de réponses incorrectes.

Une perturbation sélective de la métamémoire rétrospective a été mise en évidence chez les patients. Les patients présentent surtout un flou dans les états de conscience qualitatifs associés à la récupération de la cible, en cas de réponses incorrectes et seraient ainsi moins sensibles à l'erreur, tout comme les patients schizophrènes (Bacon & Izaute, 2010).

Safaa El khaddam et al

Université Ibn Tofail, Kenitra, Maroc

Profil épidémiologique des intoxications suicidaires et leurs facteurs de risques, dans la région de Tadla-Azilal, Maroc

Les suicides et les tentatives de suicide posent, de nos jours, un important problème de santé publique, selon l'Organisation Mondiale de la Santé.

En vue de comprendre la problématique des intoxications suicidaires dans la région de Tadla-Azilal au centre du Maroc et de diminuer la morbi-mortalité qui en résulte, la présente étude vise à décrire le profil des personnes qui se sont suicidées ou ont tenté de le faire par ingestion volontaire de produits toxiques et à déterminer les facteurs de risque.

Une analyse rétrospective des cas d'intoxications suicidaires déclarés, entre 2000 et 2008, au Centre Anti-Poison et de Pharmacovigilance du Maroc, a été réalisée. Durant cette période, 1 033 cas d'intoxications suicidaires ont été enregistrés. Ces intoxications avaient concerné principalement les adultes et les adolescents, avec respectivement 62,44% et 31,56% des cas. Le taux de létalité le plus élevé était noté chez les adultes (4,65%). La moyenne d'âge des intoxiqués était de 28,94±15,92 ans. Selon les résultats de l'analyse, les femmes avaient fréquemment tenté de se suicider contrairement aux hommes qui réussissaient à s'enlever la vie ($p < 0,001$). Le taux de létalité était de 4,69%.

Les intoxications suicidaires liées aux pesticides enregistraient le plus grand nombre de déclarations dans la région, avec 55,57% des cas. Les intoxications médicamenteuses viennent en deuxième position, suivies par les intoxications liées aux produits ménagers (27,98% et 9,29% respectivement).

Les patients volontairement intoxiqués par les pesticides avaient présenté quatre fois plus de risque de décéder que ceux intoxiqués par d'autres produits (RR=4,26 ; IC95% : 1,85-9,81).

Mots clés : Intoxication, Suicide, Facteurs de risque, Tadla-Azilal, Maroc

Héloïse Faust

Centre Psychothérapique de Nancy, 54520 Laxou

Coraline Hingray, Nancy

Raymund Schwan, Nancy

Louis Maillard, Nancy

Quand une épilepsie mime un trouble bipolaire

Plusieurs études retrouvent chez des patients épileptiques une prévalence forte de symptômes évocateurs de trouble bipolaire, mais cette symptomatologie atypique ne réunit souvent pas les critères diagnostiques du DSM-IV-TR.

La manie post-ictale correspond à la survenue d'un épisode maniaque suite à une crise ou une salve de crises d'épilepsie. Ce concept n'est pas sans rappeler celui de psychose post-ictale. Certains auteurs, dont B.de Toffol (1), affirment l'existence d'un continuum entre ces deux entités, regroupées sous le terme de trouble post-ictal.

Nous relatons dans ce poster le cas d'une patiente de 21 ans qui présentait des mouvements toniques paroxystiques de l'hémicorps droit. Au départ, il existait un doute diagnostique entre épilepsie partielle et crises psychogènes non épileptiques (CPNE). Une hospitalisation en vidéo-EEG (examen de référence pour distinguer les deux troubles) a été réalisée. La patiente a été privée de sommeil et a présenté le matin de l'examen un épisode psychotique très bref, associant un discours délirant polymorphe et la présence d'hallucinations auditives et visuelles. Cet épisode a cédé en quelques heures pour laisser place à une symptomatologie maniaque franche, spontanément régressive en quelques jours. Finalement, l'analyse du tracé vidéo-EEG a permis d'affirmer le diagnostic d'épilepsie préfrontale. La symptomatologie psychiatrique aiguë a été diagnostiquée comme un trouble post-ictal.

L'anamnèse et le suivi psychiatrique postérieur à la survenue du trouble post-ictal montrent que la patiente présente à l'état basal un tempérament hyperthymique selon la conception d'Akiskal. De plus, il existe des antécédents familiaux de trouble bipolaire chez deux tantes paternelles et de dépression unipolaire chez le père.

Son cas vient donc questionner et éclairer les liens entre trouble bipolaire et épilepsie ainsi que le concept de spectre bipolaire.

Mots clés : épilepsie, trouble bipolaire, trouble post-ictal, spectre bipolaire

Bibliographie :

(1) De Toffol B. Les psychoses postictales. Revue Neurologique. 165 (2009) 769-773.

Juliette Foillot

Hôpital du Hasenrain, 68051 Mulhouse

Angelina Di Marco, Mulhouse

Catherine Marzullo, Mulhouse

Dominique Bourderont, Mulhouse

Fabien Trémeau, New York

Intérêt de la détermination de la méthadonémie dans l'ajustement thérapeutique du traitement substitutif par chlorhydrate de méthadone

Dans cet article, les auteurs ont d'abord cherché à déterminer la méthadonémie pour laquelle le traitement sera considéré comme efficace. Ils ont ensuite voulu vérifier l'existence d'une relation positive entre cette notion d'efficacité thérapeutique et l'absence de consommation d'autres substances psychoactives, ainsi qu'une meilleure qualité de vie des patients. L'objectif secondaire de cette étude était de chercher l'intérêt de la détermination de la méthadonémie dans l'ajustement thérapeutique du traitement substitutif par chlorhydrate de méthadone. Ils ont procédé à une étude sur 5 ans dans le cadre d'un Programme Hospitalier de Recherche Clinique, sur 46 patients dépendants majeurs aux opiacés pris en charge par un Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie. Les données cliniques se basent sur l'estimation de la sévérité du comportement addictif, l'état de manque physique et psychologique, et l'évaluation de la qualité de vie. Il est apparu que certains patients sont équilibrés et répondeurs au traitement pour des méthadonémies basses voire très basses, sans justifier cliniquement de réajustement de posologie. Ils proposent alors de recourir à la mesure de la méthadonémie en tant qu'outil de suivi individuel, sans référence systématique à une fourchette thérapeutique, avec une méthadonémie de base réalisée à l'équilibre clinique.

Isabelle Hamm

Centre Hospitalier, 68250 Rouffach

Yann Hodé, Rouffach

Christine Sussmuth, Rouffach

Claudine Clément, Rouffach

Le programme Education Thérapeutique du patient : Information sur le tabac et le tabagisme et accompagnement au sevrage

La prévalence du tabagisme est de 70 à 90 % chez les schizophrènes et le nombre de cigarettes fumées par personne est plus élevé qu'en population générale. Ce tabagisme contribue fortement aux 25 ans de baisse de l'espérance de vie de ces patients. Il est aussi la cause d'une précarité accrue car il n'est pas rare que plus de la moitié de l'allocation d'adulte handicapée soit dédiée à l'achat du tabac. Pour permettre à nos patients d'engager une démarche de réduction tabagique, un programme d'Education Thérapeutique du Patient a été élaboré. Ce programme utilise les techniques motivationnelles. Il est composé de 6 séances de 2 heures, selon un rythme hebdomadaire et il est animé par deux infirmières. Douze patients schizophrènes suivis en ambulatoires ont participé à ce programme. Trois mois après la fin du programme, un quart des patients était perdu de vue, et un patient était devenu abstinente. Chez les non abstinentes, la consommation relative de leur consommation était supérieure à 56%. En affectant une consommation finale identique à la consommation initiale chez les perdus de vue, la consommation médiane de l'ensemble des douze patients passe de 35 à 16,5 cigarettes (réduction statistiquement significative, $p=0.008$, Test bilatéral de Wilcoxon sur données appariées). Ces résultats montrent qu'une action d'éducation thérapeutique de 12 heures sur le tabac auprès de patients souffrant de schizophrénie peut être efficace pour réduire leur consommation. Le maintien d'une baisse de consommation sur une durée supérieure à 3 mois nécessite d'être exploré, de même que l'impact de cette baisse sur la qualité de vie des patients. Une des limites de l'étude est que les évaluations de consommation se basent sur les déclarations des patients. Une mesure des taux de CO rendrait l'évaluation plus objective.

Isabelle Hamm

Centre Hospitalier, 68250 Rouffach

Yann Hodé, Rouffach

Claire Denis, Colmar

Représentations sur le tabagisme parmi les infirmiers travaillant en psychiatrie

La prévalence du tabagisme chez les patients ayant des troubles psychiatriques est plus du double de la prévalence du tabagisme dans la population générale. Cette comorbidité est aujourd'hui peu prise en compte. Nous avons réalisé une enquête pour évaluer les croyances

du personnel infirmier travaillant en intra-hospitalier du centre hospitalier de Rouffach par rapport au tabagisme des patients. Cette enquête a été réalisée par les référents tabac de chaque unité et a concerné 226 infirmiers dont 52% n'ont jamais fumé, et 29% sont fumeurs actifs et 19% sont d'anciens fumeurs. Les opinions des infirmiers sont très liées à leur propre pathologie addictive. Ainsi 85% des infirmiers fumeurs contre 30% des infirmiers non fumeurs pensent qu'il vaut mieux laisser le patient fumer car il n'a que cela comme plaisir (différence d'opinions significative entre les fumeurs et les non fumeurs $p=0.04\%$, test du Khi-2). De même 55% des infirmiers fumeurs pensent que le tabagisme des patients n'est pas un problème de santé important, contre 65% qui pensent cela chez les non fumeurs. L'étude montre que le stade de motivation à aider les patients à réduire leur consommation tabagique est influencé par le comportement tabagique du personnel infirmier. Elle révèle aussi, même chez le personnel non fumeur, un taux élevé de croyances sur la faible utilité et l'absence d'efficacité de toute tentative de réduction du tabagisme, voire même le caractère nocif de cette réduction sur l'état psychiatrique des patients. Une politique de réduction du risque tabagique passe donc, en plus d'une action directe vers les patients, par une meilleure formation des soignants sur ce problème et aussi par une politique très active visant à réduire le tabagisme des soignants. La sensibilisation des enseignants intervenant dans les centres de formation des infirmiers et la mise en place dès la formation d'une politique de réduction du risque tabagique des soignants est la première étape de cette politique.

Magali Huentz et al

Centre Hospitalier, 68250 Rouffach

Effet du programme psychoéducatif "Profamille" sur l'humeur des familles de malades souffrant de schizophrénie

Pour réduire le taux de rechutes et de réhospitalisations des patients souffrant de schizophrénie, les deux interventions les plus efficaces et soutenues par le plus haut niveau de preuve sont d'une part le traitement médicamenteux, d'autre part la psychoéducation des familles. Le programme Profamille est le programme psychoéducatif le plus utilisé dans le monde francophone. Il comprend 2 modules, un module de formation initiale de 14 séances sur 5 mois et un module d'approfondissement et de consolidation de 8 séances sur 2 ans. Nous avons évalué l'effet de ce programme pour 6 groupes consécutifs sur la symptomatologie dépressive des participants. En effet la symptomatologie dépressive est le reflet d'un haut niveau d'émotions exprimées, de difficultés d'apprentissage et aussi d'une détérioration de la santé physiques et psychique des participants et donc de leur capacités d'aide et de leur qualité de vie. La symptomatologie dépressive a été évaluée par un auto-questionnaire, la CES-d, au début du programme, à la 7ème séance, à la 14ème séance puis un an après la fin de la 14ème séance. Le score initial à la CES-d était supérieur à 16 (seuil de sensibilité pour la détection de troubles dépressifs) pour 38 des 63 participants. Les scores à la CES-d étaient significativement améliorés entre la 1ère séance et la 7ème séance ($p<0.05$), et également significativement améliorée entre la 7ème séance et la 14ème séance ($p<0.05$). Parmi les participants avec un score initial à la CES-d supérieur à 16, 53% ont vu leur score passer sous ce seuil à la 14ème séance. Un an après, malgré une légère dégradation du score à la CES-d, celui-ci reste significativement meilleur comparativement à la 1ère séance ($p<0.001$). Le programme Profamille, en plus de réduire le risque de rechute des malades permet donc d'améliorer de façon durable l'humeur des familles.

Sylvain Iceta

CH Le Vinatier, 69678 Bron

Marie Françoise Suaud, Lyon

Frederic Haesbaert, Lyon

Mohamed Saoud, Lyon

Emmanuel Poulet, Lyon

Kétamine : Electroconvulsive therapy Optimization Strategy (KEOpS)

Introduction : L'électro-convulsivothérapie (ECT) est un soin recommandé dans l'EDM résistant. Ce traitement pourrait encore être amélioré quant à son délai d'efficacité et sa tolérance, en particulier cognitive. L'analyse de la littérature actuelle suggère que la kétamine (en adjonction lors de l'anesthésie préECT) pourrait permettre d'améliorer la rapidité d'efficacité de ce traitement et sa tolérance clinique (diminution des troubles mnésiques).

Objectif principal : comparaison de l'efficacité de l'ECT (taux de patients en rémission à 10 séances) entre deux groupes : l'un bénéficiant d'une anesthésie par propofol associée à la kétamine (0.5mg/kg) et le second par propofol associé au placebo. Les objectifs secondaires sont : évaluation de l'impact sur les troubles cognitifs observés et de la tolérance de la kétamine.

Matériel et Méthode : Essai clinique randomisé uni-centrique, en double aveugle incluant des patients ayant une indication de traitement par ECT pour EDM uni ou bipolaire. Le critère de jugement principal est l'obtention d'un score MADRS ≤ 10 après la 10ème séance de traitement. Les critères secondaires sont évalués grâce à une série de bilans et d'évaluations psychométriques (constantes cardio-respiratoires, HDRS, CFQ, SMQC, MMSE, EVAs spécifiques des effets psychodysléptiques de la kétamine, CGI et UKU).

Résultats : A ce jour 12 patients ont été randomisés. Aucun événement indésirable grave notamment aucune sortie d'étude n'a été constatée et la tolérance évaluée est bonne. Au vu des données actuelles, nous faisons l'hypothèse d'une supériorité de l'association propofol-kétamine pour le taux de patients en rémission après la 10ème séance et la baisse des scores MADRS lors des premières séances d'ECT. Les résultats concernant les patients inclus seront détaillés dans le poster.

Mots-clés : électro-convulsivothérapie, kétamine, dépression résistante.

Jérémy Madigand

Centre Esquirol – CHU, 14033 Caen

Pierrick Lebain, PH, Caen

Sonia Dollfus, PUPH, Caen

Complexité diagnostique d'un syndrome catatonique en psychiatrie et neurologie : à propos d'un cas

Introduction : La catatonie reste sous-diagnostiquée du fait de la diversité clinique qu'elle revêt.

Observation : Nous rapportons le cas d'une femme de 55 ans adressée en neurologie par un service psychiatrique pour aide diagnostique sur troubles du comportement de type apragmatisme. Ses antécédents comprennent 4 hospitalisations en psychiatrie sur 3 ans pour le même motif sans diagnostic précis, un syndrome malin des neuroleptiques et un traumatisme crânien sans complication somatique. En septembre 2012, la patiente est réhospitalisée pour récurrence de troubles du comportement (apragmatisme, dyspraxies, stéréotypies gestuelles, fuite du regard) apparus sur une dizaine de jours. L'examen neurologique est normal. Les IRM cérébrales sans injection de 2007 à 2012 montrent des lésions de la substance blanche multiples sus-tentorielles spécifiques, stables. Les scintigraphies cérébrales à 4 mois d'intervalle sont stables et montrent une hypoperfusion diffuse isolée du carrefour fronto-temporo-pariétal gauche. Le reste du bilan étiologique est négatif. L'hypothèse diagnostique de démence fronto-temporale est retenue, cependant l'installation rapidement progressive évoque une étiologie psychiatrique. Malgré la mise en place d'un antidépresseur (IRS) depuis un mois son état s'aggrave. Après passation des échelles de Bush et Peralta objectivant des critères de catatonie, un test au lorazepam est réalisé montrant une amélioration clinique rapide et spectaculaire.

Discussion : L'intrication des symptômes neurologiques et psychiatriques dans la catatonie conduit souvent à une impasse diagnostique, sachant que sans traitement efficace, sa morbi-mortalité est importante.

Conclusion : Tout syndrome neuropsychiatrique atypique avec bilan somatique non concluant doit conduire à l'utilisation des échelles diagnostiques de catatonie, et le cas échéant à un test au lorazepam, pour ne pas retarder la thérapeutique.

Mots-clés : catatonie ; démence frontotemporale ; dépression ; lorazepam

(1) Penland HR, 2006. (2) Bhati MT, mars 2007.

Arnaud Marchand et al

CHU de Bicêtre, 94275 Le Kremlin-Bicêtre

L'engagement dans les soins post-hospitaliers des suicidants. Intérêt de la veille sanitaire et des réseaux de santé

La prise en charge post-hospitalière des suicidants est dominée par deux enjeux : la prévention de la récurrence suicidaire et le maintien de la continuité des soins. De nombreuses études testent actuellement l'intérêt des outils de veille sanitaire (rappels téléphoniques, notamment) pour la prévention de la récurrence, tandis que des dispositifs de type "réseau ambulatoire" semblent pouvoir améliorer la continuité des soins.

Une étude prospective, contrôlée et randomisée a été réalisée au CHU de Bicêtre entre les mois d'octobre 2009 et d'octobre 2012. Elle associait le service de psychiatrie hospitalo-universitaire de Bicêtre, l'EPS Paul Guiraud et le réseau de santé mentale Depsud. Réalisée auprès de 320 suicidants ayant regagné leur domicile après passage au SAU, cette étude a permis de comparer deux protocoles de prise en charge : le protocole interventionnel spécifique "OSTA" (groupe G1, n = 160) et le protocole habituel (groupe G2, n = 160). Le protocole OSTA comportait : trois appels téléphoniques du patient (à J8-J15, M1 et M3), un appel téléphonique du professionnel référent à M3 et la mise à disposition d'un numéro d'appel téléphonique pour le patient et son référent.

Les principaux résultats de l'étude figurent dans la communication affichée. Douze mois après la tentative de suicide (TS), 303 patients ont pu être évalués. On ne retrouvait pas de différence significative entre les groupes G1 et G2 en termes de récurrence suicidaire (14.5% vs 14.0%, dns). L'initiation d'un suivi ambulatoire était toutefois plus souvent observée dans le groupe G1 que dans le groupe G2 (86.44% vs 55.26%, $p < 0.0001$).

Ces résultats montrent qu'un protocole de prise en charge du type OSTA permet d'améliorer significativement la qualité de la prise en charge et l'engagement dans les soins des patients suicidants, sans pour autant réduire le risque de récurrence suicidaire à un an.

Mots clés : tentative de suicide, réseau de santé, veille sanitaire, récurrence, engagement dans les soins.

Magali Marillier-Huentz

Centre Hospitalier, 68250 Rouffach

Yann Hodé, Rouffach

Le programme Education Thérapeutique : Antipsychotiques et Poids (ETAP)

Les antipsychotiques atypiques causent des perturbations métaboliques. Plus de 50% des patients des patients recevant des antipsychotiques de 2ème génération présentent une prise de poids variant entre 1kg et 10kg. Cet effet apparaît dès les premières semaines qui suivent le début du traitement et se maintiennent à long terme. Cette prise de poids met donc doublement le patient en situation de danger : d'une part par rapport aux complications somatiques qu'il peut rencontrer, d'autre part en mettant en jeu l'adhésion au traitement. Les traitements médicamenteux de l'obésité sont, dans ce contexte, globalement insatisfaisants¹. L'éducation Thérapeutique est une piste nettement sous exploitée, surtout avec ce type de population, et pourrait améliorer l'efficacité de la prise en charge. Tenant compte des différentes spécificités liées à la pathologie des patients (déficit d'insight, troubles cognitifs et émotionnels multiples qui perturbent les apprentissages, niveau très bas de motivation) nous avons bâti un programme constitué de 10 séances hebdomadaires (8 en groupe et 2 en individuel) de deux heures, avec un travail personnel à réaliser entre chaque séance. Les objectifs sont d'aider les patients à mieux comprendre l'effet du traitement et de la maladie sur leur poids et leur santé physique, mieux comprendre les liens entre leur poids et leur alimentation, ainsi que de renforcer leur motivation et leurs compétences personnelles par des exercices cognitifs et comportementaux réalisées en groupe et individuellement. L'évaluation porte sur l'IMC, le périmètre abdominal, le poids, les connaissances liées à l'hygiène de vie et l'estime de soi, l'assiduité et le stade de changement. Le premier groupe est actuellement en cours ; ce poster présentera nos premiers résultats.

¹Smogor M ; Antipsychotiques et prise de poids. Pharma-Flash, 2009

Ghilaine Noble et al

Centre Hospitalier, 68250 Rouffach

Influence de l'activité physique sur des patients schizophrènes en surpoids

Les patients schizophrènes ont souvent une sédentarité importante, avec des conséquences pour leur santé. Réduire cette sédentarité par des activités physiques est un objectif de soins. Nous avons testé l'efficacité d'un programme d'activité physique de 2 séances hebdomadaire de 1H30 sur 8 semaines. Chaque séance comprenait une partie d'exercices d'endurance de durée croissante, et une partie complémentaire d'échauffement musculaire et d'assouplissement. La partie endurance durait initialement 20 mn et elle était augmentée de 5 mn la séance suivante si les patients avaient pu maintenir l'activité sur la durée prévue. La durée maximale a été de 55 mn. L'activité a été testée sur un groupe de 8 patients, âgés de 19 à 40 ans, dont les IMC étaient compris entre 25 et 36. Le poids des patient a été mesuré au début des séances 1, 7 et 15. Le test non paramétrique de Friedman pour détecter des différences sur des évaluations répétées étant significatif ($p=0.01$), les différences entre les différents temps ont été testées avec le test de Dunn pour comparaisons multiples. Il existe une différence significative entre la séance 1 et la séance 15 ($p<0.05$). Sur les 8 patients, 7 ont perdu du poids, et 3 ont perdu au moins 5% de leur poids. L'amélioration moyenne étant de 2,8 kg (SD=3.7) et l'amélioration relative de 3% (SD=4.2). Quatre patients ont décidé de poursuivre une activité physique en dehors de l'hôpital de jour. Ces résultats préliminaires montrent l'efficacité rapide de ce type d'activité. Le maintien voire l'amélioration sur une période de plus d'un an du gain pondéral sera à évaluer.

Christelle Porche

Pôle du Pays d'Erstein et du Piémont des Vosges, Centre Hospitalier, 67150 Erstein

Laure Berthelot, Centre Hospitalier, 67150 Erstein

Manuel Lutz, Centre Hospitalier, 67150 Erstein

Jean-Philippe Lang, Centre Hospitalier, 67150 Erstein

Récupération cognitive d'un éthyliisme chronique à un an d'abstinence : Illustration par un cas et perspectives pour une meilleure pratique de soins intégrés

Si la notion de "démence alcoolique" demeure mal spécifiée et source de controverses, les données épidémiologiques mettent en évidence une association forte entre intoxication éthylique chronique et déficits cognitifs de sévérité variée (Pierucci-Lagha, et Derouesné, 2003). Le terme de « déficit cognitif alcoolique » tend ainsi à remplacer les autres appellations. Bien que les tableaux cliniques puissent être variés, la présentation dominante reste celle d'une atteinte sous-cortico-frontale accompagnée de troubles comportementaux. Différentes hypothèses

concernant les mécanismes physiopathologiques sont actuellement étudiées mais les données s'accordent sur une stabilisation voire une régression des déficits cognitifs avec l'abstinence.

Cette évolution peut être illustrée par le cas de Mr S., 53 ans, divorcé, titulaire d'un CAP boulanger, actuellement en activité. Il présente un diagnostic CIM 10 de "difficultés liées à la solitude", une myélofibrose et une hépatosplénomégalie ; il n'y aurait pas d'antécédent neurologique notable. Il est initialement hospitalisé 3 semaines pour sevrage d'un éthylisme chronique (utilisation nocive pour la santé) évoluant depuis 25 ans, avec des consommations de l'ordre de 12-15 unités par jour. Mis à part un tabagisme actif, il n'y aurait pas de consommation d'autre substance psychoactive. Un premier bilan neuropsychologique complet est réalisé quelques jours avant la sortie de l'hospitalisation pour une suspicion de syndrome de Korsakoff et Mr est revu après un an de suivi.

Les deux évaluations sont marquées par une désinhibition comportementale et un discours à tendance logorrhéique. Les résultats du premier bilan sont dominés par un syndrome dysexécutif majeur et une atteinte de la mémoire épisodique verbale. Au second bilan, il persiste une atteinte des capacités attentionnelles mais les fonctions mnésiques et exécutives apparaissent totalement normalisées.

Ce cas permet d'illustrer les capacités de récupération cognitive grâce à l'abstinence chez un patient présentant pourtant une exogénose très ancienne. Il souligne aussi l'intérêt d'un bilan neuropsychologique approfondi de suivi qui met en lumière les progrès du patient, non forcément perceptibles et potentiellement masqués par des troubles comportementaux. Dans cette perspective nous élaborons une démarche active de sensibilisation des équipes soignantes et médicales à un dépistage précoce et à une systématisation de ce type d'évaluation dans le cadre d'une prise en soins transdisciplinaire. Cela vise également à inclure la perspective de récupération des troubles cognitifs dans le travail de motivation à l'abstinence, notamment chez les patients ayant ou pouvant accéder à une certaine conscience de leurs troubles.

Jevita Potheegadoo

INSERM 1114, Hôpitaux Universitaires, 67091 Strasbourg

Adrian Cordier, Strasbourg

Fabrice Berna, Strasbourg

Jean-Marie Danion, Strasbourg

Les patients schizophrènes sont capables d'améliorer le rappel de leurs souvenirs autobiographiques : une étude de preuve de concept

La mémoire autobiographique permet de revivre mentalement des événements personnels passés et d'en extraire les détails phénoménologiques (perceptifs/sensoriels, temporels, contextuels, émotionnels et cognitifs). Ces détails constituent le souvenir autobiographique et permettent l'expérience subjective lors de son rappel. Ces détails fournissent également au souvenir toute sa vivacité et son caractère unique, donnant ainsi un sentiment d'appartenance à nos propres souvenirs. Dans la schizophrénie, la mémoire autobiographique est perturbée. Les souvenirs des patients sont peu spécifiques et contiennent peu de détails phénoménologiques (Danion et al., 2005). Ces déficits ont un impact majeur sur la vie quotidienne des patients. Nous avons élaboré une étude de preuve de concept pour aider les patients schizophrènes à améliorer le rappel de leurs souvenirs, notamment les détails phénoménologiques, selon une méthode d'indication des souvenirs (Levine et al., 2002). Vingt-cinq patients schizophrènes et 25 sujets témoins ont participé à l'étude. Les participants ont évoqué 6 événements autobiographiques qui ont eu lieu au cours de 3 périodes de vie. Après le rappel de chaque souvenir, les participants ont reçu un indicage général qui leur permettait d'ajouter des détails à leur récit. Ensuite, un indicage spécifique a été appliqué, à travers une série de questions spécifiques, pour aider les participants à fournir le plus de détails possible de leurs souvenirs. La spécificité et le nombre de détails des souvenirs ont été évalués avant et après l'indication spécifique. Les résultats ont montré un effet bénéfique de l'indication spécifique sur le rappel des détails phénoménologiques des souvenirs des patients. La spécificité et le nombre de détails ont été améliorés. Une thérapie de remédiation cognitive basée sur cette méthode d'indication peut aider les patients schizophrènes à améliorer, de manière autonome, le rappel de leurs expériences passées dans leur vie quotidienne.

Xénia Proudnikova

Centre Hospitalier, 68250 Rouffach

Yann Hodé, Rouffach

Alexithymie et déficit de transfert interhémisphérique

L'alexithymie, caractérisée par une difficulté à décrire ses émotions et celles d'autrui, s'observe dans des divers troubles psychiatriques et aussi chez un sujet sain.

L'existence d'alexithymie chez des sujets avec un syndrome de dysconnexion calleuse suggère qu'un déficit du transfert interhémisphérique peut contribuer à ce trouble. Compte tenu du rôle de l'hémisphère gauche dans les processus analytiques et verbaux, et celui de l'hémisphère droit dans l'expression émotionnelle non verbale, on peut s'attendre à ce qu'une altération des échanges interhémisphériques réduise les capacités à décrire les émotions. Ce déficit peut être exploré par un test de discrimination tactile digitale dans lequel un sujet, yeux fermés, doit indiquer avec son pouce les doigts touchés par l'examineur, soit sur la main stimulée, soit sur l'autre main. Dans une étude [1] utilisant cette procédure, les sujets alexithymiques avaient un déficit du transfert interhémisphérique par rapport aux contrôles avec un test nécessitant environ 35 mn de passation. Nous avons voulu vérifier si un protocole similaire, avec un temps de passation de 9 mn, pouvait confirmer ces résultats.

L'étude a été réalisée sur 39 sujets (20 hommes et 19 femmes), âgés de 25 à 59 ans, non alexithymiques (les scores d'alexithymie à la TAS-20 < 51). Une corrélation positive entre l'importance du déficit interhémisphérique et le score d'alexithymie a été retrouvée (test de Pearson $r=0.40$ $p=0.05$).

Dans notre étude les liens entre le déficit de transfert interhémisphérique et l'alexithymie sont analysés sous un angle dimensionnel chez des sujets sains sans alexithymie pathologique. Ceci a été montré avec un temps de passation raccourci et donc plus adapté à la pratique clinique courante, ce qui permettra de faciliter des études sur ce sujet.

[1] Parker J, Keightley M, Smith C, Taylor G. Interhemispheric transfer deficit in alexithymia: an experimental study. *Psychosom Med.* 1999;61:464-8.

Xénia Proudnikova et al

Centre Hospitalier, 68250 Rouffach

L'utilisation de l'approche motivationnelle dans la prise en charge psychoéducatrice des familles

"Profamille" est un programme psychoéducatif destiné aux familles ayant un proche souffrant de schizophrénie. Les programmes psychoéducatifs font aujourd'hui partie des recommandations de bonnes pratiques cliniques. La psychoéducation familiale permet de diminuer de façon significative le taux de rechutes et de ré-hospitalisations et favorise l'autonomie chez le malade. Des études montrent, sur la période de suivi, une baisse importante du coût de la prise en charge du patient lorsque la famille bénéficie d'une prise en charge psychoéducatrice.

Le programme "Profamille" comporte deux modules consécutifs, dont le premier module de formation initiale contient quatorze séances de durée de quatre heures. Le deuxième module comprend huit séances et s'étend sur 24 mois. En terme d'engagement le programme «

Profamille » est contraignant. Il était noté dans les précédentes sessions du programme un absentéisme et un abandon pouvant atteindre jusqu'à 50% de participants d'un groupe. Pour réduire ce phénomène il était proposé de faire une réunion préalable d'information pour les participants éventuellement intéressés. Le but de cette réunion est d'améliorer la motivation à participer dans le programme et de favoriser l'engagement et l'assiduité. Nous proposons aux participants le questionnaire au début et à la fin de la réunion afin d'évaluer la motivation initiale et finale, et nous évaluons par la suite le taux d'absentéisme dans les groupes. Nos évaluations montrent que le taux d'absentéisme a significativement baissé et ne dépasse pas 10%.

L'utilisation de l'approche motivationnelle permet d'améliorer l'engagement et l'assiduité des participants et ainsi rendre meilleur l'efficacité du programme "Profamille".

Sophie Raymond

UMD Henri Colin, 94806 Villejuif

Anne-Sophie Léger

Bernard Lachaux

"Je mange, donc je suis" : étude du cannibalisme à travers 5 cas cliniques

Objectifs. Manger son prochain reste un des rares tabous de nos sociétés modernes. Si le cannibalisme paraît acceptable sur un plan symbolique (mythologique, religieux, ritualisé) ou alimentaire de subsistance, il est en revanche impensable en tant qu'acte individuel volontaire, et vite associé à la maladie mentale. La littérature scientifique sur le sujet est restreinte du fait de l'extrême rareté des cas. Notre étude descriptive rétrospective tente d'explorer les caractéristiques de sujets cannibales et les circonstances de leur acte. **Méthode.** Nous avons inclus tous les patients cannibales hospitalisés à l'Unité pour Malades Difficiles (UMD) Henri Colin entre 1996 et 2012, soit cinq patients. Nous avons analysé leurs caractéristiques cliniques et médico-légales à partir des dossiers médicaux et judiciaires. **Résultats.** Les patients de notre étude sont de sexe masculin, avec un âge moyen de 26 ans, majoritairement célibataires, sans emploi et cohabitant avec la future victime. Ils présentent des antécédents personnels psychiatriques, souvent sans antécédents légaux. Au moment de l'acte, la survie psychique semble passer par l'annihilation physique et l'incorporation de l'autre. Trois patients ont un diagnostic de schizophrénie paranoïde, avec thématiques délirante de persécution et de possession. L'acte cannibalique fait partie d'un passage à l'acte parricide, et les parties ingérées appartiennent à des zones relationnelles (visage, yeux). Les deux patients restant ont un diagnostic de trouble de la personnalité avec aménagements pervers. Nous retrouvons chez ces derniers des fantasmes préexistants d'ingestion cannibalique et une jouissance destructrice, l'acte s'intégrant dans une agression mortelle d'une victime connue du sujet. **Conclusion.** L'étude de cinq patients cannibales hospitalisés à l'UMD a permis d'identifier deux sous-groupes de patients, distincts sur un plan psycho-dynamique. La petite taille de la cohorte ne nous permet pas de généraliser ces données.

Romain Rey

Génétique Moléculaire - CHU, 21000 Dijon

Jean-Raymond Teyssier, Dijon

Sylviane Ragot, Dijon

Jean-Christophe Chauvet-Gélinier, Dijon

Bernard Bonin, Dijon

Expression du gène RNF123 dans le cortex préfrontal et dans les leucocytes sanguins des patients dépressifs : relations entre mécanismes centraux et périphériques

Introduction : L'expression lymphocytaire de RNF123 a été identifiée comme potentiel facteur prédictif à long terme (>12 ans) de la survenue de troubles dépressifs. L'objectif est d'évaluer le statut de biomarqueur de l'état dépressif du gène RNF123 à travers deux hypothèses : les variations d'expression lymphocytaire de RNF123 pourraient (1) être le reflet périphérique de phénomènes neuronaux centraux, (2) illustrer une anomalie systémique affectant les mécanismes moléculaires de la réponse cellulaire au stress. **Matériel et méthodes :** Par real time Q-PCR, nous avons mesuré l'expression génique de RNF123 et celle de : STMN1 et P16 (marqueurs de sénescence cellulaire), TERT et OGG1 (dysfonctionnement télomérique et stress oxydatif), FOS et DUSP1 (réponse précoce au stress), DRD1 et DRD2 (paramètres fonctionnels cérébraux) au niveau périphérique dans les leucocytes sanguins et au niveau central dans le cortex préfrontal, chez des patients déprimés et des sujets contrôles appariés. **Résultats :** Dans les leucocytes et dans le cortex préfrontal (CPF) des patients déprimés aucune variation significative de l'expression de RNF123 n'a été retrouvée, cependant des réseaux de co-expression des gènes d'intérêt incluant RNF123 ont été mis à jour. Chez les patients déprimés : DRD1 et DRD2 sont co-exprimés avec STMN1 et TERT dans le CPF ; STMN1, P16 et OGG1 sont surexprimés dans les leucocytes. **Conclusion :** Ces résultats ne confirment pas le statut de biomarqueur de l'état dépressif de RNF123 chez des patients symptomatiques néanmoins ils suggèrent l'implication des mécanismes de sénescence cellulaire, de dysfonctionnement télomérique et de stress oxydatif dans les troubles dépressifs au niveau cérébral et au niveau périphérique. La mise à jour de réseaux de co-expression génique permet d'associer le rôle fonctionnel du gène RNF123 à ces mécanismes fondamentaux. La maladie dépressive est à considérer comme une entité pathologique impliquant une importante composante somatique.

Romain Rey

Génétique Moléculaire - CHU, 21000 Dijon

Jean-Raymond Teyssier, Dijon

Sylviane Ragot, Dijon

Jean-Christophe Chauvet-Gélinier, Dijon

Bernard Bonin, Dijon

Dépression et stress oxydatif : la piste dopaminergique

Les troubles dépressifs sont fréquemment grevés de comorbidités somatiques d'évolution chronique et il est désormais établi que la pathologie dépressive est associée à un risque accru de mortalité et de morbidité somatique. Le stress oxydatif représente l'un des principaux acteurs impliqués dans les effets délétères des situations de stress répétés ou prolongés.

Par real time Q-PCR, nous avons récemment mis en évidence, dans le cortex préfrontal de patients déprimés, un phénomène de co-expression entre deux gènes considérés comme des biomarqueurs de la réponse cellulaire au stress (STMN1 et TERT) et les gènes codant pour les récepteurs dopaminergiques D1 et D2 (DRD1 et DRD2). Ce profil transcriptionnel inattendu amène à s'interroger sur l'existence d'un lien entre stress oxydatif et métabolisme dopaminergique.

La dopamine est considérée comme un neurotransmetteur susceptible de présenter des effets tantôt neurotoxiques, tantôt neuroprotecteurs. Il s'agit d'une molécule très réactive, dont la dégradation conduit naturellement à la production d'espèces réactives de l'oxygène. La toxicité neuronale peut aussi être médiée par les récepteurs dopaminergiques. La neurotransmission dopaminergique semble aussi impliquée dans des phénomènes de neuroprotection s'exerçant par l'intermédiaire de mécanismes dépendants des récepteurs dopaminergiques D2.

Le phénomène de co-expression génique de STMN1, TERT, DRD1 et DRD2 dans le cortex préfrontal des patients déprimés suggère

donc un rôle fonctionnel pour le système dopaminergique dans les phénomènes de stress oxydatif et de dysfonctionnement télomérique associés aux troubles dépressifs. Ces résultats sont en accord avec la théorie impliquant la dopamine dans la physiopathologie dépressive. De plus, les récepteurs D1 et D2 sont les récepteurs dopaminergiques les plus représentés au niveau cérébral. Nos résultats ne permettent cependant pas de trancher entre phénomène protecteur, adaptatif ou neurodégénératif.

Anne Sauvaget et al

CHU - Unité de Psychiatrie de liaison, 44093 Nantes

Impact de la psychiatrie de liaison sur la prise en charge de patients avec des conduites suicidaires à l'hôpital général: une étude prospective au CHU de Nantes

Introduction. Les conduites suicidaires représentent un sérieux problème de santé publique. A l'hôpital général, la chronicité et la sévérité des maladies somatiques, les troubles de la personnalité et les comorbidités psychiatriques sont les facteurs de risque suicidaire les plus importants. Cependant, les patients avec des comorbidités psychiatriques sont insuffisamment adressés à la psychiatrie de liaison (PL), sous-dépiés et sous-traités. Enfin, les données de la littérature sont très peu nombreuses. Cette étude a pour objectif d'estimer les variables socio-démographiques, cliniques et psychopathologiques associées à des tentatives de suicide (TS) et idées suicidaires (IS) chez des patients admis à l'hôpital général, et évalués par la PL, ainsi que d'évaluer l'impact de la PL sur la prise en charge globale. Méthode. Il s'agit d'une étude prospective, menée au CHU de Nantes, sur une période de trois mois, auprès de tout patient adressé à la PL pour conduites suicidaires. Les données sociodémographiques, somatiques et psychiatriques ont été recueillies. Résultats 370 patients ont été adressés à la PL sur les 3 mois de l'étude. Parmi eux, 46 (12.4%) l'ont été pour conduites suicidaires. 57% étaient des hommes. 43% avaient plus de 65 ans. 72% des patients étaient adressés pour IS, 28% pour TS. 34% patients avaient un diagnostic de dépression, 22% un cancer. Des facteurs psycho-sociaux étaient retrouvés dans 70 % des cas. L'intervention de la PL était suivie d'un changement de traitement pour 67 % des patients. Conclusion. Cette étude suggère que tout patient présentant des conduites suicidaires devrait être adressé à la PL, et souligne l'importance de la collaboration entre psychiatre et somaticien dans l'intérêt de la prise charge globale du patient.

Anne Sauvaget et al

CHU - Unité de Psychiatrie de liaison, 44093 Nantes

Evaluation de la complexité bio-psycho-sociale des patients parkinsoniens : une étude pilote avec l'outil INTERMED

Introduction : La maladie de Parkinson (MP) est une maladie neurodégénérative chronique, associant des symptômes moteurs, non moteurs comme les troubles neuropsychiatriques, les déficits cognitifs, des signes dysautonomiques. Les symptômes non moteurs participent à la complexité de la MP et posent des problèmes diagnostiques et thérapeutiques. Les patients parkinsoniens sont par conséquent complexes, selon le modèle bio-psycho-social développé par Engel dans les années 70. Peu de travaux se sont penchés sur la MP dans une perspective globale, et notamment bio-psycho-sociale. Cette étude pilote a pour objectif de déterminer le degré de complexité bio-psycho-sociale chez les patients parkinsoniens, grâce à l'outil INTERMED, spécifiquement conçu pour l'évaluation de la complexité bio-psycho-sociale des patients souffrant de maladie somatique. Méthode : les patients souffrant de MP ont été recrutés au CHU de Nantes, et évalués avec l'outil INTERMED. Cette évaluation a permis de distinguer les patients avec un bas niveau de complexité biopsychosociale (score INTERMED < 21), des patients avec un haut niveau de complexité biopsychosociale (score INTERMED ≥ 21), et d'établir des corrélations avec la sévérité de la MP et de l'état psychiatrique des patients. Résultats : Plus de 40 patients ont été inclus. La majeure partie d'entre eux montrent un haut niveau de complexité biopsychosociale, avec une répartition homogène. Conclusion : Ces résultats préliminaires soulignent le haut niveau de complexité biopsychosociale des patients parkinsoniens dans un CHU. Ces résultats devraient permettre de fournir des données dans l'analyse de leurs besoins, la prise en charge multidisciplinaire des patients parkinsoniens, comme le préconise le plan Parkinson 2011-2014.

Juliana Setyawan

Shire Pharmaceuticals -19087 Wayne Chesterbrook (USA)

Moshe Fridman, Chesterbrook, USA

Regina Grebla, Los Angeles, USA

Paul Hodgkins, Chesterbrook, USA

Sabrina Paillé, Boulogne-Billancourt

M. Haim Erder, Chesterbrook, USA

Prise en charge des enfants et des adolescents présentant des troubles de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) en France et en Europe, telle qu'elle est perçue par les médecins

Objectif : Examiner les caractéristiques du TDAH, les traitements proposés et les résultats médicaux en France (FR) comparés aux autres pays européens (EU).

Méthodologie : Etude rétrospective (2004-2007) chez des patients de 6 à 17 ans diagnostiqués TDAH, conduite par 340 médecins dans 6 pays (France, Allemagne, Italie, Pays-Bas, Espagne, Royaume-Uni). Les caractéristiques recueillies étaient les symptômes du TDAH, les comorbidités psychiatriques et les modalités thérapeutiques. Le contrôle des symptômes, l'adhésion au traitement médicamenteux et la satisfaction thérapeutique ont été évalués. Les données FR ont été comparées à celles des autres pays à l'aide des tests exact de Fisher, Chi-square et t-tests, respectivement pour les variables dichotomes, catégoriques multi-niveaux et continues.

Résultats : Parmi les 779 patients étudiés (moy d'âge 12,1 ans), 16,7% étaient FR. En FR, un plus grand nombre de patients était de sexe masculin (85% vs 76% p=0,021), avec un taux moyen de comorbidités psychiatriques plus important (3,3% vs 2,6% p<0,001), notamment l'anxiété, la dépression, les difficultés d'apprentissage, et une plus grande prévalence des symptômes d'hyperactivité, d'irritabilité et de défiance active au moment du diagnostic (tous p<0,01). A la baseline, la plupart des patients FR (56%) avaient un traitement médicamenteux seul et il était moins probable qu'on leur propose un traitement comportemental (29% vs 37% avec traitement médicamenteux ; 15% vs 21% sans p=0,0154). Les médecins FR étaient moins nombreux à signaler un haut niveau de satisfaction (22% vs 34% p=0,031) tandis qu'ils ont signalé une meilleure observance au traitement médicamenteux (80% vs 70% p=0,019).

Conclusion : Contrairement à leurs homologues EU, les enfants et adolescents TDAH FR présentaient un taux plus élevé de comorbidités, de symptômes et d'usage de médicaments. Malgré une meilleure observance au traitement, les médecins FR ont signalé des taux plus bas de réponse optimale.

Marie-Laure Steffen et al

CHU Sainte Marguerite, 13000 Marseille

Abord psychopharmacologique d'un syndrome de Gilles de la Tourette atypique

Patient de 21 ans, souffrant d'un syndrome de Gilles de la Tourette atypique, ayant débuté vers l'âge de 14 ans par des tics moteurs devenus progressivement de plus en plus complexes avec retentissement fonctionnel majeur.

Hypersensibilité au blocage dopaminergique (halopéridol III gouttes/j), entraînant une aggravation sévère et brutale des tics moteurs, l'apparition de tics vocaux intenses et un blocage moteur quasi-total (évoquant une catatonie).

Lors de l'adaptation thérapeutique en unité, les tics sont quotidiens, variables avec l'état émotionnel, associés à une tension interne importante, une anxiété d'anticipation face à une incoordination motrice poussant le sujet à une auto-contention (blocage bi-manuel dans un tee-shirt enroulé). On ne retrouve aucune idée délirante ni syndrome dissociatif. Le patient présente des troubles du comportement auto-agressifs (automutilation, coups dans les murs...), une impulsivité et une intolérance à la frustration et des éléments dépressifs avec un sentiment d'impuissance et d'épuisement. Le bilan biologique, l'IRM cérébrale, l'EEG, et le débit sanguin cérébral reviennent sans particularité.

L'introduction de tétrabénazine (25 mg 2 x /j) couplée à du diazépam (2 mg/j) induit une amélioration clinique réelle mais partielle conduisant à son augmentation progressive (jusqu'à 25 mg 6 x /j) sans réel succès. L'association à la Sertraline (25 mg/j) très mal tolérée est abandonnée. Secondairement, le choix se porte sur la clozapine (de 12.5 à 125 mg/j), mais une sédation importante impose la décroissance sans amélioration clinique franche, en dépit d'une bithérapie (tétrabénazine/clozapine). L'augmentation de la faible dose de benzodiazépine, n'apporte qu'un soulagement modéré.

Devant la résistance aux thérapeutiques usuelles, un abord neurochirurgical est envisagé en application d'une coopération tri-disciplinaire.

Christine Süßmuth

Centre Hospitalier, 68250 Rouffach

Claudine Clément, Rouffach

Yann Hodé, Rouffach

Saïd Fattah, Rouffach

Fabrice Duval, Rouffach

Influence de l'activité marche nordique sur des patients schizophrènes

Les patients schizophrènes ont souvent une tendance à la sédentarité. Pour réduire cette sédentarité, une activité de marche nordique leur est proposée en hôpital de jour. La marche nordique consiste à marcher avec des bâtons, ce qui présente comme avantage par rapport à une marche normale d'être mieux tolérée sur le plan articulaire, et d'être plus stimulante sur le plan cardiovasculaire tout en demandant un effort modéré. Par ailleurs elle exige une concentration pour la coordination, ce qui permet de lutter contre les phénomènes de rumination mentale. Chaque séance dure environ 1H, deux fois par semaine.

Les séances se déroulent en 3 temps : échauffements, marche nordique puis étirements.

Le temps de marche spontanée sur une distance de 70 m, le poids et le périmètre abdominal sont évalués à la première séance puis à la douzième séance.

Six patients souffrant de schizophrénie et suivis en ambulatoire ont bénéficié de ce programme.

Le poids des patients était au départ entre 62kg et 89kg et le périmètre abdominal entre 72cm et 113cm. Tous ceux qui avaient un périmètre abdominal initial supérieur à 90cm (N=5), ont eu une amélioration qui était en moyenne de 2%. De même, chez ces patients, l'amélioration pondérale était de 1%. Compte tenu de la petite taille de l'échantillon, ces améliorations n'atteignent pas le seuil de significativité statistique. En revanche on observe chez tous les patients une diminution du temps de marche sur une distance imposée d'en moyenne 10%, (amélioration significative, $p=0.03$, test bilatéral de Wilcoxon sur données appariées). L'activité nordique améliore donc les performances physiques des malades, mais son effet sur le poids des personnes en surcharge pondérale est modeste à l'issue de 12 séances. Cependant, si l'activité est poursuivie sur 10 mois avec une perte de poids proportionnelle à la durée, on peut espérer une amélioration pondérale de 5%, valeur qui permet une réduction du risque cardiovasculaire.

Madjid Tabti

Hopital Frantz Fanon, 06000 Bejaia (Algérie)

Devenir des malades mentaux criminels après leur sortie du service de psychiatrie médico-légale : la rupture de soins

Plusieurs études ont posé le problème de la rupture de soins qui a un rapport évident avec la désinstitutionnalisation psychiatrique connue par tous les pays industrialisés. comme l'avançaient Jean-Luc Dubreucq et Frédéric Millaud: "Plus on psychiatrise, moins on criminalise" et donc moins on psychiatrise, plus on désinstitutionnalise et plus on criminalise.

Madjid Tabti

Hopital Frantz Fanon, 06000 Bejaia (Algérie)

Image du psychiatre auprès de ses confrères non psychiatres

Les résultats de notre travail reflète l'image négative et stigmatisante de la psychiatrie ainsi que l'attitude ambivalente face au psychiatre ayant une image fortement empreinte par celle du psychanalyste; le psychiatre est confronté, alors, non seulement à la stigmatisation de ses patients mais aussi à sa propre stigmatisation. D'où il est amené à entamer un dialogue pour favoriser le bien-être de ses malades.

Madjid Tabti

Hopital Frantz Fanon, 06000 Bejaia (Algérie)

Criminalité et personnalité antisociale

La prévention de la criminalité chez les malades atteints de personnalité antisociale doit avoir une action sur certains facteurs. La prévention primaire doit viser la lutte contre l'échec scolaire ; la prévention secondaire doit viser l'intervention éducative et sociale auprès de personnes dont la situation sociale et le mode de vie risquent de les mettre en marge des circuits économiques, sociaux et culturels auxquels ils participent peu ; elle se base aussi sur le bon fonctionnement des procédures disciplinaires, à travers l'application des lois pénales.

Madjid Tabti

Hopital Frantz Fanon, 06000 Bejaia (Algérie)

madjid.tabti@yahoo.fr

Symptômes obsessionnels compulsifs et schizophrénie : à propos d'un cas

Les symptômes obsessionnels compulsifs et schizophrénie posent le problème de la différenciation entre diagnostic de comorbidité ou diagnostic différentiel ; cette distinction est d'autant plus cruciale que le type de prise en charge proposé en dépend.

Bani Tefahi

CIST. EHS.A.ER.RAZI. Annaba (Algérie)

Farid Kacha, Alger

Abdelfateh Bakiri, Blida

Mohamed Cherif Mardaci, Annaba

Profil épidémiologique de l'addiction cannabique suivie au Centre intermédiaire de soins pour toxicomanes de Annaba (Est algérien)

L'addiction au cannabis est un comportement appris et renforcé par une dépendance à une substance psycho- active, le cannabis. Elle répond à un besoin de soulagement, caractérisé par la persistance de la consommation du cannabis malgré les dommages. Les tentatives d'arrêt de la substance sont marquées par des échecs répétés.

Une étude descriptive de type prospective a été effectuée au Centre intermédiaire de soins pour toxicomanes (CIST) d'Annaba (Est algérien) sur 100 patients dépendants au cannabis selon les critères DSM-IV-TR durant la période allant du 1er janvier au 31 mai 2013 dans le but d'étudier les éléments sociodémographiques, cliniques et thérapeutiques de l'addiction cannabique.

Nos résultats préliminaires concernent une population d'adulte jeune de 25 à 35 ans dans 37,5 % des cas, majoritairement de sexe masculin dans 97% des cas, consommant régulièrement 6 joints de cannabis par jour dans plus un tiers des cas ($P < 0,05$) et durant une période supérieure à 5 ans dans la moitié des cas et présentant des troubles anxiodépressifs dans 28,5% des cas ($P > 0,05$)

Mots clés : cannabis, addiction, épidémiologie, CIST

Julien Testart et al

CH de la Conception, 13005 Marseille

Union entre la sécurité de l'obsession et l'obsession sécuritaire : partage d'un regard sur des noces de perle

En 1981, un homme de 31 ans est admis en Unité pour Malades Difficiles dans les suites de passages à l'acte hétéro-agressifs répétés (tentatives d'homicide), sous-tendus par un délire de thématique persécutoire. Un diagnostic de schizophrénie paranoïde est posé et un traitement par halopéridol commencé.

En 1984, en dépit de la résistance des symptômes, une sortie à l'essai est néanmoins organisée dans les suites d'une procédure réalisée par le père du patient. Celle-ci conduit à une tentative d'autolyse grave du patient lors d'un raptus anxiodépressif.

Un nouveau placement d'office impose le retour du patient en UMD et s'associe à une "participation volontaire" de celui-ci, qui revendique activement et de façon quasi-paradoxe, "sa mise en sécurité en ces murs".

Une deuxième phase de suivi s'installe pendant les 27 ans suivants, rythmée par l'évolution du cadre légal et des réformes successives, pendant laquelle le patient ne quittera jamais l'unité de soins, sécurisée et sécurisante, évoluant sur un fond anxieux permanent, conditionné par un univers obsessionnel prononcé, refusant le risque de sortir en raison d'un syndrome de persécution très structuré, enkysté, rationalisé et intense, à peine contenu par de nombreux rituels.

La seule modification pharmacologique pendant ces années d'hospitalisation sera le relais de l'halopéridol par l'amisulpride.

Corrélé à la symptomatologie anxieuse du patient et aux éléments obsessionnels prédominants, l'introduction d'un antidépresseur de type ISRS a été décidée et a permis une nette diminution des troubles obsessionnels avec un assouplissement de la psychorigidité. Conformément à la demande du patient, une permission puis une sortie à l'essai ont été décidées.

La réponse pharmacologique à un ISRS apporte des éléments nouveaux, potentiellement utiles à la compréhension de ce cas clinique hors normes d'une psychose chronique, dont l'évolution "cicatricielle" s'est faite sur un mode obsessionnel.

Marie-Pierre Thomas

Centre Hospitalier, 68250 Rouffach

Claudine Clément, Rouffach

Mustafa Chahid, Rouffach

Yann Hodé, Rouffach

Saïd Fattah, Rouffach

Fabrice Duval, Rouffach

L'Éducation thérapeutique au médicament (ETAM)

Les personnes souffrant de schizophrénie ou de troubles apparentés nécessitent comme dans toutes pathologies chroniques la prise d'un traitement médicamenteux au long cours. Comme 60% de ces patients ont un défaut d'insight avec une absence de repérage des troubles, cela pose un certain nombre de problèmes par rapport à l'observance. Les effets thérapeutiques des traitements ne sont pas objectivés par le patient qui ne reconnaît que la gêne occasionnée par les effets secondaires, ce qui est souvent à l'origine de l'arrêt du traitement dès la sortie de l'hôpital. De plus, les troubles cognitifs et les défauts de motivation sont souvent à l'origine de nombreux oublis de prise et d'un abus de substances toxiques prises pour corriger certains symptômes, avec les conséquences délétères de ces comportements. Le programme d'éducation thérapeutique ETAM est un programme sur 9 semaines avec une séance hebdomadaire d'une heure trente pour un groupe de 6 à 8 personnes. Il permet aux participants de mieux connaître le rôle des médicaments sur la maladie, de comprendre l'intérêt d'une observance stricte et d'améliorer l'estime de soi en développant des capacités conversationnelles par rapport au traitement. Cette compétence leur permet d'aborder le traitement avec l'entourage (famille ou amis ne comprennent pas toujours la nécessité d'un traitement), et leur donne aussi la capacité de négocier le traitement avec le médecin et de rechercher l'information nécessaire chez le pharmacien. Ce programme permet aussi de développer les capacités d'adaptation en cas d'oubli, et donne des informations pour modifier les comportements quant à l'hygiène de vie. L'évaluation porte sur l'absentéisme, les connaissances acquises, l'acceptation du traitement, les compétences conversationnelles et l'autonomie quant au traitement.

Aurore Tremey

CHU, Université d'Auvergne 63 003 Clermont-Ferrand

Thomas Charpeaud, Clermont-Ferrand,

Bruno Pereira, Clermont-Ferrand,

Georges Brousse Clermont-Ferrand

Stimulation Magnétique Transcrânienne répétée (SMTr) et traitement des addictions: à partir des résultats d'une méta-analyse

Introduction : Le craving est une dimension essentielle des addictions car il est un facteur décisif de la rechute et du comportement d'intoxication chronique (Niaura, 2000). Les traitements médicamenteux actuels restent le plus souvent insuffisants pour le contrôler et d'autres techniques telles que la SMTr sont en cours d'étude. Objectifs : Evaluation de l'efficacité de la SMTr sur la dimension craving, dans les principales addictions aux drogues et à la nourriture, à partir d'une méta-analyse méthodique de la littérature. Méthode : Notre recherche bibliographique a été effectuée à partir de la base de données PubMed avec les mots clés: "rTMS, craving, addiction, nicotine, cocaïne, alcool, food, anorexia, boulimia". Une synthèse qualitative de la littérature a été proposée afin d'évaluer la pertinence clinique

des études et leur qualité méthodologique. Elle a été complétée par une étude quantitative de la taille d'effet de l'efficacité de la technique, globale et par produit. Résultats : Les études concernant la stimulation magnétique transcrânienne répétée et craving sont récentes et peu nombreuses. Elles sont marquées à la fois par une grande hétérogénéité méthodologique et des paramètres de stimulation utilisés. L'effet thérapeutique de la technique concernant la dimension craving, semble limité, quel que soit le produit étudié. Conclusion: Les résultats obtenus suggèrent un intérêt limité de la technique dans l'amélioration du craving aux drogues et donc probablement dans le traitement des addictions. L'hétérogénéité des paramètres de stimulation semble constituer un frein majeur au développement de cette technique dans cette indication.

Mots clés: addiction, craving, stimulation magnétique transcrânienne répétée, alcool, tabac, cocaïne, boulimie, anorexie mentale.