

106^e CONGRÈS DE PSYCHIATRIE ET DE NEUROLOGIE DE LANGUE FRANÇAISE

**BASTIA
5-6-7 JUIN 2008**

*sous le haut patronage et en présence
de Madame Roselyne Bachelot-Narquin,
Ministre de la Santé, de la Jeunesse
et des Sports*

CONGRES
CPNLF
ACESM
BASTIA
2008



BASTIA

106^e CONGRÈS DE PSYCHIATRIE ET DE NEUROLOGIE DE LANGUE FRANÇAISE

5 - 6 - 7 JUIN 2008

Théâtre de la Ville de Bastia rue Favalelli Bastia

*sous le haut patronage et en présence
de Madame Roselyne Bachelot-Narquin,
Ministre de la Santé, de la Jeunesse et des Sports*

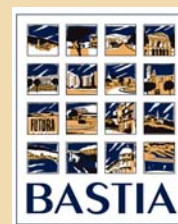
organisé par



l'Association du
Congrès de Psychiatrie
et de Neurologie
de Langue Française

&

l'Association
Corse Equilibre
et Santé Mentale
(A C E S M)



sommaire

	<u>PAGE</u>
Conseils d'administration, Comités d'organisation, Comités scientifiques et pédagogiques	3
CPNLF et ACESM, les associations	4
Editorial	5
Le mot des organisateurs	6
Planning général et programme scientifique : synopsis du congrès	8-9
Programme du jeudi 5 juin	10-11
Programme du vendredi 6 juin	12-13
Programme du samedi 7 juin	14-15
Programme des Symposia	18
Résumés des communications scientifiques	20
Communications du jeudi 5 juin	20 à 25
Communications du vendredi 6 juin	26 à 31
Communications du samedi 7 juin	32 à 35
Résumés des Posters	38 à 43
Candidats sélectionnés pour le pris "première communication" du CPNLF	44 à 45
Informations pratiques du congrès	49 à 51
Informations pratiques générales	52
Index des auteurs	53
Remerciements	54



Conseil d'administration :

Pr Daniel Bailly (Secrétaire Général-adjoint, Marseille)
Dr Joël Burgonse (Grenoble)
Dr François Caroli (Président Paris)
Dr Jean-Paul Chabannes (Secrétaire Général, Saint-Egrève)
Pr Patrick Martin (Paris)
Pr Jérôme Palazzolo (Nice)
Pr Michel Patris (Vice-Président, Strasbourg)
Dr Christian Spadone (Trésorier, Paris)
Pr Laurent Schmitt (Toulouse)
Dr David Szekeley (Grenoble)
Dr Hubert Weibel (Mulhouse)

Conseil d'administration :

Dr François Anchetti (Ajaccio)
Pr Daniel Bailly (Marseille)
Pr Manuel Bouvard (Bordeaux)
M. Michel Grossi (Trésorier, Venzolasca)
Pr Christophe Lançon (Vice-Président, Marseille)
Dr Napoléon Ernest Leopoldi (Bastia)
Pr Patrick Martin (Secrétaire Général, Paris)
M. Antoine Paoli (Brando)
Dr Philippe Ristorcelli (Porto-Vecchio)
Pr Philippe Robert (Nice)
Mme Anne Rocchi (Bastia)
Dr Fabrice Sisco (Président, Bastia)
Mme Julienne Storaï (Bastia)
M. Guy Verduri (Biguglia)

Sous les auspices de

M. le Professeur Antoine Aiello, Président de l'Université de Corse

Organisateurs :

Docteur Jean-Paul Chabannes

Docteur Fabrice Sisco

Professeur Patrick Martin

Comité local d'organisation

Dr François Anchetti (ACESM Ajaccio) Pr Daniel Bailly (ACESM Marseille) Dr Jean-Paul Chabannes (CPNLF Saint-Egrève) Pr Christophe Lançon (ACESM Marseille) Dr Nicole Lantieri (Bonifacio) Pr Patrick Martin (ACESM Vice-Président Paris) Dr Philippe Ristorcelli (ACESM Porto-Vecchio) Dr Fabrice Sisco (ACESM Président, Bastia)

Comité Scientifique du congrès

Pr Daniel Bailly (Marseille) Pr Franck Baylé (Paris) Dr Jean-Paul Chabannes (Saint-Egrève) Pr Christophe Lançon (Marseille) Pr Pierre-Michel Llorca (Clermont-Ferrand) Dr Jean-Paul Macher (Rouffach) Pr Patrick Martin (Paris) Pr Michel Patris (Strasbourg) Pr Charles-Siegfried Peretti (Paris) Pr Philippe Robert (Nice) Pr Laurent Schmitt (Toulouse) Dr Fabrice Sisco (Bastia) Pr Florence Thibaut (Rouen).

Comité Scientifique du CPNLF

Pr Marc Anseau (Liège) Pr Daniel Bailly (Marseille) Pr Franck Baylé (Paris) Pr Vincent Camus (Tours) Pr Michel Delage (Toulon) Pr Patrick Martin (Paris) Dr Christian Mille (Amiens) Pr Laurent Schmitt (Président Toulouse).

Comité Pédagogique du CPNLF

Pr Jean-Michel Azorin (Marseille) Pr Franck Baylé (Paris) Pr Daniel Bailly (Marseille) Pr Jean-Philippe Boulanger (Montpellier) Pr Thierry Bougerol (Grenoble) Pr Manuel Bouvard (Bordeaux) Dr Jean-Paul Chabannes (Saint Egrève) Pr Philippe Courtet (Montpellier) Pr Marie-Christine Hardy-Baylé (Versailles) Pr Christophe Lançon (Marseille) Pr Pierre-Michel Llorca (Clermont-Ferrand) Pr Gwenolé Loas (Amiens) Pr Patrick Martin (Paris) Pr Bruno Millet (Rennes) Pr Marie-Christine Mouren (Paris) Pr Michel Patris (Strasbourg) Pr Charles Siegfried Peretti (Paris) Pr Dominique Pringuey (Nice) Pr Philippe Robert (Nice) Pr Laurent Schmitt (Toulouse) Pr Florence Thibaut (Rouen) Pr Pierre Thomas (Lille) Pr Hélène Verdoux (Bordeaux).

Qu'est-ce que l'ACESM

L'Association Corse, Equilibre et Santé Mentale (ACESM), est une association régie par la loi de 1901, dont le Docteur Fabrice Sisco, psychiatre, praticien hospitalier à l'Hôpital général de Bastia, en est le président fondateur depuis sa création, en 2004. Son but initial : fédérer différents acteurs de santé autour d'une réflexion pluridisciplinaire commune concernant la prise en charge des patients souffrant de pathologies mentales et plus précisément de troubles anxieux, avec le projet de développer également ses actions dans le domaine de l'addiction et plus particulièrement celui de l'alcoolisme.

Aujourd'hui, nous pouvons dire que nous avons atteint en grande partie notre objectif de regrouper la plupart des acteurs de santé intervenant dans le champ de la pathologie mentale. En effet, 2007 a vu la tenue de notre IV^e symposium, où comme chaque année, nous avons accueilli des spécialistes reconnus sur les sujets abordés.

Ces manifestations scientifiques vont nous permettre également de mettre en place des projets communs avec, notamment, des équipes de recherches universitaires sises sur le continent.

Nous avons par ailleurs voulu étendre notre réflexion à un niveau pragmatique, ce qui nous a permis d'avoir une écoute attentive de la part des URML avec le projet, en collaboration avec elles, mettre en place des actions et des études qui ne pourront qu'être bénéfiques pour la prise en charge de nos patients.

Dans cette dynamique, le développement de nos activités nous a encouragé à ouvrir le conseil d'administration de notre association à d'autres compétences, doublées elles aussi de bonne volonté et d'un dynamisme certain, pour mieux assumer nos objectifs.

Nous avons également mis en place une réflexion sur les nouvelles données scientifiques, cliniques, voire de santé publique, en développant l'organisation et la tenue de réunions de formation médicale continue validante (FMC) en partenariat avec différents centres universitaires. D'où la création au sein de l'ACESM d'un comité pédagogique et scientifique, afin de nous aider à élaborer nos actions dites de formation, concernant aussi bien les pathologies mentales de l'adulte que celles de l'enfant ou de l'adolescent.

Et puis nous avons l'aide de nos élus locaux, régionaux et territoriaux pour nous encourager et soutenir nos projets. Notre ambition serait d'aller plus avant avec ces partenaires afin de promouvoir des actions de santé publique.

Qu'est-ce que le CPNLF

L'Association du Congrès de Neurologie et de Psychiatrie de Langue Française est la plus ancienne société savante de France. Elle a été fondée en 1889 puis constituée en association régie par la loi de 1901, le 16 avril 1931. Le 23 août 1932, l'association a été reconnue d'utilité publique.

A l'origine, sa vocation était de regrouper de manière spécifique, pour évoquer leurs travaux de recherches ou d'observations cliniques, des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française. Mais à l'heure actuelle, la langue française n'est plus à l'honneur dans la communauté scientifique internationale. C'est un fait bien réel et certains pourraient en prendre ombrage. Pas nous ! Cependant, dans notre spécialité, cette même langue française peut se targuer d'avoir introduit des subtilités que la clinique imposait.

Appréhension, inquiétude, soucis, anxiété, peur ne relèvent pas des mêmes mécanismes psychopathologiques et ne peuvent laisser transparaître toutes leurs nuances dans une traduction anglaise même sophistiquée. Il en va de même de l'anglais qui utilise parfois un vocabulaire dont la traduction en français laisse place à des approximations, tous ceux qui parmi nous se sont confrontés à des traductions d'ouvrage le savent. Il n'est donc pas question d'alimenter une "guéguerre" de bas niveau qui voudrait que nous soyons les défenseurs d'une langue et les pourfendeurs d'une autre. Non, le CPNLF a comme raison de subsister, la nécessité de pouvoir encore se parler, échanger dans notre langue d'origine.

Parmi les autres raisons, il y a aussi la reconnaissance à nos aînés d'avoir participé, grâce à cette association plus que centenaire, à tous les grands débats qui ont fait l'histoire de la psychiatrie. A l'heure où l'organisation de notre profession nous vient de plus en plus de l'extérieur (circulaires, lois, poids des administrations, économie...), sachons garder en vie ces quelques outils que nos maîtres et leurs maîtres ont su utiliser pour faire passer les idées fortes des progrès de notre métier. Ne soyons pas des nostalgiques du passé ni des va-t-en-guerre contre l'anglophonie, mais tentons d'être des gens d'avenir en modernisant les outils qui nous ont été transmis. Le CPNLF fait partie de ceux-ci. Enfin, le CPNLF se veut également résolument tourné vers l'amélioration de la qualité des soins et la formation médicale continue dont elle s'enorgueillit de participer à son développement et à sa dispensation. Sa particularité de posséder en son sein des psychiatres, des médecins et autres acteurs de santé d'exercices libéral ou public, lui permet de répondre au mieux à ses deux derniers objectifs.



éditorial

Quel honneur pour le CPNLF d'être reçu par la Corse, et tout particulièrement par la ville de Bastia, invité par l'équipe du Docteur Fabrice Sisco. Notre vieille dame, qui en est à sa 106ème session, avait fréquenté l'île de la Réunion, l'île de la Guadeloupe, mais n'avait jamais mis les pieds dans la plus proche de nos " îles lointaines " : la Corse.

A n'en pas douter, ce congrès devrait faire date, car il expérimentera une formule nouvelle et pleine d'originalités, avalisées par toute la communauté psychiatrique française. Nous voudrions voir, dans les modifications que nous apportons de manière régulière depuis quelques années déjà, la formalisation d'un nouvel élan.

Une place privilégiée sera faite aux thèmes modernes. L'entrée en force de la formation continue sera affirmée, le choix des débats fondamentaux à la profession sera favorisé, l'option de se tourner vers la jeunesse de notre profession sera recherchée.

Ainsi, entre les rapports sur l'évaluation des pratiques professionnelles ou sur la précarité prendront place divers symposiums, des conférences, des séances de formation médicale continue, le prix 1ère Communication, etc. sans oublier un programme social particulièrement peaufiné par toute l'équipe qui nous accueille. Nous vous espérons nombreux, notre présence à Bastiapromet d'être chaleureuse, le niveau scientifique promet d'être élevé, et surtout la psychiatrie toute entière y gagnera en relançant une dynamique propice à son avenir.

Docteur Jean-Paul CHABANNES
Secrétaire général de l'association du CPNLF

editoriale

Tamantu onore per u CPNLF d'esse ricevutu da a Corsica è più in particolare da a cità di Bastia, invitati da a squadra di u duttore Fabrice Sisco. A nostra antica "giuvanotta" chi tocca digia à a so 106esima sessione era sbattuta voltu l'isula di a Reunione, l'isula di a Guadaluppa, ma in Corsica, a più vicinu di "l'isule luntane", mai ci avia messu i pedi.

Di sicuru, ùn ci duveriamu scurdà d'istu cunghressu per via ch'ella vene sperimentata una forma nova è piena à originalità, accertata da tutta a cummunità psichiatrica di Francia. Vuleriamu vede in e mudifiche chè no purteranu di manera regolare dipoi digia qualchi anni, a furmalisazione d'un abbrivu novu.

Una piazza di prima trinca serà fatta à i temi moderni. L'entrata di forza di a furmazione continua serà puntellata bè, a scelta di i dibattiti fondamentali di a professione seranu primurati, a pussibilità di giraci voltu a giuventù di a nostra professione serà ricircata.

Cusi, frà i raporti nantu a valutazione di e pratiche prufeziunale o nantu à l'incertezza si piezzeranu diversi simposium, cunferenze, stonde di furmazione medica cuntinue, u premiu di prima cummunicazione, ecc.... ùn ci scurderemu, ben' sicura, di u prugamma suciale assestatu veramente cumu si deve da tutta a squadra chi ci accoglie.

Ci hè da sperà chè vo venghite numerosi, a nostra presenza in Bastia prumette d'esse viva, u livellu scientificu, di sicuru serà di prima trinca, hè certu chi a psichiatria sana sana ci vincerà da rilancia un dinamica à pro di u so avvene.

Duttore Ghjuvan'Paulu Chabannes
Secretariu generale di l'associu di u CPNLF.



Le mot des organisateurs

Soyez les bienvenus à Bastia, Ville d'Art et d'Histoire !

Tous les membres de l'ACESM (Association Corse Equilibre et Santé Mentale) ont le plaisir d'organiser et d'accueillir la 106e édition du Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de Langue Française (CPNLF).

Comme l'association du CPNLF et son congrès, l'un des objectifs de notre association est de fédérer l'ensemble des acteurs de santé mentale dans notre région, avec pour finalité une meilleure prise en charge globale de nos patients, dans une démarche de qualité au quotidien. Cette session du CPNLF s'inscrit totalement dans cette dynamique.

En effet, avec l'association du CPNLF, nous avons composé un comité d'organisation et un comité scientifique, non seulement pluridisciplinaires, mais qui regroupent également en leur sein des experts exerçant dans toute la France et qui ont élaboré un programme scientifique et de formation en adéquation avec vos attentes et l'actualité de l'exercice de la psychiatrie.

Bien sûr, nous ne doutons pas de votre assiduité aux différentes sessions, mais nous sommes conscients que la charcuterie, les fromages et les vins corses, le vieux port et les ruelles de Bastia peuvent avoir pour vous quelques attraits que nous ne manquerons pas de vous aider à découvrir lors de nos deux soirées spécialement organisées pour vous....

Enfin, rappelons que les congrès du CPNLF sont et ont toujours été la manifestation annuelle de référence des psychiatres francophones. Nous sommes donc particulièrement honorés de pouvoir contribuer dans la continuité à la tenue du 106e congrès du CPNLF. Bon congrès et bon séjour en Corse !

Docteur Fabrice Sisco
Président de l'ACESM
Président du comité d'organisation

Professeur Patrick Martin
Secrétaire général de l'ACESM
Vice-président du comité d'organisation

Siate i benvenuti in Bastia, città d'arte è di storia !
Ogni membri di l'ACESM (associu corsu equilibriu è salute mentale) anu u piacè di mette in ballu è di accoglie a 106esima edizione di u Cungressu di Psichiatria è di Neurologia di Lingua Francese (CPNLF).

L'associu di u CPNLF è u so cungrèssu anu cume scopu d'addunisce l'inseme di l'attori di a salute mentale indu a nostra regione, cù a finalità di piglià megliu in carica di manera glubale i nostri malati, in una dimarchja di qualità di ogni ghjornu.

Ista sessione di u CPNLF si scrive di manera tutale in issa dinamica.

Di fatti, cù l'associu di u CPNLF, avemu cumpostu cumitati d'organizzazione è scientifici, non solu pluridisciplinari, ma dinù chi adduniscenu in senu i stimatori travagliendu in a Francia, sana è chi anu almanaccatu un prugramma scientificu è di furmazione in lea cù e nostre attese è l'attualità di a pratica di a psichiatria.

Ben' sicura, chi ùn dubbitemu manc'appena di u vostru impegnu à e sfarente sessione, ma simu cuscenti chi a robba purcina, i casgi, i vini corsi è e strette bastiaccie v'anu d'allusingà è ùn mancheremu micca di fà li scopre durante e duie serate chi seranu organizzate per voi.

In fine, turnemu à di chi i cungrèssi di u CPNLF so è so sempre stati a manifestazione anninca di i psichiatri francofoni.

Simu dunque in particular onorati di pudè cuntribuiscè à a seduta di u 106esimu cungrèssu di u CPNLF.

Bon' cungrèssu è bon' seghjornu in Corsica.

Duttore Fabrizio Sisco
Presidente di l'ACESM
Presidente di u comitatu d'organizzazione

Professore Patriziu Martin
Secretariu generale di l'ACESM
Vice-Presidente di u comitatu d'organizzazione

Planning général & Programme scientifique

Synopsis du

jeudi 5	08h30-09h00	Accueil des participants
	09h00-10h00	Ouverture, allocutions de bienvenue
	10h00-11h00	Rapport thématique du CPNLF : Précarité et Psychopathologie
	11h00-11h15	Pause, viste de l'exposition et des posters
	11h15-12h00	Communications sur la thématique du rapport
	12h00-13h00	Symposium "Santé mentale et précarité dans les pays du sud"
	13h00-14h00	Déjeuner sur place
	14h00-15h30	Table ronde des Laboratoires Esai
	15h30-16h00	Pause, viste de l'exposition et des posters
	16h00-17h30	Plénière : Relation entre humeur et somatisation
	17h45-19h00	Session communication du "Prix CPNLF de la Première Communication
	19h15	Manifestation culturelle et Réception à la Mairie de Bastia

vendredi 6	08h30-09h00	Accueil des participants
	09h00-10h30	Rapport thématique du CPNLF : Evaluation des pratiques professionnelles
	10h30-11h00	Pause, viste de l'exposition et des posters
	10h45-12h15	Session FMC Psychopathologie Phénoménologique
	11h00-12h15	Communications sur la thématique du rapport
	12h15-13h15	Plénière : "In vino veritas" ?
	13h15-14h30	"Travaux pratiques" et déjeuner sur place
	14h30-16h30	Conférence Warot De l'enfant à l'adulte, l'hyperactivité a-t-elle un sens ?
	14h30-17h00	
	17h00-17h30	Pause, viste de l'exposition et des posters
	17h30-19h00	Symposium Laboratoires BMS
	19h00-19h30	Remise du "Prix CPNLF de la Première communication"
	19h30	Gala "Soirée de Prestige"

samedi 7	08h30-09h00	Accueil des participants
	09h00-12h00	Session conjointe ACESM /URML de Corse Prise en charge commune entre neurologues et psychiatres au quotidien
	10h30-11h00	Pause, viste de l'exposition et des posters
	12h00-14h00	Assemblée générale du CPNLF Remise des prix des trois meilleurs posters
	14h00-16h00	Atelier de FMC du CPNLF : Troubles dépressifs
	16h00-16h30	Pause, viste de l'exposition et des posters
	16h30-17h30	Conclusion et clôture du Congrès

Congrès

Péristyle		
Théâtre		
Théâtre		
Péristyle/fumoir		
Théâtre		
Théâtre		
Péristyle		
Théâtre		
Péristyle/fumoir		
Théâtre	Plénière : Médecine légale et psychiatrie	Salle Préla
Théâtre		

Théâtre		
Péristyle/fumoir		
Salle Préla		
Théâtre		
Théâtre		
Péristyle		
Théâtre		
	Session FMC L'émergence des troubles psychotiques à l'adolescence : une prévention est-elle possible ?	Salle Préla
Péristyle/fumoir		
Théâtre		
Théâtre		

Péristyle		
Théâtre		
Péristyle/fumoir		
Théâtre	Déjeuner sur place	Péristyle
Théâtre	Atelier de FMC du CPNLF : Troubles schizophréniques	Salle Préla
Péristyle/fumoir		
Théâtre		

106^e Congrès de Psychiatrie et PROGRAMME

• JEUDI 5 JUIN • JEUDI 5 JUIN • JEUDI 5 JUIN • JEU

- 08h30 à 09h00** **Accueil des participants**
- 09h00 à 10h00** **Ouverture, allocutions de bienvenue**
M. le Maire de Bastia - M. le Président du Conseil Général
M. le Président de l'Université de Corse
MM. les présidents du Congrès : Dr François Caroli (Président du CPNLF, Paris)
Pr Michel Patris (Vice-Président du CPNLF, Strasbourg)
Dr Jean-Paul Chabannes (Organisateur, Secrétaire général du CPNLF, St Egrève)
Dr Fabrice Sisco (Président du comité d'organisation,
Président de l'ACESM, Bastia)
Pr Patrick Martin (Vice-Président du Comité d'organisation,
Secrétaire général de l'ACESM, membre du CA du CPNLF, Paris)
- 10h00 à 11h00** **Rapport thématique du CPNLF**
Présidents de séance : Pr Guy Darcourt (Nice) et Dr François Caroli (Paris)
Précarité et Psychopathologie
Dr Jean Furtos (Lyon)
- 11h00 à 11h15** **Pause, visite de l'exposition et des posters**
Présentation des posters par leurs auteurs
choix par les congressistes des cinq meilleurs posters
- 11h15 à 12h00** **Communications sur la thématique du rapport**
Présidents de séance : Pr Laurent Schmitt (Toulouse) et Pr Jean Daléry (Lyon)
- 11h15 - 11h30 Précarité et troubles mentaux : quelles réponses ?
Dispositif spécialisé ou sectorisé ?
Dr Charles Alezrah (Thuir) et collaborateurs
- 11h30 - 11h45 Rencontre et intrication entre une clinique psychiatrique
et une clinique sociale
Dr Pierre-Olivier Mattei (Paris) et Dr Georges Nauleau (Paris)
- 11h45 - 12h00 La création d'une EMPP en 2007 : un long parcours
Dr Frédéric Jover (Nice)
- 12h00 à 13h00** **Symposium "Santé mentale et précarité dans les pays du Sud"**
*Présidents : Dr Jean-Paul Chabannes (St Egrève)
et Dr Hamed Ould Hamady (Nouakchott)*
Sous l'égide de l'association du CPNLF avec le soutien de Sanofi-Aventis
- 12h00-12h20 Améliorer l'accès des populations des pays du Sud
aux traitements de santé mentale : une initiative originale
Dr Daniel Gérard (Paris)
- 12h20-12h40 Santé Mentale et Précarité à Madagascar
Pr Adeline Raharivelo (Antananarivo)
- 12h40-13h00 Organisation des soins psychiatriques en Mauritanie : défier les contraintes
Dr Hamed Ould-Hamady (Nouakchott)
- 13h00 à 14h00** **Déjeuner sur place**

de Neurologie de Langue Française

SCIENTIFIQUE

- 14h00 à 15h30** **Table ronde des Laboratoire Esai**
Présidents : Dr Jean-Paul Chabannes (St-Egrève) et Dr Nicole Lantiéri (Porto-Vecchio)
Cliniciens et experts face aux difficultés quotidiennes de la prise en charge des psychoses
- 14h00-14h45** Le chronique aigu : regards du vantail de l'urgence sur l'oxymore psychotique
• Dr Suzy-Anne Cousin-Boyadjian (Marseille)
Discutant : Dr Jean-Claude Samuelian (Marseille)
- 14h45-15h30** Délire et purification : à propos d'un cas
• Dr Florian Ferreri (Paris)
Discutant : Pr Charles-Siegfried Peretti (Paris)
- 15h30 à 16h00** **Pause, visite de l'exposition et des posters**
Présentation des posters par leurs auteurs; choix par les congressistes des cinq meilleurs posters
- 16h00 à 17h30** **Plénière : Relation entre humeur dépressive et somatisation**
Présidents de séance : Pr Jean-François Allilaire (Paris) et Pr Franck Baylé (Paris)
- 16h00 - 16h20** Atteinte mnésique et troubles de l'humeur • Pr Charles-Siegfried Peretti (Paris)
- 16h20 - 16h40** La somatisation sous l'angle psychanalytique • Dr Michel Lévy (Strasbourg)
- 16h40 - 17h00** Pour un langage commun entre somaticiens et psychistes dans le cadre de la douleur chronique : l'exemple de la fibromyalgie • Pr Pascal Cathébras (St-Etienne)
- 17h00 - 17h20** Asthénie et fatigabilité : de la plainte du patient à la décision thérapeutique
• Pr Gwenolé Loas (Amiens)
- 17h20 - 17h40** Intérêt de la crénothérapie dans les troubles de l'humeur et de l'anxiété
• Dr Olivier Dubois (Saujon)
- 16h00 à 17h30** **Plénière : Session Institut Médico-légal**
Les effets des neuroleptiques sur le système cardio-vasculaire : implications médico-légales
Président de séance : Pr Georges Leonetti (Marseille)
Modérateur : Dr Patrice Schoendorff (Lyon)
- 16h00 -16h15** Iatrogénie médicamenteuse des neuroleptiques et système cardiovasculaire
• Pr Patrick Martin (Paris)
- 16h15 - 16h30** Utilisation des neuroleptiques dans la pratique courante aujourd'hui
• Dr Jean-Paul Chabannes (St Egrève)
- 16h30 - 16h45** La notion de rapport bénéfice / risque dans la gestion de la prise en charge du patient psychotique • Dr Patrice Schoendorff (Lyon)
- 16h45 - 17h00** Données anatomopathologiques post-mortem : quelle imputabilité des neuroleptiques ? • Dr Alain Tabib (Lyon)
- 17h00 - 17h15** Prescription des neuroleptiques : des aspects cliniques aux aspects juridiques
• Dr Bernard Lachaux (Villejuif)
- 17h15 - 17h30** Discussion générale
- 17h45 à 19h00** **Session communication du "Prix CPNLF de la Première Communication" parrainé par BMS et Otsuka avec le soutien de la revue "Nervure" en présence du Comité scientifique du Prix et de son président, le Pr Laurent Schmitt (Toulouse) - Présentations de 10 minutes**
- 19h15** **Manifestation culturelle : visite guidée de la ville de Bastia suivie d'une réception à la Mairie**

106^e Congrès de Psychiatrie et PROGRAMME

• VENDREDI 6 JUIN • VENDREDI 6 JUIN • VENDREDI 6 JUIN • VENDREDI 6 JUIN •

- 08h30 à 09h00** Accueil des participants
- 09h00 à 10h30** **Rapport thématique du CPNLF**
*Présidents de séance : Pr Jacques Massol (Paris, DGS/HAS),
Dr Bernard Lachaux (Villejuif) et Dr François Caroli (Paris)*
Évaluation des pratiques professionnelles (EPP)
Pr Marie-Christine Hardy-Baylé (Versailles) et Pr Jean-Michel Chabot (Paris)
- 10h30 à 11h00** **Pause, visite de l'exposition et des posters**
Présentation des posters par leurs auteurs
choix par les congressistes des cinq meilleurs posters
- 10h45 à 12h15** **Session de FMC de Psychopathologie phénoménologique (2).**
Université de Sophia-Antipolis, Faculté de Médecine de Nice,
Pr Dominique Pringey
Approche existentielle de l'angoisse selon Jean-Paul Sartre.
Implications psychothérapeutiques
- 11h00 à 12h15** **Communications sur la thématique du rapport**
Présidents de séance : Pr Pierre Thomas (Lille) et Pr Patrick Martin (Paris)
- 11h00 - 11h15** Évaluation des pratiques professionnelles (EPP) en établissement de santé
Pr Jean-Michel Chabot (HAS, Paris)
- 11h15 - 11h30** Évaluation des pratiques professionnelles : entre réappropriation clinique
et contraintes médico-légales
Dr Bernard Lachaux (Paris)
- 11h30 - 11h45** Expérience EPP : Prévention du suicide
Pr Philippe Courtet (Montpellier)
- 11h45 - 12h00** EPP et prescription d'antidépresseurs chez le sujet âgé souffrant
de dépression : retour d'expérience
Pr Isabelle Jalenques, Dr Estelle Vaille-Perret, Dr Rémy Tourtauchaux
(Clermont-Ferrand), Dr Nadine Bazin (Versailles)
- 12h00 - 12h15** Discussion
- 12h15 à 13h15** **Conférence plénière : "In vino veritas ?"**
Le vin et ses dérivés : entre culture et clinique
Pr Nicolas Moore (Bordeaux)
A la découverte du vin corse et de ses vertus
M. Thierry Francioni (conseiller viticole à la Chambre d'Agriculture, Bastia)
- 13h15 à 14h30** "Travaux pratiques" de la conférence plénière et déjeuner sur place

de Neurologie de Langue Française

SCIENTIFIQUE

14h30 à 16h30

Conférence Warot

Présidents de séance : Pr Manuel Bouvard (Bordeaux) et Pr Daniel Bailly (Marseille)

De l'enfant à l'adulte, l'hyperactivité a-t-elle un sens ?

- 14h30 - 14h55 : Approches diagnostiques et évaluation chez l'adulte • Dr Jacques Bouchez (Paris)
- 14h55 - 15h20 : Démarches diagnostiques et évaluation chez l'enfant • Dr Hervé Caci (Nice)
- 15h20 - 15h45 : Prise(s) en charge thérapeutique(s) de l'enfant • Dr Samuele Cortèse (Paris)
- 15h45 - 16h10 : Prise(s) en charge thérapeutique(s) de l'adulte • Dr Jean-Philippe Rénéric (Bordeaux)
- 16h10 - 16h30 : Discussion et modération : Dr François Caroli (Paris)
et Dr Jean-Paul Chabannes (St-Egrève)

14h30 à 17h00

Session de FMC en partenariat avec le DU "Santé mentale et adolescence" de l'Université de Corse
Coordinateur : Pr Daniel Bailly (Marseille)

Sous les auspices de M. le Professeur Jean Costa, Doyen honoraire de la Faculté des Sciences
et Techniques de l'Université de Corse

L'émergence des troubles psychotiques à l'adolescence : une prévention est-elle possible ?

- 14h30 - 15h00 : Un repérage des signes prémorbides et prodromiques des troubles psychotiques durant l'enfance et l'adolescence est-il possible ?
• Pr Daniel Bailly (Marseille)
- 15h00 - 15h30 : Usage de cannabis et troubles psychotiques à l'adolescence
• Dr Jean-Martin Bonetti (Ajaccio)
- 15h30 - 16h00 : Données actuelles sur les programmes de prévention de la schizophrénie chez les adolescents
• Dr Thierry Bottaï (Martignes)
- 16h00 - 16h30 : Les Réseaux de Santé : de l'offre de soins à l'offre de services
• Dr Guy Gozlan (Paris)
- 16h30 - 17h00 : Discussion

17h00 à 17h30

Pause, visite de l'exposition et des posters

Présentation des posters par leurs auteurs
choix par les congressistes des cinq meilleurs posters

17h30 à 19h00

Symposium des Laboratoires Bristol-Myers Squibb et Otsuka

Troubles Bipolaires : Quelle place pour les agonistes partiels?

Président : Pr Maurice Ferreri (Paris)

Troubles bipolaires : de l'épidémiologie aux recommandations actuelles
Pr Philippe Courtet (Montpellier)

Agonistes partiels dans les troubles bipolaires : de la théorie à la pratique
Pr Charles-Siegfried Peretti (Paris)

19h00 à 19h30

Remise du "Prix CPNLF de la Première Communication"
parrainé par BMS et Otsuka

19h30

Départ pour le Gala "Soirée de Prestige"

106^e Congrès de Psychiatrie et **P R O G R A M M E**

• **SAMEDI 7 JUIN** • **SAMEDI 7 JUIN** • **SAMEDI 7 JUIN** •

- 08h30 à 09h00** Accueil des participants
- 09h00 à 12h00** Session conjointe avec l'Association Corse Equilibre et Santé Mentale (ACESM) en partenariat avec l'URML de Corse et en présence de son président, le Dr Félix-Antoine Franceschini et de son vice-président le Dr Philippe Ristorcelli
- Thématique : Prise en charge commune entre neurologues et psychiatres au quotidien**
Présidents de séance : Pr Christophe Lançon (Marseille) et Pr Michel Poncet (Marseille)
Modérateur : Dr Jean-Paul Chabannes (St-Egrève)
- 09h00 - 09h30** Introduction : le point de vue du psychiatre et le point de vue du neurologue
 Pr Christophe Lançon (Marseille) et Pr Michel Poncet (Marseille)
- 09h30 - 09h50** Rôles de l'Union Régionale des Médecins Libéraux dans la mise en place du dispositif de prise en charge des patients souffrant de troubles neurologiques et psychiatrique
 Dr Philippe Ristorcelli (Porto-Vecchio)
- 09h50 - 10h10** Psychotropes et nootropes, des ponts entre traitements psychiatriques et neurologiques : quel(s) rationnel(s) pharmacologiques ?
 Pr Patrick Martin (Paris)
- 10h10 - 10h30** Prise en charge des troubles psychiatriques chez les sujets déments en pratique courante
 Pr Philippe Robert (Nice)
- 10h30 à 11h00** Pause, visite de l'exposition
- 11h00 - 11h20** Neuropsychologie et maladies dégénératives du cortex cérébral
 Pr Michel Poncet (Marseille)
- 11h20 - 11h40** Evaluations neuropsychologiques : intérêts et limites
 Dr Sophie Harrois (Paris)
- 11h40 - 12h00** Discussion et conclusion par le Dr Fabrice Sisco, président de l'ACESM (Bastia)
- 12h00 à 14h00** Assemblée générale de l'association du CPNLF
 Déjeuner sur place
 Remise des prix des trois meilleurs posters par les membres du Comité scientifique du congrès

de Neurologie de Langue Française

SCIENTIFIQUE

14h00 à 16h00 Atelier de Formation Médicale Continue CPNLF : Troubles dépressifs

- 14h00 - 14h30 :** Actualités neuropharmacologiques
Pr Michel Hamon (Paris)
- 14h30 - 15h00 :** Prise en charge des sujets souffrant d'alcool-dépendance
Pr Philipp Gorwood (Colombes)
- 15h00 - 15h30 :** Récurrences dépressives : amélioration de la prévention
Pr Florence Thibaut (Rouen)
- 15h30 - 16h00 :** Recours aux thérapeutiques biologiques non médicamenteuses
dans les troubles dépressifs. Actualités et perspectives
Dr David Szekely (Grenoble)

14h00 à 16h00 Atelier de Formation Médicale Continue CPNLF : Troubles schizophréniques

- 14h00 - 14h30 :** Prise en charge d'une schizophrénie débutante
Dr Michel Cermolacce (Marseille)
- 14h30 - 15h00 :** Troubles schizophréniques et atteinte cognitive
Pr Charles-Siegfried Peretti (Paris)
- 15h00 - 15h30** Schizophrénie et addiction : gestion pratique
Dr Philippe Nuss (Paris)
- 15h30 - 16h00 :** Rémission symptomatique dans la schizophrénie : comment l'évaluer ?
Pr Pierre-Michel Llorca (Clermont-Ferrand)

16h00 à 16h30 Pause, visite de l'exposition

- 16h30 à 17h30** Conclusion et clôture du Congrès par les présidents du Congrès :
Dr François Caroli (Président du CPNLF) et Pr Michel Patris
(Vice-Président du CPNLF), Dr Jean-Paul Chabannes
(Secrétaire Général du CPNLF), Dr Fabrice Sisco (Président de l'ACESM),
Pr Patrick Martin (Secrétaire général de l'ACESM)

Programme des symposia

JEUDI 5 JUIN

- 12h00 à 13h00** **Symposium “Santé mentale et précarité dans les pays du Sud”**
*Présidents : Dr Jean-Paul Chabannes (St Egrève)
et Dr Hamed Ould Hamady (Nouakchott)*
Sous l’égide de l’association du CPNLF avec le soutien de Sanofi-Aventis
- 12h00-12h20** Améliorer l’accès des populations des pays du Sud
aux traitements de santé mentale : une initiative originale
Dr Daniel Gérard (Paris)
- 12h20-12h40** Santé Mentale et Précarité à Madagascar
Pr Adeline Raharivelo (Antananarivo)
- 12h40-13h00** Organisation des soins psychiatriques en Mauritanie : défier les contraintes
Dr Hamed Ould-Hamady (Nouakchott)
- 14h00 à 15h30** **Table ronde des Laboratoire Esai**
*Présidents : Dr Jean-Paul Chabannes (St-Egrève)
et Dr Nicole Lantiéri (Porto-Vecchio)*
**Cliniciens et experts face aux difficultés quotidiennes
de la prise en charge des psychoses**
- 14h00-14h45** Le chronique aigu : regards du vantail de l’urgence sur l’oxymore psychotique
• Dr Suzy-Anne Cousin-Boyadjian (Marseille)
Discutant : Dr Jean-Claude Samuelian (Marseille)
- 14h45-15h30** Délire et purification : à propos d’un cas
• Dr Florian Ferreri (Paris)
Discutant : Pr Charles-Siegfried Peretti (Paris)

VENDREDI 6 JUIN

- 17h30 à 19h00** **Symposium des Laboratoires Bristol-Myers Squibb et Otsuka**
Troubles Bipolaires : Quelle place pour les agonistes partiels?
Président : Pr Maurice Ferreri (Paris)
Troubles bipolaires : de l’épidémiologie aux recommandations actuelles
Pr Philippe Courtet (Montpellier)
Agonistes partiels dans les troubles bipolaires : de la théorie à la pratique
Pr Charles Siegfried Peretti (Paris)

Résumés des communications scientifiques

Dr François Caroli (Paris)

François, Patrick, Daniel et les autres

Qui aurait pu le dire ? Ce qui était visible aux Etats-Unis il y a une quinzaine d'années l'est devenu aujourd'hui en France ? Lorsque le touriste se promenait dans Central Park à New York ou ailleurs, il rencontrait d'étranges personnes portant plusieurs couches de vêtements sur eux en plein été, transportant dans leur cadis d'énormes sacs qui contenaient l'ensemble de leurs biens ; ce n'étaient pas de simples exclus victimes pauvres de l'ère reaganienne : l'œil averti du congressiste psychiatre repérait le ralentissement, le syndrome métabolique, le teint à la fois cuivré et allergique du neuroleptisé. " Ceci n'arriverait jamais en France, le secteur y pourvoira" disaient les collègues. Interrogé régulièrement, le secteur a répondu en France à l'émergence de ces problèmes de façon disparate et irrégulière en fonction des possibilités, des moyens dont il dispose et de l'orientation des soins. A l'instar d'autres pathologies (alcoolisme, toxicomanie, HIV...), il a été nécessaire de créer une sous spécialité pour prendre en charge des patients que l'on considérait comme exclus eux-mêmes et exclus des soins, d'autant plus exclus qu'ils peuvent n'effectuer aucune demande ou des demandes considérées comme désadaptées car purement utilitaires. Le plus souvent, c'est un tiers qui alerte (social policier, passant...) en fonction de l'apparente incapacité de sujet de "faire face". L'accès aux soins ne peut qu'être retardé, les soins ambulatoires aléatoires car "aller vers" lui n'est pas aisé. (1)

Patrick

Patrick est mort à 46ans après quinze ans d'errance, de vie dans la rue, d'alcoolisation chronique parfois massive et une prise en charge globale par le secteur. Il est hospitalisé d'office pour s'être exhibé dans un parc au cours d'un état confuso-déirant. Au cours de l'hospitalisation on retrouve des éléments délirants qui très rapidement se sont enkystés. Autour de lui s'est immédiatement mis en place tout un système de prise en charge somatique et sociale d'autant plus performante que le patient se montrait agréable et coopérait. Les soins somatiques l'ont aidé à se séparer de l'alcool, à guérir son ulcère de jambe infecté. S'en est suivi la disparition des troubles électro-encéphalographiques jusqu'à obtenir un bilan somatique normal. Sur le plan psychiatrique, les antipsychotiques à dose modérée ont mis à l'écart les éléments délirants ; parallèlement sur le plan social il a pu être admis dans un foyer de post-cure du service puis progressivement dans un appartement associatif avec deux autres patients où il recevait des visites régulières médico-infirmières , par ailleurs il était suivi en consultation à l'hôpital de jour. Il a fallu trois ans pour arriver à ce résultat que tous estimaient particulièrement encourageant malgré la somme des efforts engagés. C'est dire l'incrédulité de l'équipe lorsqu'on apprend un matin que Patrick est mort brutalement chez lui d'une hémorragie digestive foudroyante.

François

François est mort à 53 ans. Sosie de Jean Gabin dans *Un Singe en hiver*, toujours tiré à quatre épingles, ne se déplaçant jamais sans sa valise dans laquelle il rangeait minutieusement ses affaires, il était devenu, en vingt ans, "criseur" chronique d'un service d'urgences psychiatriques où il a consulté 134 fois. Surnommé le Légionnaire, il inventait des actes délictueux, parlait de ses nombreux placements dans son enfance pour fréquenter périodiquement davantage la psychiatrie que la prison. Considéré comme un buveur pathologique, s'il n'était pas si âgé, on l'aurait considéré comme psychopathe se rendant particulièrement intolérant dans tous les lieux qu'il fréquente : prison, unité psychiatrique, services d'urgences, UMD. Ce fanfaron finissait par devenir plus ou moins la mascotte des services dans lesquels il passait car ses vantardises étaient plus importantes que les faits réels. Il exerçait ainsi une fascination séductrice indéniable auprès des soignants. Il n'était pas sans panache, d'ailleurs il en est mort. Un matin de printemps, il se promenait avec l'un de ses compagnons le long du canal St. Martin, tels deux mères de famille, lui avec sa valise, l'autre avec un landau contenant tout ses biens. Sans doute avaient-ils bu pendant la nuit. Le landau de son compagnon tombe dans l'eau ; François, n'écoutant que son grand cœur, plonge pour le rattraper et coule à pic.

Daniel

Toujours avec nous. Il a 55 ans. Il présente exactement le même profil que François : baroudeur, alcoolique, quelques séjours assez longs en prison pour violence en état d'ivresse. Dans une première période, il fut criseur chronique au centre d'urgences ; quand on le sortait par la porte, il rentrait par la fenêtre. Autour de lui, les différentes institutions, sociales, médicales, policières, pestaient contre la psychiatrie qui ne faisait rien. Dans une seconde période, changement de cap. On lui propose des hospitalisations séquentielles à date fixe : toutes les six semaines pendant cinq jours du lundi au vendredi, en hôpital de semaine lequel ouvre le lundi et ferme le vendredi. Pendant cette période, les bilans sont effectués, il peut se reposer, les entretiens se déroulent plus ou moins harmonieusement, il devance souvent la date de sortie, moment où rendez-vous est pris pour six semaines après. Le début fut particulièrement complexe. Personne ne sait aujourd'hui comment l'équipe a résisté tant il l'a tourné en dérision. Ostensiblement assis sur le banc devant le CMP, il chantait en ingurgitant une énorme bouteille de plastique remplie de mauvais vin rouge. Le jour du staff hebdomadaire, il arrivait avant tout le monde, urinant sur le paillason et déféquait sur le palier obligeant chacun à penser à lui en enjambant ses excréments. Parallèlement, il séduit toutes jeunes assistantes sociales arrivant, qui après des semaines peinaient à décrocher une maison de repos dont il se faisait exclure à la 24ème heure. Finalement, il s'équilibre dans cette incertitude entre la rue, le soin séquentiel et de plus en plus rarement la prison. Au bout de trente ans, après la

209ème hospitalisation, des incarcérations de plus en plus rares, des mises en danger somatiques qui s'espacent, on aboutit à la situation suivante : maintien depuis plus d'une année dans un foyer de nuit, hospitalisations séquentielles toutes les six semaines, CATTP à la demande.

Un certain nombre d'éléments relie ces trois cas cliniques : tout d'abord l'extrême modestie qui doit nous conduire tout au long du soin aux exclus : même lorsqu'on croit tout mettre en place autour d'eux : notre supposé savoir et tous des moyens possibles sans lésiner. La mort rôde autour de l'exclu ; les dégâts occasionnés par la vie dans la rue peuvent perdurer bien longtemps lorsqu'on sait que la durée moyenne de vie dans cette population est de 47ans . Malgré l'ensemble de nos efforts Patrick est mort à 45ans, on doit bien entendu s'interroger. Quant à François, son histoire confirme bien qu'il ne saurait être question d'attendre un résultat proportionnel à nos efforts ; tous trois nous indiquent qu'il ne saurait être question pour eux de s'adapter à une organisation conçue pour d'autres, à savoir la file active classique d'un CMP avec son cortège de bipolaires et de schizophrènes, et ses consultations programmées. Au demeurant, il est évident que le lien entre état psychique et précarité n'a plus à être discuté, même s'il n'est pas établi que les difficultés sociales produisent systématiquement des troubles mentaux. En revanche, l'amélioration des ces troubles voire leur guérison demeure bien difficile même si la prise en charge médico-sociale s'avère adéquate (2). On a pu mettre en cause les évolutions de la psychiatrie qui ont entraîné une disparition considérable de lits qui meublaient les anciens asiles avec une confusion notable entre soins et hébergements. "Cette politique de déshospitalisation correspond à une moment logique et souhaitable quand l'évolution des traitements rend possible le développement du soin à domicile. Elle a été pensée en complémentarité avec le développement de la sectorisation qui visait précisément à adapter le dispositif médical afin d'assurer une prise en charge des malade dans la vie". (3). Mais à la sortie de l'hôpital, quelques uns refusent les solutions offertes et on se heurte à l'obstacle le plus difficile à franchir en psychiatrie : le déni de la maladie, que certains appellent aujourd'hui l'absence d'insight ; auquel s'ajoute la pathologie propre à la rue avec en particulier ce rapport spécial à l'espace, au corps, au temps qui est totalement déphasé par rapport au temps des autres. Cet aspect que donnent certains d'être adsorbés par le trottoir sans limite avec le bitume donne l'étrange impression que les affects ont disparu (angoisse, honte...) et se sont noyés dans l'alcool.

Que peut-on conclure de tout ça ? Le premier risque de la rue, risque majoré par la maladie mentale est un risque physique : ces corps vieillissent prématurément, sont fragilisés pendant des années et doivent être surveillés plus que d'autres, quel qu'en soit le coût. Comment maintenir des soins sans un hébergement ? Comment conserver un hébergement stable sans soins adaptés ? (1). Daniel avec ses 209 hospitalisations séquentielles (4) et les bilans qui les accompagnent, est peut être une des personnes les mieux

surveillée médicalement au monde. Donc la rue coûte cher. Elle impose une prise en charge extrêmement individualisée, certes en pointillés, mais soutenue. On doit donc faire appel à une médiation entre sanitaire et social où chaque intervenant trouve sa place pour maintenir une logique de proximité qui au début peut être celle du réverbère. Dans ces cas les structures d'interface d'aides permettraient dans quelques cas d'individualiser des projets.

En définitive, il n'y aura pas de continuité du soin sans continuité du lien.

1-MERCUEL A. Prise en charge des exclus, in Manuel de psychiatrie Jean-Daniel Guelfi et Frédéric Rouillon, MASSON édit, 606-610,2007,

2-PARQUET P. Rapport "souffrance psychique et exclusion sociale", Sept 2003

3- CLERY-MELIN P. KOVESS V., PASCAL, JC Rapport "Plan d'actions pour le développement de la Psychiatrie et de la santé mentale." Sept 2003

4-CAROLI F., GAUILLARD J., SMAGGHE P.O., l'hospitalisation séquentielle,Paris-psycom 75, N°8, Dec 1999.

Pr Guy Darcourt (Nice)

Avant-propos concernant le rapport : Précarité et Psychopathologie de J. Furtos

Les équipes psychiatriques sont de plus en plus sollicitées pour intervenir auprès de sujets en situation de précarité et pour créer des Equipes Mobiles Psychiatrie-Précarité (EMPP).

Jean Furtos et ses collaborateurs rapportent leurs expériences précieuses à connaître lorsqu'on aborde ce domaine et surtout proposent des grilles de lecture originales.

Leur analyse des situations de précarité les ont conduits à élaborer une théorie qui permet de comprendre la fréquence de ces situations et comment les aborder. Ils partent d'une des dimensions de la santé psychique, celle du sentiment de sécurité qui comprend la confiance en soi, la confiance dans les autres et la confiance dans l'avenir.

L'enfant n'acquiert ces confiances que progressivement et le sentiment de sécurité n'est pas aussi fort ni aussi solide chez tous. Normalement, il protège le sujet en cas de difficultés personnelles en lui permettant de réagir grâce à la conviction qu'il aura assez de ressources en lui et d'aide extérieure pour les résoudre.

En cas de fragilité, les choses se passeront bien tant que le cadre familial, professionnel, social assureront la sûreté mais si ce cadre devient défaillant le sujet sera démuni. C'est alors qu'intervient un autre facteur, peu familier aux psychiatres et que ce rapport a le grand mérite de leur faire connaître, c'est un facteur culturel : alors que dans les sociétés traditionnelles chaque individu a la certitude du soutien indéfectible de son milieu, dans notre société cette certitude n'existe plus. C'est paradoxal car il n'y a jamais

eu autant de systèmes sociaux de protection (sécurité sociale, allocation chômage, RMI etc) et pourtant jamais le sentiment d'insécurité n'a été aussi répandu.

La réflexion de J. Furtos se poursuit par la description des conséquences psychiques de ces situations de précarité associées à un sentiment d'insécurité et il apporte une contribution majeure à la clinique en décrivant un "syndrome d'auto-exclusion". Le sujet en situation d'exclusion, pour ne plus en souffrir, s'exclut de cette situation et ne la pense plus. L'entrée dans cet état se fait par l'enchaînement du découragement et du renoncement qui aboutit à un syndrome comportant : hypoesthésie corporelle, émoussement affectif (ou à l'inverse hypomanie), inhibition intellectuelle, et des signes paradoxaux : absence de demande, réactions thérapeutiques négatives, inversion des demandes (demande d'aide psychologique à des travailleurs sociaux et demande sociale à des équipes psychiatriques), rupture des liens encore présents.

De cela découlent des orientations thérapeutiques novatrices. S'il n'y a pas de demande, il convient de "naviguer" entre les deux extrêmes d'une ingérence de principe et de l'attente d'une demande en bonne et due forme. C'est souvent aux soignants et aux travailleurs sociaux d'être les demandeurs, ce qui nécessite tact et disponibilité. La réaction thérapeutique négative est source de déception pour les aidants, ils ont à apprendre la patience et la persévérance. Ils ont aussi à éviter de se précipiter pour apporter des solutions immédiates à ces sujets qui ont tendance à rompre les liens qu'on leur offre.

Cette navigation entre de multiples options contradictoires est d'autant plus subtile qu'elle doit s'adapter à la singularité des cas et des situations. Des exemples en sont donnés à propos de migrants, de demandeurs d'asile, d'adolescents en errance, de consultants de services d'accueil psychiatrique, de situations d'incurie.

Cet ouvrage arrive à point nommé, il intéressera ceux qui s'occupent, ou envisagent de s'occuper, de sujets en situation de précarité. Il leur apportera le fruit des premières expériences et surtout un cadre conceptuel adapté à cette problématique. Il intéressera aussi ceux qui s'interrogent sur l'évolution de la psychopathologie et sur les liens de cette évolution avec celle de la culture.

Dr Jean Furtos (Lyon)
Précarité et Psychopathologie
Premier rapport du CPNLF

Dr Charles Alezrah (Thuir) et collaborateurs
Précarité et troubles mentaux :
quelles réponses ? Dispositif spécialisé ou sectorisé ?

La France est un pays riche. Elle n'a même, objectivement, jamais été aussi riche. Mais le nombre de personnes en situation de précarité n'a cessé d'augmenter. Il existe une solidarité nationale, des revenus minimums, un accès théorique aux soins pour tous. Les associations caritatives

se sont multipliées, des abris de nuit se sont ouverts de même que des lieux de restauration. Il existe même un haut commissaire aux solidarités actives... Mais les faits sont têtus : la grande précarité fait désormais partie de notre quotidien dans les villes.

Le SDF, aujourd'hui, n'est pas plus un malade mental que le clochard, hier. Il est important de ne pas, de manière inconsidérée, médicaliser les réponses à des phénomènes relevant de dysfonctionnements sociaux dans un contexte où les processus d'exclusion croissent beaucoup plus vite que les facteurs d'intégration. Mais il y a d'authentiques malades mentaux dans la rue. De plus en plus d'équipes investissent ce champ d'intervention et se trouvent confrontées à des situations cliniques et à des partenaires nouveaux. Les "équipes mobiles" se sont multipliées ces dernières années.

Le "Module d'Accueil et d'orientation" a été créé à Perpignan en 1998 avec pour objectif d'accompagner vers des soins les personnes présentant des troubles mentaux et se trouvant en situation de grande précarité. A partir de notre expérience, nous livrons quelques réflexions sur certaines particularités de ces "prises en charge" qui nous semblent à bien des égards très différentes de nos interventions plus "classiques" inscrites dans les pratiques sectorielles. Dans ce domaine, comme dans d'autres, se pose la question de l'articulation entre les réponses à caractère "généraliste" habituellement apportées par les secteurs et celles plus spécialisées pouvant relever de dispositifs intersectoriels...

Dr Pierre-Olivier Mattei (Paris)
et Dr Georges Nauleau (Paris)
Rencontre et intrication entre une clinique
psychiatrique et une clinique sociale

Dr Frédéric Jover (Nice)
La création d'une EMPP en 2007 : un long parcours

Les différentes phases dont procède la création d'un EMPP en 2007 sont évoquées dans leur contexte. Après plusieurs aléas institutionnels il semble que la ville de Nice puisse bénéficier par l'intermédiaire de son Centre d'Accueil Psychiatrique intersectoriel, émanant du CHU, de la mise en place, dans les mois à venir, d'une équipe spécialisée dans la prise en charge des troubles psychiatriques des populations en situation de précarité.

Il s'agit d'une longue histoire ayant débuté dans les années 1980 avec le rapprochement des institutions sociales et médicales sur l'initiative de volontés individuelles parfois contrariées, parfois écoutées.

Ce long parcours semé d'encouragements et d'embûches reprend les principaux épisodes qui ont conduit à l'élaboration d'un projet commandité par les services de la DDASS des Alpes-Maritimes devant une situation peu évolutive en regard des exigences nouvelles du Plan Psychiatrie et Santé Mentale.

Il illustre aussi le changement des pratiques en regard des

contraintes actuelles et la place de plus en plus centrale des structures d'urgences dans le système de soins psychiatriques.

Dr Hamed Ould-Hamady (Nouakchott)

Dr Jean-Paul Chabannes (St Egrève)

Pr Adeline Raharivelo (Antananarivo)

Dr D Gérard (Paris),

Santé mentale et précarité dans les "pays du Sud".

Les troubles neuropsychiatriques sont aujourd'hui la première cause mondiale de morbidité et les données épidémiologiques disponibles indiquent une prévalence importante des troubles mentaux dans tous les pays du monde quel que soit leur niveau de revenu. Pourtant, la santé mentale demeure, dans les pays du Sud, un secteur négligé de la médecine. Cette situation est d'autant plus préoccupante que la précarité qui touche dans ces pays une proportion importante de la population est à la fois un facteur de risque et un facteur d'aggravation des pathologies mentales.

D'après les experts, la mise en place de mesures simples pourrait considérablement améliorer la situation des populations atteintes de pathologies psychiatriques sévères et diminuer la charge de morbidité de manière significative. Toutefois leur mise en pratique se heurte à des obstacles d'ordre politique, économique et sociétal :

- Les pathologies psychiatriques sont rarement prises en compte dans les politiques de santé publique.
- Les médecins généralistes ne sont habituellement pas formés au diagnostic et à la prise en charge des psychoses et les psychiatres sont en nombre insuffisant.
- Les troubles mentaux sont souvent associés à des croyances erronées qui participent à l'absence de recherche de soins, à la stigmatisation et à l'exclusion.
- Le coût d'un traitement médicamenteux au long cours est pour beaucoup inabordable.

Si le médicament n'est pas l'unique paramètre de la prise en charge des troubles mentaux, il n'en est pas moins un outil incontournable. Pour les troubles psychotiques, par exemple, les experts de la Banque Mondiale, dans une optique de "coût/efficacité", recommandent la généralisation d'une prise en charge associant antipsychotiques de première génération et soins psychosociaux dans un système de santé communautaire.

Bien que des progrès considérables en termes d'accès au médicament aient marqué les années 2000 dans des pathologies comme le HIV-SIDA, le paludisme ou la tuberculose, la santé mentale est restée à l'écart de ces avancées.

Cette situation a conduit sanofi-aventis, à travers son département Accès au Médicament, à s'engager en faveur de la santé mentale, où les partenariats public/privé sont quasiment inexistantes, via une politique de prix différenciés et des actions d'information des populations et de formation des professionnels de santé, en coopération avec les Autorités de Santé et les responsables psychiatriques

locaux. Dans plusieurs pays, dont la Mauritanie, des programmes pilote d'accès au médicament dans les psychoses chroniques sont en préparation.

A travers les exemples de Madagascar et de la Mauritanie, la situation et les perspectives d'avenir de la santé mentale dans les îles de l'Océan Indien et en Afrique Saharienne seront présentées.

La mise en place de "demonstration projects" et le partage des expériences conditionnent la mobilisation internationale et l'intervention de financeurs qui seront indispensables à une action globale ultérieure. Les enseignements acquis pourront également être mis à profit pour le développement de la prise en charge d'autres pathologies chroniques.

Prs Jean-François Allilaire (Paris) Franck Baylé (Paris)
Relation entre humeur dépressive et somatisation

Pr Charles-Siegfried Peretti (Paris)
Atteinte mnésique et troubles de l'humeur

Dr Michel Levy (Strasbourg)
La somatisation sous l'angle psychanalytique

En 1895, Freud tente une première élaboration de la question de la somatisation à travers une entité clinique qu'il laissera tomber ultérieurement: la névrose d'angoisse. Il s'agissait pour lui d'une utilisation anormale d'une excitation sexuelle restant inemployable, inutilisable, sans "orifices" de sortie. Cette excitation se traduirait alors par des manifestations corporelles et neuro-végétatives. La pulsion ne trouvant pas son but, tournerait dans le corps avec des manifestations physiques d'angoisse.

Ceci introduit tout de même une conception de la conversion hystérique: expression par le corps d'un conflit inconscient. Cependant le message dans ce mode d'expression reste inconnu autant à celui qui l'émet qu'à celui qui le reçoit. La conversion hystérique devient une formation de l'inconscient par la "symptomatisation" liée à des lignes de fragilisation somatiques repérables par la surdétermination familiale, culturelle et signifiante.

Cependant, le risque est ici de confondre – comme l'ont fait les premiers analystes – le discours sur le corps et l'atteinte du corps lui-même.

Bien différente est la somatisation proprement dite, irruption du lésionnel dans le réel du corps entraînant d'ailleurs toujours des effets langagiers. Toute la difficulté est de déterminer si la lésion est cause ou conséquence d'une désintronisation pulsionnelle avec autonomisation d'une pulsion partielle.

Cette somatisation peut être envisagée dans le mouvement de la cure analytique (accident, deuil, eczéma...) pour faire des liaisons entre le corps et les mots. Ainsi, à se reconnaître dans la lésion, le sujet peut soulager une part d'angoisse et de tristesse. Cette lésion est à comprendre comme un défaut de la capacité à créer du fantasme inconscient, représentant alors une chose pour une autre chose. Cette lecture de la somatisation n'est pas sans évoquer un équivalent de point

psychotique. L'hypocondrie quant à elle, se fonde sur un discours délirant en attente du déclenchement d'une maladie. L'humeur dépressive intéresse aussi le corps à travers un travail de séparation. Le deuil se sépare de ce qui a été, là où la mélancolie se fixe sur ce qui n'a pas eu lieu. L'extrême de l'acte suicidaire rend compte d'une retrouvaille.

Enfin, la douleur pourrait être pensée comme un intermédiaire entre psychique et somatique, entre le moi et le monde, entraînant une dépression motrice lorsque l'on y cède. Le symptôme somatique est un moment physique du processus inconscient avec un ratage symbolique mais le corps n'est pas une catégorie homogène pour la psychanalyse: l'énigme de la somatisation demeure...

Pr Pascal Cathébras (Saint-Etienne)

Pour un langage commun entre somaticiens et psychistes dans le cadre de la douleur chronique : l'exemple de la fibromyalgie

Les somaticiens comme les psychistes sont convaincus de l'importance des troubles psychiatriques (dépression en tête) et plus largement des facteurs psychologiques, dans les situations de douleur chronique. Cependant, hors des centres d'évaluation et de traitement de la douleur, et de la psychiatrie de liaison (où les échanges directs permettent, au moins en théorie sinon toujours en pratique) d'élaborer des concepts partagés, l'absence de langage commun gêne souvent l'implication coordonnée de ces deux types de professionnels dans la prise en charge des douloureux chroniques. Ainsi les ambiguïtés des termes de "trouble fonctionnel" ou de "somatisation", et des catégories discutables de "syndromes somatiques fonctionnels" (fibromyalgie, syndrome de fatigue chronique, etc.) utilisés (non sans hésitation) par les somaticiens, ou de "troubles somatoformes utilisés (avec une réticence compréhensible) par les psychistes, font souvent obstacle à l'indispensable coopération des soignants autour de ces patients problématiques.

Nous nous proposons ici de mettre en perspective les concepts énumérés plus haut, et de définir un cadre théorique susceptible de rendre compte de la complexité des situations cliniques (facteurs prédisposants, précipitants et d'entretien ; causalités circulaires ; etc.) en dépassant les clivages improductifs (somatique/psychogène) et les simplifications abusives ou stigmatisantes (dépression "masquée", hystérie).

Le fil choisi pour cette mise en perspective est le syndrome fibromyalgique, incontestable réalité clinique, mais aussi catégorie socialement construite, et objet d'enjeux idéologiques.

Pr Gwenolé Loas (Amiens)

Asthénie et fatigabilité : de la plainte du patient à la décision thérapeutique

Dr Olivier Dubois (Saujon)

Intérêt de la crénothérapie dans les troubles de l'humeur et de l'anxiété

La crénothérapie est une thérapeutique reconnue depuis l'antiquité. Il s'agit d'une thérapeutique utilisée principalement en station thermale sous la forme de cure. Il existe des cures thermales psychiatriques. La cure est indiquée en psychiatrie principalement dans les troubles anxieux, certains troubles dépressifs réactionnels (à l'exclusion des dépressions endogènes), les somatisations, voire le sevrage thérapeutique en psychotrope. A partir d'études préliminaires réalisées en France, il est apparu que cette thérapeutique pouvait constituer une alternative aux traitements psychotropes et aux thérapies comportementales et cognitives. Cette hypothèse était renforcée par le peu d'effets indésirables rencontrés dans l'application de ces traitements.

A partir de ces constats l'étude nommée STOP-TAG, validée au plan méthodologique par la HAS et encadrée par une Unité Inserm de méthodologie médicale a permis de comparer sur 237 patients randomisés le traitement par crénothérapie versus le traitement par Paroxétine. Il s'agit d'une étude prospective, comparative avec randomisation. L'évaluation a été réalisée par un médecin évaluateur spécialisé, formé et indépendant. L'échelle principale retenue a été comme dans toute étude sur le TAG l'HAM-A. Le critère principal a été le score total de l'HAM-A à S8. Résultats

237 patients ont été inclus dans les 4 centres français qui ont participé au protocole. Les répartitions ont été homogènes dans les deux groupes. Les scores HAM-A à S8 ont montré une amélioration significative pour le groupe cure thermale comparativement au groupe Paroxétine ($t = 3,04$; $P < 0,0001$). La rémission et le taux d'amélioration ($\leq 50\%$) ont été également significativement plus élevés dans le groupe cure.

Par ailleurs, les résultats ont montré une amélioration significative des symptômes dépressifs comorbides du TAG dans le groupe cure thermale.

Cette étude pose la question de l'intérêt de la crénothérapie comme traitement spécifique de l'anxiété généralisée et des symptômes dépressifs comorbides de cette anxiété pathologique, à côté des thérapeutiques traditionnelles ou comme alternatives thérapeutiques en cas d'échec de celles-ci. Son profil de bonne tolérance et de bonne acceptabilité par les patients pourrait compenser les difficultés pratiques liées à son utilisation.

Pr Georges Leonetti (Marseille)

Dr Patrice Schoendorff (Lyon)

Les effets des neuroleptiques sur le système cardiovasculaire : implications médico-légales

Pr Patrick Martin (Paris)

Iatrogénie médicamenteuse des neuroleptiques et système cardiovasculaire

Toute prescription médicamenteuse est susceptible de provoquer des effets iatrogènes plus ou moins graves. Schématiquement deux types d'effets indésirables sont

décrits : ceux qui sont totalement imprévisibles et inévitables ; ils sont à l'origine de l'aléa thérapeutique (risque non quantifiable); ceux qui sont prévisibles et généralement liés aux propriétés secondaires de la molécule ; ils sont bien connus et répertoriés ; le médecin doit dans ce cas estimer le risque lié à la prescription du médicament par rapport au bénéfice escompté de cette thérapeutique.

La iatrogénie médicamenteuse est encore aujourd'hui en France une question d'importance pour le système de santé au regard des dimensions sanitaires, économiques, juridiques et médiatiques.

Un certain nombre de médicaments psychotropes présente un risque de toxicité cardiovasculaire bien démontré qu'il soit direct (Trouble du rythme), ou "indirect" (Syndrome métabolique) : c'est le cas notamment des neuroleptiques

Par ailleurs, l'association de différentes classes de psychotropes, lorsqu'il existe une pathologie cardiaque préexistante, même mineure, est source de risque augmenté.

Autre problème, les personnes de 65 ans et plus représentent 16% de la population et 39% de la consommation médicamenteuse. Elles constituent une population particulièrement exposée à la iatrogénèse médicamenteuse en raison des nombreux facteurs de risque, inhérents notamment à l'âge, aux pathologies chroniques et aiguës imbriquées, aux médicaments associés, etc : après 65 ans, 10% des motifs d'hospitalisation sont liés à une pathologie médicamenteuse, plus de 20% après 80 ans. La population de patient souffrant de schizophrénie devenant de plus en plus importante, se pose alors les problèmes de sa prise en charge.

Devant l'ampleur du phénomène, la prévention de la iatrogénèse médicamenteuse est devenue une des priorités de Santé Publique.

Dr Jean-Paul Chabannes (St Egrève)

Utilisation des neuroleptiques dans la pratique courante aujourd'hui

Dr Patrice Schoendorff (Lyon)

La notion de rapport bénéfice / risque dans la gestion de la prise en charge du patient psychotique

Dr Alain Tabib (Lyon)

Données anatomopathologiques post-mortem : quelle imputabilité des neuroleptiques ?

Dr Bernard Lachaux (Villejuif)

Prescription des neuroleptiques : des aspects cliniques aux aspects juridiques

Pr Marie-Christine Hardy-Baylé (Versailles)
Deuxième rapport du CPNLF
Évaluation des pratiques professionnelles (EPP)

Pr Jean-Michel Chabot (Paris, HAS)
Les Psychiatres et l'EPP/FMC

Comme n'importe quel médecin exerçant en France, les psychiatres sont invités à s'impliquer dans les nouvelles politiques qui se traduisent notamment par des obligations de formation continue et d'évaluation des pratiques.

Ces obligations sont souvent considérées comme un désagrément supplémentaire dans un contexte professionnel dont il est banal de dire qu'il se complique inexorablement depuis plusieurs années.

D'autant que rien dans notre formation initiale, à la faculté et à l'hôpital, ne laissait présager d'une telle évolution !

On peut cependant entendre que les patients, de mieux en mieux informés et attentifs aux soins qui leurs sont proposés, demandent des "garanties" aux médecins. On peut également entendre que les gestionnaires/financeurs, publics ou privés, ont à se préoccuper de l'utilisation des ressources que le pays consacre à son système de santé. On doit surtout convenir que les médecins eux-mêmes sont évidemment les premiers intéressés à améliorer constamment leurs possibilités de prendre en charge les malades. Dans cette (triple) mesure, les politiques qui se traduisaient par l'importance croissante accordée à la formation continue et surtout à l'évaluation des pratiques peuvent être vues positivement.

Cette dernière option – dont on peut observer qu'elle est de mieux en mieux partagée, en particulier par les plus jeunes générations – nécessite cependant un fort engagement professionnel, notamment pour déterminer les programmes à mettre en œuvre afin de donner une réalité utile et attractive à la formation permanente et à l'amélioration des pratiques.

Ce fort engagement professionnel doit se traduire par des programmes de formation/évaluation allant de pair avec l'activité clinique quotidienne, s'inscrivant dans la durée et visant à suivre/analyser des données dont chacun s'accorde à reconnaître le grand intérêt clinique.

Dans ce cadre, de nouvelles modalités diagnostiques ou thérapeutiques ou préventives ou de suivi au long cours, dont l'utilité a été établie par la recherche et l'expérience clinique, peuvent être mises en œuvre à une plus large échelle par un nombre conséquent de psychiatres entourés d'équipes soignantes médico-sociales. Les données d'activité ainsi recueillies et analysées sont de nature à être discutées par la communauté, de manière à continuellement améliorer les stratégies de prise en charge des malades. C'est cela la politique d'une formation/évaluation proposée par la HAS en partenariat étroit avec les instances professionnelles de la Psychiatrie.

Il s'agit donc de tout autre chose que de satisfaire à une procédure ponctuelle, principalement motivée par la mise en œuvre d'une méthode d'évaluation et permettant d'obtenir une validation valable 5 ans.

Une telle politique suppose évidemment la disponibilité et la (bonne) fonctionnalité d'un système d'information (dossier du patient) contribuant à garantir l'indépendance professionnelle.

Ce n'est pas encore - toujours et partout - le cas. Mais les psychiatres sont assez astucieux pour faire comme si...

FMC 1 - Pr Dominique Pringuey (Nice)
Approche existentielle de l'angoisse
selon Jean-Paul Sartre.
Implications psychothérapeutiques

Objectifs pédagogiques

1 - Reprendre la psychopathologie de l'angoisse depuis sa clinique - avoir une peur sans objet - pour revenir à son origine conjuguée au verbe être et signifiant l'expérience de la liberté

2 – Se familiariser avec les fondamentaux de la psychanalyse existentielle de JP Sartre notamment sous l'aspect de la transcendance, comme détermination externe, et de la néantisation, condition de la liberté, du désir d'être, du choix originel, de la production de Soi

3 – Reconnaître dans l'expérience de l'angoisse qui fonde chaque trouble de la série anxieuse, l'angoisse de la liberté, la fuite du Soi, de l'autre, des choses et du monde

4 – Lire dans la crise aiguë d'angoisse l'émergence du corps et de ses fonctions, dans la phobie l'immobilisation du projet de vie, dans l'obsession la réification par le visqueux, dans la phobie sociale l'objectivation du moi et des choses

5 – Relier l'expérience de l'angoisse, à partir de sa signification négative au sens de l'expérience du néant, à une signification positive qui est conscience de liberté et appel à l'authenticité.

6 – Comprendre en quoi la thérapie de l'angoisse gagne à viser à libérer le patient de la servitude de son état d'objet, de l'emprise de son corps, de l'autre et des choses.

La psychanalyse existentielle de J.P. Sartre a suggéré à Alfred Kraus¹ une lecture permettant la compréhension des phénomènes de l'angoisse et d'en déduire des recommandations pour la thérapie. Sous l'aspect de la conscience², l'être humain est "un être qui renvoie toujours *au-delà de soi* et qui de plus *se comporte envers soi-même*" ce qui n'est possible que sur la base d'un *non-être*, d'un néant, que l'homme produit lui-même : "*Je suis ce que je ne suis pas et je ne suis pas ce que je suis*". Cette *néantisation* est la condition même de la *liberté*³. L'être humain est *désir d'être*, qui est satisfait dans un *choix originel*, choix d'être qui se manifeste par un *sentiment d'angoisse et de responsabilité* toujours donné avec notre conscience de la *liberté* : "*L'être humain réussit à faire quelque chose de ce que l'on a fait de lui*".

La pathologie tient moins à l'expérience de l'angoisse elle-même qu'à ses conditions de survenue, ce sur quoi doit porter la thérapie. Dans la crise d'angoisse : "*mon être à venir... constamment hors de ma portée m'apparaît désormais inaccessible. Ma fin est inéluctable. Je constate*

la totale inefficience de la résolution passée. Je déplore de ne plus pouvoir compter sur moi. L'angoisse me contraint à me fuir.... ...dans le corps perçu et ses alertes végétatives car *“le corps sain est passé sous silence”*, dans un *“état de conscience qui abolit le néant de mon être, ma personne, ma réalité... Dans l'angoisse, la liberté s'angoisse devant elle-même”*. La thérapie de l'angoisse, désespoir de ne pouvoir avancer, vertige de la liberté, ivresse de la situation, doit privilégier toute conduite servant à se dégager de la situation et du vertige, et à regagner la liberté

Les phobies de l'espace expriment la perte des possibilités d'être et de choix. Si nous pouvons fuir l'angoisse, c'est que nous voyons constamment son “devant”, qui pose l'espace comme une production temporelle. La largeur insuffisante est moins une oppression de l'étroit, une immobilisation, que le désespoir de ne pouvoir avancer dans la vie. La largeur excessive, moins l'absence de lien, l'infinité existentielle que le risque de se perdre dans la multitude des choix. La hauteur moins la menace de la chute (de la faute) que le vertige de la liberté. La thérapie passe par la remobilisation du projet. Dans l'obsession, la réification de la conscience marque l'incapacité du Soi de se réaliser dans chaque action comme un personne totale, dans la répétition et par absence “d'action de terminaison”. Elle caractérise l'expérience du visqueux, qui, en suggérant une signification psychique originelle aux choses, pose un piège à la liberté de l'action. Le problème existentiel — être libre — devient un problème matériel — celui de la souillure adhérente. Dans la phobie sociale, la crainte du regard de l'autre qui m'objective, fait fuir mon moi qui m'échappe, soumet mon corps vécu à mon corps perçu, entraîne une fuite des choses vers les autres et la dissolution de mon monde, la perte de la disponibilité des choses.

La thérapie de l'angoisse vise à libérer le patient de la servitude de son état d'objet. Si l'angoisse existentielle, qui fonde chaque trouble, revêt une signification négative au sens de l'expérience du néant, elle détient aussi une signification positive qui est conscience de liberté et appel à l'authenticité. *“L'homme n'est pas libre de n'être pas libre”*.

1 Kraus A. La psychanalyse existentielle de Jean-Paul Sartre et son application clinique. Le cercle herméneutique 2003, 1, 152-165

2 Cabestan Ph & Tomes A. Sartre Coll. Philo-philosophes Ellipses Paris 2002

3 Sartre Jean-Paul. La psychanalyse existentielle in : L'être et le néant. Ed Gallimard Paris 1943, 616-635.

Pr Pierre Thomas (Lille)

Evaluation des Pratiques Professionnelles : La voie de la recherche clinique

Le processus d'évaluation des pratiques en psychiatrie s'est progressivement mis en marche ces 10 dernières années. Les versions successives d'accréditation ont suscité des démarches collectives et innovantes. La mise en place de référentiels portant sur le dossier de soins, la surveillance

d'indicateurs de santé physique, l'application de bonnes pratiques dans des domaines spécifiques tels que l'ECT, le recours à la contention ou à la chambre d'isolement est bien accueillie par les équipes et les patients. Ce travail collaborative permet désormais une concertation et un décloisonnement entre les différents intervenants et les usagers

Plusieurs questions se posent encore quant à la proposition de référentiels portant sur les aspects plus complexes des soins notamment les décisions inhérent aux projets de soins, aux thérapeutiques, aux psychothérapies et aux engagements institutionnels.

En effet, les bases des référentiels ne font pas l'unanimité. D'une part, les informations issues des publications reflètent pour la plupart des conditions protocolisées, focalisée sur un aspect précis de la prise en charge, ne prenant pas en considération la globalité des interactions et la singularité des situations.

Ces travaux sont surtout réalisés dans des pays où les systèmes de soins diffèrent considérablement de celui organisé en France, par conséquent difficilement applicable aux pratiques quotidiennes.

D'autre part, la proposition des sociétés savantes d'élaborer des référentiels basés sur l'expérience est une initiative complémentaire certes nécessaire et intéressante. Mais, il est important de veiller à ce que, ce qui devait être le fruit d'une large concertation ne se réduise pas à une expertocratie ratifiant la protocolisation des prises en charges sans tenir compte de la variabilité de l'adéquation entre les besoins et l'offre de soin sur l'ensemble du territoire français.

En effet, les enjeux sont considérables puisque c'est le financement des soins et des établissements qui sera examiné par les tutelles. Depuis la réforme hospitalière de 1991, de plus en plus de psychiatres, de soignants, de personnels de direction des établissements, se sentent concernés par la mise en place de l'évaluation des pratiques. Cependant, le manque de disponibilité, de formation méthodologique et parfois l'isolement professionnel découragent tout engagement dans l'élaboration des référentiels et laisse la sensation de contrainte gagner les esprits.

Dans cette perspective, une démarche originale a été engagée depuis 1 an dans le Nord-Pas de Calais. Grâce au soutien de l'ARH, au concours des associations d'usagers et des familles d'usagers, la Fédération Régionale de Recherche en Santé Mentale a été créée sous le statut d'un GIP impliquant la participation en personnels et en moyens financiers de la totalité des établissements publics et privés de la région. L'objectif de cette Fédération est de promouvoir la recherche clinique, ceci dans une perspective d'évaluation des besoins et de l'adéquation de l'offre et des pratiques de soins dans la région. Ce dispositif présente l'intérêt de mobiliser simultanément les personnels de santé, de direction et les tutelles autour d'un travail collaboratif qui devrait permettre à terme d'élaborer des référentiels pertinents.

L'hypothèse consensuelle qui préside à cet engagement régional est que l'investissement collectif dans la recherche clinique, est une source d'innovations et d'amélioration des pratiques.

Pr Patrick Martin (Paris)

Evaluation des Pratiques professionnelles (EPP)

La Haute Autorité de santé a organisé un important programme de sensibilisation et d'information des professionnels de santé hospitaliers à l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) depuis 2004.

Le programme de la Haute Autorité de santé a pris la forme d'une série de réunions régionales au cours desquelles, plus 145 démarches d'évaluation des pratiques professionnelles ont fait l'objet d'une communication par des équipes hospitalières.

Environ 60% des démarches d'EPP, réussies, ont été publiées dès le mois de septembre 2006 sur le site Internet de la Haute Autorité de santé.

La Haute Autorité de santé a l'objectif de mutualiser les expériences et de porter à la connaissance du plus grand nombre des informations sur les thématiques choisies par les équipes, les méthodes utilisées, les améliorations obtenues et sur la conduite des projets.

Il est donc normal que dans le contexte de ce congrès et dans cette thématique à notre tour nous donnions la parole et remercions les équipes qui ont accepté de communiquer sur leur propre expérience.

Pr Jean-Michel Chabot (HAS, Paris)

Évaluation des pratiques professionnelles (EPP) en établissement de santé

Dr Bernard Lachaux (Paris)

Évaluation des pratiques professionnelles : entre réappropriation clinique et contraintes médico-légale

Pr Philippe Courtet (Montpellier)

Expérience EPP : Prévention du suicide

Les conduites suicidaires représentent en France un problème de santé publique avec près de 11 000 suicides aboutis et probablement plus de 200 000 tentatives de suicide chaque année. Il est justifié de prendre en charge les suicidants du fait du risque élevé de récurrence (près de 50%) et de mortalité par suicide (15%) sur la vie. Les autres facteurs de risque majeurs de conduites suicidaires sont les troubles psychiatriques. Ainsi, les enjeux liés à la prise en charge sont majeurs pour ce qui est de l'identification des patients psychiatriques à risque, mais aussi de l'organisation des soins chez les suicidants à partir des services d'urgences.

Les cliniciens disposent désormais en France, de recommandations issues tant de la conférence consensus sur la crise suicidaire (Fédération Française de Psychiatrie, ANAES, 2000), que du Référentiel d'autoévaluation des

pratiques en psychiatrie (prise en charge par le psychiatre d'un épisode dépressif isolé de l'adulte en ambulatoire, HAS).

Plusieurs équipes développent des processus d'EPP visant à améliorer l'accueil et la prise en charge des suicidants dans les services d'urgences, la liaison avec les Centres Médico-Psychologiques, ainsi que l'évaluation du risque suicidaire chez des patients ambulatoires consultant pour plainte dépressive.

Nous présenterons les expériences en cours, les modalités d'évaluation utilisées et leurs résultats. L'objectif de ces audits cliniques est d'évaluer le respect des recommandations disponibles et les points qui nécessitent une amélioration. La phase ultérieure nécessite l'élaboration d'indicateurs permettant le suivi des actions d'amélioration. Enfin, la généralisation des actions d'EPP par différentes équipes devra permettre d'élaborer des comparaisons entre les différents établissements.

L'EPP doit apporter aux praticiens, les enseignements nécessaires à l'amélioration et à l'homogénéisation des pratiques, qui s'imposent pour endiguer le fléau du suicide.

Pr Isabelle Jalenques (Clermont-Ferrand) et coll.

EPP et prescription d'antidépresseurs chez le sujet âgé souffrant de dépression : retour d'expérience

La réalisation d'une revue orientée de la littérature est une étape clé dans une démarche d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP), particulièrement en l'absence de recommandations ou d'un référentiel. Les auteurs abordent et discutent ici, à partir de la démarche d'EPP médicale réalisée par 2 groupes pluridisciplinaires, sur le thème "Comment améliorer la prescription d'antidépresseurs chez le sujet âgé ?", l'articulation entre revue orientée de la littérature, EPP médicale et critères de qualité.

Pr Nicolas Moore (Bordeaux)

Le vin et ses dérivés : entre culture et clinique

M. Thierry Francioni (Bastia)

A la découverte du vin corse et de ses vertus

Pr Manuel Bouvard (Bordeaux)

et Pr Daniel Bailly (Marseille)

De l'enfant à l'adulte, l'hyperactivité a-t-elle un sens ?

L'hyperactivité serait-elle un nouveau syndrome à la mode ? On pourrait le croire si l'on en juge les publications grand public et les émissions de télévision de plus en plus nombreuses qui lui sont consacrées. Pourtant, il y a toujours eu "des enfants agités" et les comportements hyperactifs sont connus et traités depuis longtemps. Mais si l'hyperactivité reste un objet médiatique porteur, c'est peut-être, sans doute, parce que l'hyperactivité reste aussi, dans notre pays, un objet de polémique. Force est de constater que, dans notre pays, les "pour" et les "contre" n'arrêtent pas de s'affronter dans un débat où l'idéologie tient lieu le

plus souvent de connaissance. Les informations diffusées se nourrissent ainsi d'idées généralement plus " sociales " que véritablement médicales, relevant plus de croyances que de véritables connaissances scientifiques. Comme si, pour intéresser le grand public et être accessible au plus grand nombre, l'information devait être obligatoirement simplifiée, voire caricaturée. Et voilà, en plus, que l'on parle maintenant d'hyperactivité chez l'adulte !

Certes de nombreuses questions persistent. Mais parmi les troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent, l'hyperactivité représente certainement l'une des pathologies les plus étudiées. Depuis plus de 20 ans, les observations se sont accumulées sur le devenir à l'adolescence et à l'âge adulte des enfants hyperactifs. Peut-être y a-t-il place, aujourd'hui, pour une réflexion nuancée s'appuyant sur l'ensemble de ces données. Il n'est plus acceptable, comme cela se voit encore dans notre pays, que les conditions de dépistage, de diagnostic et de traitement de ce trouble dépendent essentiellement du lieu où s'adressent les patients, qu'ils soient enfants, adolescents ou adultes.

"Être partisan" ou non de telle ou telle stratégie face aux comportements hyperactifs ne peut reposer sur une simple idéologie, mais doit impliquer des données objectives et vérifiées. Puisse cette "Conférence Warot" que nous offre le CPNLF aider les professionnels de la santé à être...un peu plus professionnels !

Dr Jacques Bouchez (Paris)

Approches diagnostiques et évaluation chez l'adulte

Dr Hervé Caci (Nice)

Démarches diagnostiques et évaluation chez l'enfant

Le Trouble : Déficit attentionnel avec/sans Hyperactivité-Impulsivité (TDAH) est le diagnostic le plus fréquemment porté en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Pourtant, en Europe, il reste méconnu et sous-évalué alors qu'il est l'objet chaque année d'un nombre impressionnant de publications scientifiques internationales.

Le TDAH chez l'enfant constitue un tableau clinique moins dégradé que celui que l'on peut voir chez l'adulte. L'association à un trouble des apprentissages, notamment de la lecture, et à des parasomnies est fréquente. Dans l'anamnèse, les antécédents familiaux (fratrie ou ascendants) méritent d'être pris en compte.

Les critères du DSM-IV et de la ICD-10 permettent un diagnostic qui doit être étayé par une évaluation des fonctions exécutives et du retentissement sur la vie quotidienne du jeune patient mais aussi de sa famille. Un bilan neuropsychologique peut être demandé : il ne devra pas se limiter à une évaluation du QI. Parfois, ce bilan peut être paradoxalement normal lorsque l'enfant ou l'adolescent mobilise toutes ses ressources attentionnelles pendant le temps de l'évaluation. Dans ce cas, une baisse de la performance au fur et à mesure du bilan peut donner de précieuses indications.

Les outils cliniques disponibles en langue française et validés sont encore rares. Dans notre pratique quotidienne, nous utilisons les critères du DSM-IV, la SWAN, les échelles de Brown et les échelles de Conners. Selon l'âge, nous interrogeons séparément le patient et/ou ses parents. Quelques tests neuropsychologiques simples sur papier peuvent être réalisés en fin de consultation : par exemple, Trail Making Test A et B, les sous-tests Séquence et Mémoire des Chiffres de la Children Memory Scale. Malheureusement, il nous paraît trop souvent difficile d'obtenir une évaluation par les enseignants comme cela se pratique couramment dans d'autres pays européens.

La démarche diagnostique et l'évaluation d'un TDAH chez l'enfant nécessite une bonne connaissance du tableau clinique et surtout du temps, comme souvent en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Les options thérapeutiques dépendent directement de cette évaluation. Moyennant cela, les bénéfices pour le jeune patient et sa famille peuvent être très importants.

Dr Samuele Cortese (Paris)

Prise(s) en charge thérapeutique(s) de l'enfant

Le Trouble Déficitaire de l'Attention/Hyperactivité (TDAH) compte parmi les conditions les plus fréquentes en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Sa prévalence est estimée entre 5% et 10% chez l'enfant et environ 4% chez l'adulte. Il est caractérisé par l'association de symptômes gênants d'inattention et/ou hyperactivité/impulsivité inadaptés à l'âge de l'enfant. Le TDAH est souvent associé à d'autres troubles psychiatriques (ex. : trouble des apprentissages, trouble oppositionnel avec provocation, trouble des conduites, troubles anxieux, troubles de l'humeur).

Les bases neurobiologiques du TDAH, la fréquente comorbidité psychiatrique et le retentissement social associé au trouble justifient une prise en charge multimodale (médicamenteuse et non médicamenteuse). Cet article sera consacré aux propriétés pharmacocinétiques, à la posologie et au mode d'administration des médicaments disponibles pour le traitement du TDAH (en particulier le méthylphénidate, dans ses formes à libération immédiate et prolongée, et l'atomoxetine) ainsi qu'aux principaux types d'interventions psychosociales disponibles (thérapie comportementale, thérapie cognitivo-comportementale, développement des habilités sociales, rééducation orthophonique et psychomotrice, thérapie familiale et psychothérapies individuelles).

Nous discutons aussi les algorithmes internationaux pour l'association des thérapies médicamenteuses et non médicamenteuses dans le cadre du TDAH sans comorbidité psychiatrique et dans le TDAH associé au trouble oppositionnel avec provocation, trouble des conduites, trouble de l'humeur ou trouble des tics.

Dr Jean-Philippe Rénéric (Bordeaux)

Prise(s) en charge thérapeutique(s) de l'adulte

Pr Daniel Bailly (Marseille)

L'émergence des troubles psychotiques à l'adolescence : une prévention est-elle possible ?

En 1992, Falloon publiait les résultats d'un programme d'intervention précoce qui, selon ses estimations, aurait fait diminuer de façon significative l'incidence annuelle de la schizophrénie. Depuis, les arguments pour et contre ces interventions précoces sont régulièrement discutés. Outre les problèmes liés au dépistage et à la reconnaissance des facteurs de risque, de nombreux auteurs soulignent les problèmes éthiques posés par ces interventions précoces. Les risques de stigmatisation sociale et d'effets iatrogènes sont notamment souvent mis en avant, et ce d'autant plus que l'efficacité de ces interventions reste discutée. Par ailleurs, les aspects économiques, en termes de coûts / bénéfices, sont également à considérer, dans la mesure où le dépistage et les interventions précoces sont des démarches qui nécessitent des moyens considérables.

Quinze ans après les premières publications, cette session de FMC, organisée en partenariat avec l'Université de Corse, se propose de faire le point sur la question de la prévention des troubles psychotiques à l'adolescence. Après une analyse critique des données de la littérature internationale actuellement disponibles, une expérience originale conduite en France sera présentée et discutée.

Pr Daniel Bailly (Marseille)

Un repérage des signes prémorbides et prodromiques des troubles psychotiques durant l'enfance et l'adolescence est-il possible ?

De nombreuses études rétrospectives ont tenté de retracer l'histoire prémorbide des sujets ayant développé une schizophrénie ou un trouble bipolaire. Leurs résultats apparaissent extrêmement disparates, en raison notamment de l'hétérogénéité des moyens d'investigation utilisés. Plus intéressantes sont les études de cohortes et celles portant sur l'évolution des enfants à haut risque de troubles psychotiques. Si ces études ont permis de dégager un certain nombre de signes pouvant être considérés comme prédictifs d'une schizophrénie ou d'un trouble bipolaire, leur spécificité reste néanmoins discutée.

Plus récemment, de nombreuses études se sont intéressées aux symptômes prodromiques survenant au cours de l'année précédant le premier épisode psychotique à l'adolescence. L'intérêt pour cette phase prodromique résulte de la constatation de l'influence négative de la "durée de la maladie avant traitement" sur le pronostic et le taux de rechutes des schizophrénies. La diversité et le manque de spécificité des symptômes observés au cours de la phase prodromique ne sont cependant pas sans poser de difficiles problèmes diagnostiques. D'autres stratégies, visant à prendre en compte, en plus des symptômes prodromiques, la présence éventuelle de facteurs de risque (antécédents familiaux, signes prémorbides) ont été proposées pour réduire le risque d'erreurs diagnostiques.

Quoi qu'il en soit, il convient aussi de considérer dans cette démarche la diversité du devenir des épisodes psychotiques aigus à l'adolescence.

Dr Jean-Martin Bonetti (Ajaccio)

Usage de cannabis et troubles psychotiques à l'adolescence

Dr Thierry Bottai (Martignes)

Données actuelles sur les programmes de prévention de la schizophrénie chez les adolescents

La prévention des troubles schizophréniques se pose avec acuité chez les adolescents. Initialement l'accent a été mis sur le diagnostic précoce et l'instauration la plus précoce possible du traitement afin que la durée de psychose non traitée soit raccourcie et permette ainsi un meilleur pronostic. Puis les équipes de recherche ont articulé leurs travaux sur les interventions durant la phase prodromique, soit la période comprise entre l'apparition du premier changement comportemental ou psychologique et l'apparition des premiers symptômes psychotiques permettant d'affirmer le diagnostic. Cette phase initiale était déjà connue puisque les auteurs classiques, Kraepelin et Bleuler notamment, avait déjà décrit les débuts insidieux à l'adolescence avec des symptômes thymiques, psychosensoriels, de repli, névrotiques aspécifiques.

Le premier écueil méthodologique consiste dans la définition catégorielle des différentes phases : de vulnérabilité, prodromique et psychotique. En effet, si les concepts sont relativement clairs, les définitions opérationnelles sont plus complexes et arbitraires. Le deuxième écueil relève de la pertinence et de l'efficacité des interventions thérapeutiques en tenant compte du rapport bénéfice-risque tant à l'égard des sujets qui évolueront vers une psychose schizophrénique ou vers une autre forme de trouble qu'à l'égard des faux positifs qui n'évolueront pas vers une schizophrénie.

Nous examinerons donc les travaux principaux menés par les différentes équipes : McGorry en Australie, Häfner en Allemagne, McGlashan, McFarlane, Perkins et Cornblatt aux USA, mais aussi canadiens, anglais et français dans les états mentaux à risque (ARMS) ou les ultra haut risque de psychose (UHR). Globalement ces travaux ont permis de définir des critères cliniques de risques ou prodromiques qui présentent une bonne sensibilité mais une moindre spécificité. Une échelle validée en français a été développée : la comprehensive assessment of at risk mental state (CAARMS). Elle comporte différents domaines (symptômes productifs, négatifs, perturbations émotionnelles, changements cognitifs, comportementaux, et symptômes psychopathologiques généraux) et permet de classer les patients selon différents seuils de risque. La notion de prise en charge des états mentaux à risque comporte à la fois un sens négatif de risque de stigmatisation et à la fois un sens positif d'attention soutenue et d'inversion éventuelle d'un cours évolutif

défavorable. Ces travaux ont aussi permis de développer des stratégies de prévention qui seront discutées : intervention de soutien simple, intervention cognitivo-comportementale avec éventuellement prescription médicamenteuse dominée par de faibles doses d'antipsychotique atypique (rispéridone, olanzapine, aripiprazole) mais incluant aussi des antidépresseurs (sérotoninergiques) et encore plus récemment des thymorégulateurs. Certaines ont prouvé leur efficacité en diminuant nettement les taux de transition ou de conversion vers la psychose. Le débat n'est cependant toujours pas tranché sur le type d'intervention pharmacologique durant la phase prodromique par rapport au traitement des phases constituées du trouble schizophrénique.

Enfin, il faut bien être conscient que ces travaux relèvent encore d'équipes de recherche mais qu'ils posent le problème de l'organisation et de l'accès aux soins chez les adolescents et jeunes adultes tant sur le plan pratique et clinique que sur le plan économique.

Dr Guy Gozlan (Paris)

Les Réseaux de Santé : de l'offre de soins à l'offre de services

Selon la loi du 4 mars 2002, "Les RDS ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins. Ils peuvent participer à des actions de santé publique. Ils procèdent à des actions d'évaluation afin de garantir la qualité de leurs services et prestations". La valeur ajoutée des réseaux s'apprécie quand ils sont en mesure d'appréhender la complexité de l'environnement du patient et de sa famille au delà des sentinelles institutionnelles. Leur potentiel de mobilisation des acteurs et des professionnels autour de l'analyse d'une situation contribue au passage d'une offre de soins vers offre de services. L'enjeu des RSM, repose sur la mise en œuvre d'un parcours de soins coordonné. Fédérer des acteurs des différents champs, social sanitaire et médico-social, n'est jamais acquis compte tenu des divergences de point de vue et de culture professionnelle. Cependant en plaçant dans la réflexion l'utilisateur au cœur du dispositif, le rôle de chacun devient une évidence. Les RDS facilitent ces rencontres par la mise en place des réunions de concertation pluriprofessionnelles (RCP). Pour faciliter la qualité de l'accompagnement et garantir la continuité des parcours de soins les RDS se sont dotés de systèmes d'information spécifiques à la coordination n'ayant pas vocation à se substituer au dossier médical mais permettant de rassembler tous les éléments nécessaires au suivi. Les RDS réunissent la communauté d'acteurs, en les conviant régulièrement à des séances de formation. Elles fédèrent les compétences des participants afin de parvenir à une prise en charge

globale en accord avec les recommandations professionnels de bonne pratique clinique. Les RDS n'ont pas pour vocation à se substituer aux filières de soins existantes mais de renforcer leur action. En facilitant la lisibilité des parcours, les RDS améliorent la qualité des échanges et créent une dynamique propice à l'amélioration et la satisfaction des usagers de la santé. En santé mentale les RDS tentent d'apporter des réponses aux nouvelles attentes des usagers et de leur famille. Le développement de la mutualisation de leurs actions permet une diversification de l'offre de services. Par ailleurs la démarche d'évaluation de la qualité du service rendu dans laquelle les RDS en santé mentale s'engagent semble fondamentalement la perspective la plus innovante à offrir à la psychiatrie en France.

Pr Michel Poncet (Marseille) et Pr Christophe Lançon (Marseille)

Introduction : le point de vue du psychiatre et le point de vue du neurologue

Dr Philippe Ristorcelli (Porto-Vecchio)

Rôles de l'URML dans la mise en place du dispositif de prise en charge neurologiques et psychiatrique

Pr Patrick Martin (Paris)

Psychotropes et nootropes, des ponts entre traitements psychiatriques et neurologiques : quel(s) rationnel(s) pharmacologiques ?

Tout était simple : les psychotropes pour les troubles psychiatriques, les nootropes pour les troubles neurologiques.

Tout se complique : des nootropes sont utilisés pour des troubles psychiatriques, des nootropes font l'objet de prescription dans des troubles neurologiques.

Que faut-il en penser ?

Avons-nous à faire à un élargissement "artificiel" de la population pathologique pris sur le "territoire" de la population non pathologique, qui permet ainsi à des molécules existantes d'élargir leurs indications ?

Ou avons-nous à faire à une réalité de prise en charge thérapeutique efficace ?

Dans ce dernier cas, il serait possible de concevoir que nous sommes dans une prise en charge de la symptomatologie voire du trouble, dans une approche dimensionnelle plutôt que catégorielle.

Par ailleurs, quelles peuvent être les hypothèses pharmacologiques qui sous-tendent non seulement le mécanisme d'action des molécules utilisées, mais également l'aspect neurobiologique d'une cible qui serait considérée comme étant commune ?

Enfin, en pratique quotidienne quelle est la pertinence clinique de l'utilisation croisée de ces molécules ?

Nous essayerons de répondre ensemble à l'ensemble de ces questions.

Pr Philippe Robert (Nice)

Prise en charge des troubles psychiatriques chez les sujets déments en pratique courante

La maladie d'Alzheimer est les pathologies apparentées ne se résument pas à des troubles cognitifs.

Au contraire, se sont les symptômes non cognitifs associés qui vont entraîner le plus souvent des difficultés au cours de l'évolution de la pathologie.

Les symptômes neuropsychiatriques ou symptômes psychologiques et comportementaux des démences appartiennent au tableau clinique de la maladie d'Alzheimer. Ils sont définis comme des manifestations primaires d'un dysfonctionnement cérébral. Ils apparaissent spécifiquement à la suite d'une atteinte d'un système ou d'un circuit comme les systèmes limbiques ou les circuits cortico-sous corticaux.

Les maladies neurodégénératives produisent à la fois des altérations structurales et cliniques. Les symptômes neuropsychiatriques peuvent être influencés soit par l'un soit par l'autre de ces changements. Il faut cependant souligner que ces modifications biologiques spécifiques sont nécessaires mais non suffisantes pour produire les symptômes neuropsychiatriques, car des facteurs additionnels, en particulier psychologiques et sociaux contribuent aussi à déterminer quel patient présentera quelle modification comportementale.

En pratique, toute prise en charge commence par une évaluation qui porte bien sûr sur les troubles psycho-comportementaux mais qui doit aussi s'accompagner de la recherche somatique ou d'une iatrogénie pouvant expliquer au moins partiellement l'apparition des troubles.

Cette évaluation doit aussi apprécier le retentissement sur les activités de la vie quotidienne.

L'utilisation, tout particulièrement dans le cadre de la maladie d'Alzheimer, de traitements spécifiques (inhibiteurs de l'acétylcholinestérase ou Mémantine) peuvent faciliter la prise en charge comportementale et peuvent diminuer l'utilisation de médicaments psychotropes.

La prise en charge doit être préférentiellement non pharmacologique. Les traitements médicamenteux doivent être prescrits seulement après l'évaluation individuelle du ratio bénéfice/risque. Ces prescriptions doivent être faites pour une période limitée de temps et fréquemment réévaluer.

Pour les patients vivant en institution, la prise en charge des troubles psycho-comportementaux fait partie de la prise en charge institutionnelle. Elle requiert la formation initiale et continue de tous les personnels impliqués dans le soin.

Pr Michel Poncet (Marseille)

Neuropsychologie et maladies dégénératives du cortex cérébral

Dr Sophie Harrois (Paris)

Evaluations neuropsychologiques : intérêts et limites

Discipline carrefour née principalement de l'interaction entre neurologie et psychologie, la neuropsychologie profite de l'engouement actuel pour les neurosciences et est aujourd'hui en plein essor.

Ce n'est pourtant pas une discipline nouvelle. Ses racines plongent dans l'Égypte ancienne où Imhotep établit le lien entre cerveau et sémiologie physique, et chez certains médecins de la Grèce antique comme Alcmeon de Croton ou Erasistrate qui défendent, contre l'école hippocratique, que le cerveau est considéré comme un organe de contrôle du corps et le siège de l'âme.

Au 17^e siècle, Descartes et Spinoza s'intéressent de nouveau au siège des facultés intellectuelles et émotionnelles et les anatomistes et médecins prennent peu à peu conscience du rôle déterminant du cerveau dans les activités intellectuelles.

Un siècle plus tard se développe une théorie localisationniste des fonctions cérébrales qui est sans doute le fondement le plus essentiel de la neuropsychologie telle qu'elle est définie aujourd'hui.

Franz Joseph Gall, médecin allemand, avance en effet l'idée que les fonctions mentales correspondraient à l'activité de structures cérébrales bien distinctes. Il émet également l'idée que la morphologie du crâne reflèterait certains traits de caractère.

Ces recherches phrénologiques malgré leur absence de réalité empirique ouvriront la voie aux travaux portant sur les liens entre les aires du cerveau et les facultés mentales, en particulier à Paul Broca qui déterminera la localisation cérébrale du langage articulé.

Ces travaux ont également ouvert la voie à la psychiatrie moderne, en ancrant l'esprit dans le corps.

Progressivement à cette méthode des localisations s'ajoute la notion de cognition.

La psychologie scientifique prend alors son envol et s'attache à étudier des fonctions telles que la mémoire ou la perception.

C'est au début du 20^e siècle que le terme de neuropsychologie est introduit.

Comme discipline scientifique, la neuropsychologie s'attache donc à découvrir le siège cérébral des fonctions mentales telles que l'attention, la mémoire, etc., mais également à observer les relations entre ces fonctions.

Comme discipline cognitive, son rôle est de vérifier ou de révoquer, par la pratique, des théories sur le fonctionnement mental humain et animal.

Les tests neuropsychologiques sont le premier outil des neuropsychologues. Ce sont des outils d'évaluation standardisés et normalisés qui permettent de quantifier les déficits pouvant survenir à l'une ou à l'autre des fonctions cognitives que sont la mémoire, l'attention, le langage, les fonctions exécutives et instrumentales, lors d'une atteinte cérébrale.

Le bilan neuropsychologique peut s'appliquer à diverses disciplines soit pour venir étayer un diagnostic clinique, orienter une rééducation et servir dans des protocoles de recherche.

Il n'existe pas de bilan type, l'évaluation se fait en fonction du déficit présenté par le patient et le choix du test dépend de critères précis.

Enfin, il est dommage que certains tests d'évaluation "grossiers" (MMS; 5 mots..) viennent entacher la dynamique et l'importance de l'évaluation neuropsychologique telle qu'elle se conçoit actuellement, notamment en termes d'aide à la décision.

Bibliographie

Eustache, F. & Faure, S., Manuel de neuropsychologie, Paris, Dunod, 2005.

Harrois S. Effets de l'anxiété sur la cognition. Les Cahiers de l'ACESM, 2006, 1, 6-10

Gil, R., Neuropsychologie, Paris, Masson. Abrégés de médecine, 2000.

Seron, X., La neuropsychologie cognitive, PUF. Que sais-je ? Paris, 2002.

Pr Michel Hamon (Paris)

Actualités neuropharmacologiques

Avec la découverte des premiers antidépresseurs il y a un demi-siècle, et la mise en évidence de leurs actions neurobiologiques favorisant les neurotransmissions monoaminergiques centrales, l'hypothèse d'un lien causal entre, au contraire, une hypoactivité des systèmes monoaminergiques et la dépression a été proposée. Cette hypothèse a généré de très nombreuses études, visant notamment au développement de modèles animaux de troubles de l'humeur. C'est ainsi que l'exposition de rats adultes à des stress modérés mais survenant de façon imprévisible sur une longue durée (" chronic mild stress " sur plusieurs semaines) s'est révélée capable d'induire des déficits comportementaux et cognitifs pouvant être réduits par des antidépresseurs. Bien qu'un tel modèle soit d'un grand intérêt pour valider les potentialités antidépresseurs d'un nouveau traitement, il reste très imparfait au regard de la pathologie humaine. De fait, à l'arrêt des stress, l'animal récupère assez vite toutes ses capacités comportementales et cognitives. Il n'en est pas de même lorsque les stress, voire certains traitements (notamment avec des inhibiteurs de la recapture de la sérotonine), interviennent au cours de la période périnatale. Sans doute via des mécanismes épigénétiques, il en résulte alors des altérations neurobiologiques et comportementales qui s'apparentent à la dépression et persistent pendant toute la vie. Cependant, il existe une inégalité génétique dans la réactivité des individus à des traitements particuliers survenant à des moments clés du développement. Chez l'homme aussi, il est établi que certains événements de vie au cours de l'enfance et/ou de l'adolescence peuvent, sur un terrain génétique vulnérable, conduire à un risque accru de subir des épisodes dépressifs. Ces connaissances nouvelles, l'élaboration d'investigations cliniques sophistiquées (notamment la neuroimagerie) et la mise au point de modèles animaux de plus en plus pertinents montrent que la dépression ne se résume pas à des altérations qui n'affecteraient que les systèmes monoaminergiques. L'axe hypothalamo-hypophysaire-adrénocorticotrope, certains facteurs trophiques (comme le BDNF), la neurogenèse hippocampique, les voies de signalisation dépendantes de l'AMP cyclique, et divers autres systèmes de neurotransmission (impliquant le glutamate, l'acétylcholine, des neuropeptides comme la substance P, les opioïdes, la galanine, l'arginine vasopressine, etc) présentent chez les sujets dépressifs des altérations fonctionnelles qui constituent autant de cibles potentielles pour de nouveaux antidépresseurs. De plus, les troubles du sommeil et des rythmes circadiens sont aussi à prendre en compte. C'est d'ailleurs dans ce contexte qu'a été développée l'agomélatine (un agoniste des récepteurs mélatonergiques également doté de propriétés antagonistes vis à vis des récepteurs 5-HT_{2C}), dont l'efficacité antidépresseive avérée semble – au moins en partie – affranchie du "patron monoaminergique".

Pr Philipp Gorwood (Colombes)
Prise en charge des sujets souffrant
d'alcool-dépendance

La prise en charge de l'alcool-dépendance s'effectue en fonction du type de lien existant entre le sujet et l'alcool. On propose maintenant des stratégies thérapeutiques pour les sujets à risque, non encore abuseurs ou dépendants, mais qui sont suffisamment inquiétant pour que l'on puisse proposer des interventions courtes, plus axées sur la pédagogie, mais non dénué de technique psychothérapeutique structurée (empathie, reformulation, modifications des schémas cognitifs altérés), loin de tout catastrophisme souvent utilisé comme moyen de sensibilisation ("si vous continuer, ce sera la cirrhose et le cancer"). Il s'agit alors de ce que l'on appelle les "interventions brèves".

Cette première modalité de prise en charge sera testée en atelier par jeu de rôle.

Par la suite, les patients, une fois dans un lien pathologique avec l'alcool (abus ou dépendance), sont du registre de la prise en charge spécialisée alcoologique, mais la plus grande majorité de ces sujets ne sont pris en charge que par leur médecin référent, et par leur psychiatre pour un grand nombre de nos patients souffrant de maladie mentale. Vu la forte comorbidité de nos patients avec la dépendance à l'alcool, connaître traitement et modalité de pris en charge s'avère donc important. L'atelier reprendra les différent traitements existants (du sevrage, de l'aide au maintien de l'abstinence, antabuse, ...) ainsi que le spsyhcotropes ayant fait preuve d'une certaine efficacité dans le problème de l'alcool-dépendance (thymorégulateurs).

Une des composantes essentielle de l'addiction est le déni, que l'on retrouve toujours à un degré plus ou moins évolué dans toute comportement addictif ("un sujet dépendant sans déni est un sujet guéri"). Les modalités de prise en charge de ce déni (et donc de prise en charge de la maladie alcoologique) peut s'effectuer par la technique de "l'entretien motivationnel" qui fera l'objet d'un deuxième jeu de rôle.

Enfin, une liste d'une dizaine de freins classiques dans la prise en charge de sujets alcool-dépendants sera discutée, en proposant quelques "trucs" pour gérer ce type de problème.

Un dernier temps de l'atelier sera consacré aux questions ouvertes pour avoir une discussion interactive sur la manière de gérer le sujet alcool-dépendant.

Pr Florence Thibaut (Rouen)
Récurrences dépressives :
amélioration de la prévention

Un pourcentage important de patients ayant présenté plusieurs épisodes dépressifs au cours de leur vie présenteront des rechutes dépressives. Cependant se pose au préalable un problème de définition du terme de rechute : en effet, la durée de rémission nécessaire au décours d'un épisode dépressif mérite d'être précisée avant

de parler de rechute dépressive. La présence de symptômes résiduels dépressifs au décours d'un épisode dépressif semble être un facteur prédictif important de rechute dépressive. Une des difficultés dans la prévention des rechutes dépressives est de définir quel patient va rechuter (recherche de facteurs de risque de rechute) et dans quel délai. La prescription d'un traitement antidépresseur au long cours est la stratégie thérapeutique la plus couramment employée en terme de prévention des rechutes. D'autres stratégies comme les thérapies cognitivo-comportementales ou les psychothérapies peuvent également s'avérer intéressantes en association avec les traitements antidépresseurs ou en alternance avec ceux-ci. Une synthèse des recommandations internationales sera également abordée.

Dr David Szekely (Grenoble)
Recours aux thérapeutiques biologiques non
médicamenteuses dans les troubles dépressifs.
Actualités et perspectives

La prise en charge de patients présentant des troubles dépressifs résistants aux thérapeutiques médicamenteuses est un problème fréquent en psychiatrie. On estime que près de 25% des patients déprimés pris en charge, ne répondent pas ou partiellement aux chimiothérapies antidépresseives, et qui évoluent vers une récurrence et une chronicité de leurs troubles. La mauvaise tolérance des traitements pharmacologiques parfois constatée, peut également représenter une difficulté dans la prise en charge de ces patients et nécessiter que des alternatives thérapeutiques soient proposées.

Depuis une dizaine années, de nouvelles techniques de stimulation cérébrale se sont développées, en parallèle d'un regain d'intérêt pour l'électroconvulsivothérapie.

Les seules thérapeutiques non médicamenteuses validées en France sont l'électroconvulsivothérapie (ECT) et la photothérapie. Dans d'autres pays comme le Canada ou Israël, la stimulation magnétique transcrânienne répétée (rTMS) est reconnue comme un traitement de la dépression. Aux USA, la stimulation du nerf vague (VNS) est reconnue depuis 2005 par la FDA comme une alternative thérapeutique au long court, dans les dépressions chroniques résistantes après échec d'au moins quatre molécules antidépresseives. D'autres techniques de neurostimulation, comme la stimulation cérébrale profonde (DBS) ou la stimulation magnétique transcrânienne "convulsive" (MST) font l'objet de recherches dont le résultats préliminaires semblent prometteurs.

Nous proposons de faire un tour d'horizon de ces évolutions thérapeutiques non médicamenteuses dans les troubles de l'humeur, afin d'offrir de nouvelles perspectives thérapeutiques pour ces patients "pharmacorésistants".

Dr Michel Cermolacce (Marseille)
Prise en charge d'une schizophrénie débutante

Pr Charles-Siegfried Peretti
Troubles schizophréniques et atteinte cognitive

Dr Philippe Nuss (Paris)
Schizophrénie et addiction : gestion pratique

Pr Pierre-Michel Llorca (Clermont-Ferrand)
Rémission symptomatique dans la schizophrénie : comment l'évaluer ?

La schizophrénie est une maladie qui a souvent été considérée comme d'évolution forcément délétère. Les nombreuses études catamnétiques ont mis en évidence de multiples modalités évolutives. L'une de ces modalités évolutive reste une évolution vers une rémission symptomatique. Cette notion de rémission symptomatique a été opérationnalisée par Andreasen et col en 2005. L'objectif était de définir des critères utilisables et reproductibles extraits des items de la PANSS, permettant une évaluation de la clinique de la schizophrénie. De tels critères permettent de fournir des repères et des objectifs au cours d'un programme thérapeutique. Toutefois, ces critères peuvent être discutés. Ils peuvent également être mis en perspective par rapport à l'évolution fonctionnelle des patients.

La méthodologie d'évaluation de la rémission symptomatique, ses corrélations avec la rémission fonctionnelle et son importance en termes de stratégies thérapeutiques seront discutées.

**Posters et prix
"CPNLF
de la Première
Communication"
parrainé pour la 106e session
par BMS et Otsuka**

Délire de persécution et Accident Vasculaire Ischémique thalamique

L. Bindler, N. Philippi, F. Blanc, M. Anheim, V. Lauer, C. Marescaux, C. Tranchant

Département de Neurologie, Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, 1 place de l'hôpital, 67000 Strasbourg, France.
E-mail correspondant: louis.b.67@hotmail.fr

Introduction : De rares cas de troubles du comportement aigus liés à une atteinte des noyaux gris centraux ont été décrits dans la littérature internationale. Le développement des méthodes de stimulation cérébrale profonde et l'étude de troubles spécifiques, comme le déficit d'auto-activation psychique décrit dans certains accidents vasculaires bithalamiques ou le syndrome de dysrégulation dopaminergique de patients parkinsoniens traités par agonistes dopaminergiques, ont permis de mieux aborder le rôle des ganglions de la base dans les troubles du comportement.

Méthodes : Nous reportons le cas d'un patient de 57 ans ayant présenté des troubles comportementaux avec éléments délirants, dans un contexte d'accident vasculaire cérébral ischémique de la région thalamique gauche.

Résultats : Ce patient, sans antécédent psychiatrique et sans trouble de la personnalité connu, a présenté, de façon paroxystique des éléments délirant non critiqués à type de persécution avec mécanisme interprétatif et possibles hallucinations visuelles. Ces éléments rapportés par la famille, s'associaient à des modifications comportementales avec épisodes aigus de comportements inadaptés. Sur le plan somatique, il a certes été retrouvé des facteurs de risque cardio-vasculaire (HTA sévère, dyslipidémie) et 2 antécédents d'A.V.C. vertébrobasilaire et thalamiques bilatéraux anciens mais avec un examen neurologique dans les limites de la normale. Le bilan réalisé a mis en évidence des troubles cognitifs, sous la forme de troubles attentionnels, de diminution de la vitesse de traitement de l'information et de troubles des fonctions exécutives (trouble de la mémoire de travail et diminution des fluences). En imagerie, il existait une hypoperfusion thalamique gauche au SPECT et une lacune thalamique gauche récente, révélée par un hypersignal en séquence de diffusion à l'I.R.M, concordante avec la chronologie de la symptomatologie et le début des troubles.

Conclusion : Ce cas clinique confirme le rôle probable du thalamus et des noyaux gris de la base dans le contrôle comportemental et dans les symptomatologies délirantes.

Références bibliographiques:

Laplane et al. Mov Disord, 2001.
Vucic et al. J Clin Neurosci, 2003.
Narumoto et al. Psychiatry Clin Neurosci, 2005.
Botez et al. Arch Neurol, 2007.
Carrera et al. Neurology, 2006.

Mots-clés: ganglions de la base, thalamus, AVC, délire, troubles du comportement.

Maladie de Parkinson Idiopathique et syndrome de dysrégulation dopaminergique : à propos d'une cohorte de 40 patients.

L. Bindler, M. Anheim, C. Tranchant

Département de Neurologie, Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, France.
E-mail correspondant: louis.b.67@hotmail.fr

Introduction : Depuis quelques années, des troubles du comportement à type d'hypersexualité, d'achats compulsifs, d'activités motrices répétitives, de compulsions alimentaires, d'hyperactivité, d'addiction aux traitements dopaminergiques ou au jeu ont été décrits chez des patients présentant une maladie de Parkinson idiopathique (MPI) et rassemblés sous le terme de syndrome de dysrégulation dopaminergique (SDD).

Méthodes : De façon prospective, pendant une durée de 5 mois, à partir d'un entretien structuré et à l'aide de l'échelle d'Evaluation Comportementale développée par Ardouin, les patients atteints d'une MPI et hospitalisés en neurologie ont été évalués sur le plan psychiatrique et comportemental.

Résultats : Au total, 40 patients ont été explorés : 20 traités exclusivement par des médicaments antiparkinsoniens et 20 traités médicalement et par stimulation chronique à haute fréquence des noyaux subthalamiques (NST). Les deux groupes sont comparables en terme d'âge et de sévérité motrice de la maladie (évaluée par échelle UPDRS III en OFF traitement et OFF traitement - OFF stimulation le cas échéant). Dans notre échantillon, le risque de survenue de troubles du comportement, – dont les plus représentés sont l'addiction au jeu, l'hyperactivité nocturne et la créativité –, est significativement moindre chez les patients stimulés. Ce risque est corrélé positivement à la dose quotidienne d'équivalent dopa (DQED) reçue, significativement plus faible après stimulation chronique du NST. L'évaluation psychiatrique met en évidence, chez les patients "dysrégulés", une tendance à l'hyperémotivité et à l'irritabilité, sans hyperthymie associée, et une forte prévalence de l'apathie chez ceux traités par stimulation du NST.

Conclusion: Cette étude a permis, dans cette cohorte de MPI, de préciser l'incidence des troubles du comportement du type SDD, de corrélérer la DQED avec le risque de survenue d'une dysrégulation et de préciser la nature des troubles psychiatriques associés à ces troubles du comportement. Ces données confirment l'importance d'une évaluation psychiatrique et comportementale pour une meilleure prise en charge thérapeutique des patients parkinsoniens.

Références bibliographiques:

Ardouin, Mov Disord, 2007
Merims, Parkinsonism Relat Disord, 2007
Evans, Curr Opin Neurol, 2004
Fenelon, Rev Prat, 2005

Mots-clés: Syndrome de dysrégulation dopaminergique; Maladie de Parkinson Idiopathique; troubles du comportement.

Prise en charge de la dépression en médecine ambulatoire : liens entre médecins généralistes et psychiatres. Enquête DIAPASON.

Bonet Ph (1), Chabannes JP (2), Faruch M (3), Gheysen F (4), Meynard JA (5)

1. Le Méliès, 93556 Montreuil
2. Centre Hospitalier 38521 Saint Egrève
3. Clinique Castelviel 31093 Castelmaurou
4. 1 avenue du 6 juin, 14000 Caen
5. CHS Marius Lacroix, 17022 La Rochelle

Le soin aux dépressifs concerne de plus en plus le médecin généraliste (MG). DIAPASON est une enquête observationnelle, nationale, longitudinale, décrivant les liens entre MG et psychiatres dans la prise en charge de la dépression. L'objectif principal était d'évaluer les facteurs motivant le MG à adresser ses patients déprimés en consultation spécialisée. Les objectifs secondaires étaient de décrire les profils patients et les modalités de suivi et de prise en charge des patients à 6 mois. Le médecin enquêteur devait inscrire les 20 premiers patients consécutifs éligibles dans un registre (adultes dépressifs traités < 2 mois). Un questionnaire détaillé était rempli à l'inclusion pour le premier patient adressé à un psychiatre ou par le MG, puis au patient suivant immédiatement ne nécessitant pas de consultation spécialisée ou consultant spontanément. Après 6 mois de suivi un questionnaire personnalisé était rempli. D'octobre 2005 à mars 2006, 405 MG ont suivi 792 patients (50,5% adressés à un psychiatre/49,5% non adressés) et 258 psychiatres ont suivi 509 patients (52,7% adressés par un MG/47,3% non adressés). Les raisons motivant le transfert du patient à un psychiatre dans la population de patients suivis par des MG (N=400) vs psychiatres (N=268) étaient : demande du patient (51 % vs 49 %), contexte social/familial difficile (45 % vs 28 %), état psychiatrique grave ou difficile (43 % vs 44 %), risque de passage à l'acte (32 % vs 20 %) histoire clinique lourde (25 % vs 12 %), demande de l'entourage du patient (23 % vs 15 %), échec du traitement (16 % vs 29 %). Chez les patients suivis par un MG, les facteurs favorisant le recours à un spécialiste étaient : présence d'idées suicidaires (OR=4,15 ; p<0,0001), antécédents psychiatriques familiaux (OR=2,95 ; p=0,0006), antécédents psychiatriques personnels (OR=2,69 ; p=0,0001) et crises aiguës anxiété/angoisse (OR=1,84 ; p=0,0006). Chez les patients suivis par des MG, le taux de succès thérapeutique semblait plus élevé chez les patients non adressés au psychiatre (63 % vs 51 %) alors que ces taux étaient proches dans la population suivie par des psychiatres (56 % vs 50 %). Pour 30 % des patients suivis par un psychiatre adressés par un MG, le psychiatre n'a pas donné de nouvelles du patient au MG lors du suivi. En conclusion, la moitié des patients était adressée à un psychiatre sur leur demande. Pour les autres, les raisons différaient selon le suivi fait par un MG ou un psychiatre. La communication entre psychiatres et MG concernant le suivi du patient semble insuffisante avec une absence d'interaction pour un tiers des patients.

Mots clés : dépression, médecin généraliste, psychiatre, interactions

Facteurs de risque de comportements violents chez les patients schizophrènes : Apport de l'étude EuroSC (European Schizophrenia Cohort)

Gilles GAVAUDAN^{1,3}, Florence MARTEAU², Karina HANSEN², Georges LEONETTI¹, Mondher TOUMI², Christophe LANÇON³

1. Laboratoire de Médecine Légale, Université de la Méditerranée, 27 bd Jean Moulin, 13005 Marseille
2. Laboratoires Lundbeck, Paris
3. Service de Psychiatrie d'Adultes, CHU Ste-Marguerite, Marseille

Introduction

La grande majorité des études épidémiologiques s'accordent à établir un lien entre schizophrénie et comportements violents (1). Si les facteurs de risque de violence en population générale sont également présents chez les patients schizophrènes (2), le rôle de la maladie mentale, même modeste, demeure. Mais la nature de ce lien est encore incertaine (3). L'EuroSC (European Schizophrenia Cohort) apporte de nouvelles données dans ce champ.

Méthode : 1208 patients présentant un diagnostic de schizophrénie et âgés de 18 à 64 ans ont été inclus dans trois pays (France, Allemagne et Royaume-Uni).

Les données collectées incluaient caractéristiques socio-démographiques, antécédents psychiatriques et de comportements violents, évaluation psychopathologique, qualité de vie, et adhésion au traitement.

Pour chaque paramètre, une analyse univariée a été réalisée. Seuls les critères ayant une relation significative ($p \leq 0.20$) ont été intégrés dans le modèle final (analyse multivariée).

Résultats : Au total, 315 patients présentaient des antécédents de violence physique. Les facteurs associés retenus par le modèle final étaient : sexe masculin (OR=2.15), célibat (2.67), avoir été sans abri dans le passé (2.2), présenter une dépendance à une substance (2.12) ainsi qu'un sous-score cognitif de la PANSS plus élevé (1.66).

Conclusion : Cette étude confirme que les facteurs de risque associés aux comportements violents en population générale opèrent également chez les patients schizophrènes. Mais elle met également en évidence un lien entre antécédent de comportements violents et le sous-score cognitif de la PANSS qui pourrait refléter, selon plusieurs auteurs, un aspect fondamental de la maladie schizophrénique. Ce résultat renforce l'hypothèse d'un lien entre certaines dimensions de la maladie schizophrénique et le risque d'émergence de comportements violents.

Références bibliographiques

1. Walsh E, Buchanan A, Fahy T: Violence and schizophrenia: examining the evidence. *Br J Psychiatry* 2002;180:490-5
2. Swanson JW, Holzer CE, 3rd, Ganju VK, Jono RT: Violence and psychiatric disorder in the community: evidence from the Epidemiologic Catchment Area surveys.

Hosp Community Psychiatry 1990; 41(7):761-70
3. Appelbaum PS, Robbins PC, Monahan J: Violence and delusions: data from the MacArthur Violence Risk Assessment Study. Am J Psychiatry 2000; 157(4):566-72

Mots clés

Violence, Schizophrénie, sous-score cognitif de la PANSS, Facteurs de risque.



Dangerosité et psychiatrie

Dr Gheorghiev Charles, Dr Benali Abdes,
Dr Raffray Pierre, Pr de Montleau Franck

Hôpital d'instructions des armées Percy,
service de psychiatrie, Clamart

INTRODUCTION : Malgré les relations étroites que la dangerosité a toujours entretenues avec la pratique psychiatrique, il apparaît difficile de définir précisément cette notion. Le paradoxe réside dans le lien indissociable qui les unit depuis la naissance de la psychiatrie, même si ce lien a pu souffrir de profonds changements au cours de leur histoire commune, et du caractère transversal de la dangerosité qui dépasse le cadre de la maladie mentale en s'étendant à d'autres disciplines des sciences humaines dont elle transcende les découpages incertains. Irréductible au champ psychiatrique, la dangerosité n'y demeure pas moins intimement liée, en rattrapant très vite les praticiens qui omettraient de la considérer dans leur activité clinique. **MÉTHODES** : L'enjeu est ici au travers d'une approche du concept de dangerosité et de son histoire d'interroger ses rapports avec la maladie mentale dans une perspective scientifique, à côté de son éclairage médiatique et de l'actualité des réformes judiciaires en cours.

RÉSULTATS : L'existence d'une corrélation positive entre troubles mentaux et dangerosité est retrouvée à travers une revue de la littérature dont certains résultats contradictoires invitent toutefois à la prudence. L'individualisation d'un sous groupe de patients plus dangereux que les autres apparaît comme une donnée stable dans la littérature. **CONCLUSIONS** : La maladie mentale n'est pas un ensemble homogène et uniforme qui autorise la généralisation bien souvent opérée de sa dangerosité supputée, incitant à la poursuite d'une analyse rigoureuse de ce sujet sans chercher à le clore une fois pour toute.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

Bénézech M, Le Bihan P, Bourgeois ML. Criminologie et psychiatrie. Encyclopédie Médico-Chirurgicale, Psychiatrie, 37-906-A-10. Paris : Elsevier Masson SAS ; 2002.
Gendreau P, Little T, Goggin C. A meta-analysis of the predictors of adult offender recidivism : what works ! Criminology 1996 ; 34 : 575-607.
Gravier B, Lustenberger Y. L'évaluation du risque de comportements violents : le point sur la question. Annales Médico-psychologiques 2005 ; 163 : 668-80.

Millaud F. Troubles mentaux et violence. Criminologie 1996 ; 29 : 7-23.

Senninger JL. Dangerosité : étude historique. L'Information Psychiatrique 1990 ; 7 : 690-6.

Swanson JW, Holzer CE, Ganju VK, Jono RT. Violence and psychiatric disorder in the community : evidence from the epidemiologic catchment area surveys. Hospital and Community Psychiatry 1990 ; 41 : 761-70.

Swanson JW, Swartz MS, Van Dorn RA, Elbogen EB, Wagner HR, Rosenheck RA et al. A national study of violent behaviour in persons with schizophrenia. Archives of General Psychiatry 2006 ; 63 : 490-99.

Taylor PJ, Gunn J. Homicidess by people with mental illness : myth and reality. British Journal of Psychiatry 1999 ; 174 : 9-14.

MOTS CLÉS : Dangerosité – Maladie mentale – Facteur de risque – Prédiction.



Taux de mortalité dans l'anorexie mentale avec un recul de sept ans après l'hospitalisation

N. JANVIER ; I. LEFIN ; A. MELIER ; C. GAUDE ; A. LAURENT

Pôle de Psychiatrie et de Neurologie, CHU de Grenoble.
(Professeur BOUGEROL)

INTRODUCTION : L'objectif de ce travail était, d'une part d'étudier les caractéristiques des patients hospitalisés pour anorexie mentale entre 1986 et 2000, au CHU de Grenoble, dans l'unité de pédopsychiatrie et, d'autre part, d'évaluer leur taux de mortalité en 2007.

METHODE : La base de données informatisées du CHU faisait apparaître le diagnostic d'anorexie mentale pour 70 dossiers sur 1200. Les caractéristiques au moment de l'hospitalisation ont été recueillies de façon rétrospective dans les dossiers. Le nombre de décès a été obtenu en interrogeant les mairies.

RESULTATS : La population se compose de 63 filles et 7 garçons. Au moment de l'hospitalisation, l'âge moyen est de $14,7 \pm 0,9$ années (extrêmes : 9 - 18 ans). L'IMC à l'entrée est de $14,2 \pm 2,2$ et l'IMC de sortie de $16,6 \pm 1,8$. Une nutrition entérale a été utilisée dans 17 % des cas et un contrat de poids dans 67 % des cas. La durée moyenne d'hospitalisation est de 71 jours ± 7 (extrêmes : 2 - 284). 47 % des patients ont reçu un traitement psychotrope pendant leur hospitalisation. 60 % présentent une comorbidité. Au terme de l'hospitalisation, un suivi psychiatrique est instauré dans 80 % des cas. A noter que 10 % des sujets sont sortis contre avis médical. 23 % des sujets sont réhospitalisés en psychiatrie suite à leur séjour initial. Sur les 70 patients hospitalisés entre 1986 et 2000, 1 patient est décédé deux ans après son hospitalisation, 67 patients sont vivants et 2 sont perdus de vue.

CONCLUSION : Les résultats montrent pour les patients atteints d'anorexie mentale des hospitalisations longues,

une comorbidité fréquente expliquant vraisemblablement la fréquence de l'utilisation de traitements psychotropes. Malgré tout, le taux de mortalité à 7 ans de recul avoisine certainement les 0 % ; il est au maximum de 1,4 %. Ce résultat est moins élevé que celui mis en évidence dans l'étude de Ben-Tovim et al (2001) qui est de 3 % avec un recul de 5 ans mais plus proche de ceux de Herpertz-Dahlmann et al (2001) et Saccomani et al. (1998) qui sont de 0 % avec un recul de 10 ans.

BIBLIOGRAPHIE :

Ben-Tovim DI. et al. Outcome in patients with eating disorders : a 5-year study. *Lancet*, 15, 358, 9285, 926, 2001.
Herpertz-Dahlmann B. Prospective 10-year follow up in adolescent anorexia nervosa : course, outcome, psychiatric comorbidity, and psychosocial adaptation. *J Child Psychol Psychiatry*, 42, 5, 603-612, 2001.
Saccomani L. et al. Long-term outcome of children and adolescent with anorexia nervosa : study of comorbidity. *J Psychosom Res.* 44, 5, 565-571, 1998.

MOTS CLES : Anorexie mentale, taux de mortalité.



Effacité et mécanismes d'action des Neuroleptiques Atypiques dans la dépression et la prévention des récurrences du Trouble Bipolaire : Confrontation clinique et pharmacologique

Aurélien Lagodka

SHU Hôpital Sainte-Anne

Le mécanisme d'action des Neuroleptiques Atypiques (NLA), caractérisé par un double antagonisme des récepteurs D2 et 5-HT2A, explique mal leur efficacité dans la dépression et dans la prévention des rechutes du Trouble Bipolaire. Ce travail est une revue de la littérature sur l'efficacité et les mécanismes d'action des NLA dans ces indications. Les résultats cliniques démontrent l'efficacité de l'olanzapine et de la quetiapine mais l'inefficacité de l'aripiprazole dans la dépression bipolaire et l'efficacité de l'olanzapine et de l'aripiprazole sur la prévention des récurrences. Les NLA agiraient dans la dépression bipolaire en augmentant la dopamine préfrontale via le blocage des récepteurs 5-HT2A et stabiliseraient l'humeur en freinant simultanément la dopamine limbique via les récepteurs D2. Cependant, l'inefficacité clinique de l'aripiprazole remet en question ces hypothèses. L'hypothèse noradrénergique semble intéressante et doit être approfondie. L'hypothèse GABAergique pourrait expliquer la perte d'efficacité, sur le long cours, de l'adjonction d'un NLA à un thymorégulateur.

Mots Clés : Trouble Bipolaire, Neuroleptiques Atypiques, Dépression, Thymorégulateurs, Pharmacologie



Suivi observationnel d'un an d'une cohorte de 700 patients souffrant de schizophrénie

Martin P^{1,2}, Massol J³, Azorin JM⁴, Hardy-Bayle MC⁶, Gérard D⁷, Hameg A⁷, Dalery J⁵

1. Département de Psychiatrie, Unité de Recherche, Hôpital St Antoine 75012 Paris et CH Paul Guiraud Villejuif, Université Pierre et Marie Curie; 3. CRCB2 CHU de Besançon, Besançon ; 4. Hôpital Sainte-Marguerite, 13274 Marseille; 5. Hôpital du Vinatier, 69500 Bron ; 6. CH de Versailles, Hôpital Richaud, 78000 Versailles ; 7. Sanofi-Aventis, Paris.

Introduction

De nombreuses données existent sur le traitement de la schizophrénie. Toutefois, les référentiels sont anglo-saxons et ne reflètent pas forcément la pratique française. Ils sont souvent élaborés à partir d'experts ou d'études clinique composé de patients homogènes. Il n'y a pas ou peu d'études en France qui ont été réalisées dans les conditions réelles d'utilisation.

Méthodologie

Etude observationnelle de cohorte, prospective, de patients schizophrènes (DSM-IV), ambulatoires ou hospitalisés. Trois évaluations ont été réalisées : à J0, 3 et 12 mois, avec des indicateurs cliniques (BPRS, ICG), sociaux (EAPS), de Qualité de Vie (PSQOLS) et de consommation des soins.

Résultats

A J0, 686 patients âgés de 36,3 ans (9,9), avec un diagnostic de schizophrénie (83%) ou schizo-affectif (17%) ont été inclus. La durée des troubles était de 12 ans (10). Près de 52% étaient évalués comme "sévèrement atteints" (ICG), avec un score total à la BPRS de 50(14) et à EAPS 63(15)/100. Ces sujets jugeaient leur QV relativement altérée. 24% de NL typiques et 76% d'atypiques été prescrits. 73% du traitement NL étaient en monothérapie. Près de 52% d'anxiolytiques, 50% d'antidépresseurs et 30% d'hypnotiques étaient coprescrits. Dans 64% (NLT) et 22% (NLA) des cas, un correcteur était prescrit et un régulateur de l'humeur (RH) dans 13% des cas.

A un an, les patients recevaient 24% de NLT et 76% de NLA dont 69 % en monothérapies. Les coprescriptions ont peu varié, de 23% des RH avec les NLA étaient observées, ainsi que 21% (NLA) et 13% (NLT) de correcteurs. Près de 36% (n=246) des patients ont changé de NL dans l'année.

Conclusion

Dans les conditions de suivi de cette cohorte, la plupart des patients ont une prescription de NL en monothérapie (de NL). En revanche la coprescription de plusieurs autres psychotropes est relativement importante. L'observation de l'efficacité des différents traitements indique un effet relativement comparable. Globalement, l'état de santé des patients est stable, voire s'améliore sur certaines variables, comme la qualité de vie ou les aptitudes sociales.

Mots-Clés : Neuroleptiques, schizophrénie, Suivi observationnel.



Alternative médicamenteuse aux psychostimulants dans la prise en charge des adultes atteints de trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH)

Emmanuel Mulin
Hôpital Pasteur, Nice

Le TDAH est un trouble neurodéveloppemental persistant à l'âge adulte dans la moitié des cas. La symptomatologie évolue avec prédominance du déficit attentionnel et des dysfonctionnements exécutifs. Les co-morbidités, fréquentes, doivent être envisagées dans les choix thérapeutiques. Les médicaments pour le TDAH chez l'adulte sont symptomatiques et non curatifs. En France, seul le méthylphénidate, inscrit sur la liste des stupéfiants, bénéficie de l'A.M.M. Pourtant, plusieurs thérapeutiques étudiées sont utilisées dans d'autres pays. L'objectif de cette étude est de faire une revue de la littérature concernant l'efficacité des thérapeutiques médicamenteuses dans le TDAH adulte.

La méthode utilise une recherche sur l'Internet : Pubmed et ScienceDirect, avec les mots-clés : ADHD Adult medication.

Les résultats par traitements montrent un intérêt très documenté des psychostimulants mais les antidépresseurs, le bupropion, l'atomoxétine, les dérivés nicotiques offrent des résultats prometteurs.

En France, la prise en charge des adultes hyperactifs n'est pas consensuelle. Le méthylphénidate, seul disponible, pourrait être sous-utilisé du fait de raisons éthiques. Les dérivés nicotiques apparaissent prometteurs.

Mots-clés: TDAH, adulte, méthylphénidate, traitements médicamenteux



Trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité chez l'adulte et abus de substance : intérêt du traitement par méthylphénidate

Dr PINOIT JM (MD, PhD), Dr RIVIERRE V (MD), PADOVANI R, YSETI F, Pr BONIN B (MD, PhD)

Service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, CHU hôpital d'enfant, 21000 Dijon

Introduction : Les auteurs évaluent l'intérêt de la prescription de méthylphénidate chez des adultes souffrant de TDAH sans comorbidité psychiatrique et consommant de la cocaïne (en distinguant consommateurs anciens et actuels). L'analyse permet de conclure, chez les consommateurs actuels, à l'efficacité d'un traitement par méthylphénidate tant sur la consommation de toxiques que sur la concentration intellectuelle. Méthodologie : Huit hommes âgés d'au moins 18 ans ont été inclus. Ils répondent aux critères de TDAH, aux critères d'abus ou de dépendance pour une substance au moins décrits par le DSM IV (1) sans autre comorbidité psychiatrique. Ils doivent avoir de plus présenté au cours de leur vie une période de dépendance ou d'abus à la cocaïne. Il s'agit d'un

essai ouvert, d'une durée de 24 semaines. Deux paramètres sont étudiés : la concentration intellectuelle (test du barrage issu de la WAIS, DSST) et la consommation de substances psychoactives. L'échelle abrégée de Conners, le DSST et les données du test de barrage font l'objet de mesures classiques (moyenne, intervalle de confiance) puis du test non paramétrique de Wilcoxon.

Résultats : Les tests réalisés montrent une amélioration des capacités de concentration intellectuelle qui, perceptible dès le quinzième jour mais d'ampleur variable selon les patients, se maintient ensuite à S24 et ce de façon statistiquement significative. Sur les trois sujets consommateurs actuels de cocaïne, la consommation a cessé chez deux patients dès le quinzième jour (attesté par dépistage urinaire) et fortement diminué pour le troisième. Chez ces trois patients, la consommation des autres produits psychoactifs a également cessé ou fortement diminué (y compris le tabagisme). Trois autres patients ont divisé leur consommation de cannabis au moins par deux, avec une diminution du tabagisme. En revanche, les deux derniers patients n'ont pas réduit leurs consommations.

L'ampleur de l'amélioration de la concentration intellectuelle semble constituer un indice pronostique de la diminution ou de l'arrêt de l'usage de drogues.

Conclusion : Le méthylphénidate est efficace, chez les patients consommateurs actuels de cocaïne, tant sur le plan de la concentration intellectuelle que sur celui de la consommation de substances. Chez les patients ayant consommé antérieurement de la cocaïne, il est efficace sur l'amélioration de la concentration intellectuelle mais de façon inconstante sur la consommation de substance. L'efficacité est précoce et se maintient à 6 mois.

Mots clés : TDAH, cocaïne, abus de substance, méthylphénidate

1 - The treatment of Adult ADHD Patients with Comorbid Cocaine Dependence Schubiner H, Saules KK, Arfken CL et Al Experimental and Clinical Psychopharmacology 2002 ; 10(3) : 286-94 Neurobiology of attention-deficit hyperactivity disorder



Critères de demande de consultation spécialisée en psychiatrie pour des sujets âgés souffrant de dépression

R. Tourtauchaux (1), E. Vaillat-Perret (1), T. Gallarda (2), N. Bazin (3), I. Jalenques (1, 4)

(1) CHU de Clermont-Ferrand, Pôle de Psychiatrie, Service de Psychiatrie de l'Adulte A et Psychologie Médicale, Clermont-Ferrand; (2) Centre d'évaluation des troubles psychiques et du vieillissement, Service Hospitalo-Universitaire, CH Sainte-Anne, Paris ; (3) Centre Hospitalier de Versailles ; (4) Université d'Auvergne Clermont 1, Faculté de Médecine, Clermont-Ferrand .

La prescription d'antidépresseurs est, chez le sujet âgé souffrant de dépression, de plus en plus admise et répandue dans la pratique médicale. Il s'agit d'une des étapes de la

prise en charge qui doit être globale, associant les traitements médicamenteux, les prises en charge médicales et sociales, les psychothérapies.

La consultation spécialisée en psychiatrie reste parfois une solution de dernier recours.

Afin d'améliorer et d'optimiser la prise en charge de la dépression du sujet âgé, un des objectifs est de donner au médecin traitant des critères spécifiques qui lui permettent de définir les patients qui peuvent bénéficier d'une consultation spécialisée.

Les auteurs présentent dans ce poster, après un travail de concertation pluridisciplinaire, les critères "d'adressage" au psychiatre.



Quelle démarche effectuer par le psychiatre pour évaluer la prise en charge à proposer chez un sujet âgé présentant une dépression avérée.

E. Vaillle-Perret (1), R. Tourtauchaux (1), N. Bazin (2), T. Gallarda (3), I. Jalenques (1, 4)

(1) CHU de Clermont-Ferrand, Pôle de Psychiatrie, Service de Psychiatrie de l'Adulte A et Psychologie Médicale Clermont-Ferrand ; (2) Centre Hospitalier de Versailles ; (3) Centre d'évaluation des troubles psychiques et du vieillissement, Service Hospitalo-Universitaire, CH Sainte-Anne, Paris ; (4) Université d'Auvergne Clermont 1, Faculté de Médecine, Clermont-Ferrand.

La prescription d'antidépresseurs est chez le sujet âgé de plus en plus admise et répandue dans la pratique médicale pour une population concernée qui augmente en nombre. Néanmoins, des données contradictoires existent concernant la surprescription de ces produits et également leur sous-utilisation.

Un groupe de travail pluridisciplinaire, ayant des compétences en psychiatrie du sujet âgé, s'est réuni régulièrement en 2007.

Une fiche a ainsi été réalisée, dégagant plusieurs axes de réflexion pour une démarche de qualité dans le cadre de la prise en charge d'une dépression du sujet âgé.

Au-delà de l'objectif d'une évaluation consensuelle permettant la prescription d'un antidépresseur chez un sujet âgé souffrant de dépression, cette fiche pourrait aussi servir à l'EPP en développant un des axes proposés (exemple : comment améliorer la prise en charge du risque suicidaire chez le sujet âgé).



La créativité du patient parkinsonien

Louis Bindler

Département de Neurologie de Strasbourg

Résumé :

Les rapports entre créativité et troubles psychiques intéressent les psychiatres depuis de nombreuses années. Avec la description récente de comportements créatifs chez des patients parkinsoniens, une nouvelle approche de la question est proposée par la neurologie. En effet, depuis quelques années est décrit, chez des patients parkinsoniens traités par agonistes dopaminergiques, un Syndrome de Dysrégulation Dopaminergique (SDD). Ce dernier regroupe plusieurs troubles du comportement parmi lesquels le développement d'une activité créatrice. Sublimation, désinhibition, hyperstimulation sérotoninergique liée au traitement, révélation par la dopamine d'une "personnalité prémorbide" sont autant d'hypothèses psychopathologiques proposées par la littérature internationale. Elles seront discutées à partir de deux vignettes cliniques. Cette créativité de novo interroge les praticiens sur les stratégies thérapeutiques à proposer aux patients parkinsoniens et illustre la complémentarité d'une approche neurologique et psychiatrique.

Mots-clés :

Maladie de Parkinson ; Créativité ; Syndrome de Dysrégulation Dopaminergique ; Agonistes dopaminergiques.

Le 5-HTTLPR influence la réponse aux antidépresseurs chez les femmes déprimées

Florence Gressier¹, Elodie Bouaziz², Céline Verstuyft², Patrick Hardy¹, Laurent Becquemont², Emmanuelle Corruble¹

1.INSERM U669, Université Paris Sud, Service de Psychiatrie, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, CHU de Bicêtre, 78 rue du Général Leclerc, 94275 Le Kremlin Bicêtre, France.

2.Université Paris Sud, Service de Pharmacologie, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, CHU de Bicêtre, 78 rue du Général Leclerc, 94275 Le Kremlin Bicêtre, France.

L'allèle court (S) du gène du transporteur de la sérotonine (5-HTTLPR) a été associé à une moindre efficacité des antidépresseurs dans le traitement des épisodes dépressifs majeurs; cependant des études de réplication ont montré des résultats contradictoires.

Notre hypothèse est que ces différences pourraient être dues à une différence suivant le genre.

La réponse aux antidépresseurs après quatre semaines a été évaluée chez 103 patients hospitalisés pour épisode dépressif majeur (74 femmes et 29 hommes). En

comparaison avec le génotype LL/LS, le génotype SS est associé à une moindre efficacité des antidépresseurs chez les femmes (79% vs. 50%, $p=0.03$). Chez les hommes, il n'a pas été retrouvé d'association avec le 5-HTTLPR.

Nos résultats suggèrent un effet significatif du polymorphisme 5-HTTLPR sur l'efficacité des antidépresseurs chez les femmes déprimées, mais non chez les hommes. De plus amples recherches sont nécessaires pour confirmer ces résultats préliminaires.

Mots Clés: 5-HTTLPR, dépression, antidépresseurs, genre.

Evaluation des corrélations entre les capacités cognitives et sociales des suicidants

Adela Ionita

Service de Psychologie Médicale et Psychiatrie Hôpital Lapeyronie, CHU Montpellier

Contexte : DSuivant un modèle stress-vulnérabilité, les anomalies neuropsychologiques associées reflétant le aux dysfonctionnements du cortex préfrontal ventromédian retrouvées chez les suicidants pourraient représenter une les aspects cognitifs de la vulnérabilité cognitive aux conduites suicidaires (CS). D'autre part, lLes facteurs sociaux représentent sont d'importants des facteurs déclenchants/déclenchants ou protecteurs ou déclenchants des passages à l'acte suicidaire.

Objectif : Evaluer les liens entre les différentes les fonctions cognitives et le le fonctionnement social chez des suicidants. Notre hypothèse: chez les suicidants certains dysfonctionnements cognitifs sont corrélés à l'adaptation et à la perception sociale.

Méthode : Quarante-cinq patients euthymiques ayant une histoire passée de CS sontont été évalués par une batterie de tests neuropsychologiques et 2 auto-questionnaires évaluant portant sur l'adaptation sociale et la perception du soutien social.

Résultats : Il est retrouvé une corrélation statistiquement significative entre la mémoire de travail verbale et les scores totaux d'adaptation et de perception sociale.

Conclusion : Chez les suicidants Certaines fonctions cognitives associées aux les régions dorsolatérales du cortex préfrontal pourraient soustendre ldes capacités sociales altérées, facteurs précipitants connus de CS. L'atteinte de ces fonctions, à l'origine de dysfonctionnements sociaux, pourraient donc s'associer à celles du cortex ventromédian sous-tendant la vulnérabilité suicidaire.

Mots clés: conduites suicidaires, neuropsychologie, capacités sociales, mémoire de travail

Candidats au Prix "Première Communication" du CPNLF parrainé par BMS et Otsuka

"Une ulcération cervicale évoluant depuis plusieurs années..."

Letamendia Clara

Interne de psychiatrie des hôpitaux de Toulouse

Résumé : Cette observation a pour but de s'interroger sur l'indifférence apparente d'une patiente (Mme A.) vis-à-vis d'une lésion cervicale évoluant depuis plusieurs années. Comment comprendre cette lésion qui s'avère être cancéreuse et auto-entendue par la patiente ? quelle place cette lésion et son entretien prennent dans l'histoire singulière de Mme A. ? Cet article permet d'interroger successivement le champ des pathomimies face à l'auto-entretien de la lésion, le masochisme érogène et la question de l'hystérie en psychosomatique.

Mots clés : indifférence, carcinome basocellulaire, pathomimie cutanée, masochisme, hystérie, psychosomatique.



Dosage du taux sérique d'acide valproïque en psychiatrie : Intérêt clinique

Padovani R, Pinoit JM, Trojak B, Rivierre V, Bonin B

L'acide valproïque est de nos jours un médicament couramment utilisé en psychiatrie. Son indication dans le traitement des troubles bipolaires s'est généralisée ces 15 dernières années.

Ce travail consiste en une mise au point sur les connaissances actuelles concernant l'intérêt des dosages du taux sérique d'acide valproïque en psychiatrie dans la pratique clinique.

Pour cela sont recensées les différentes études ayant visé à prouver l'efficacité de la molécule dans la prise en charge des maladies mentales et utilisant dans le protocole une surveillance des dosages plasmatiques. Cela permet d'aborder l'utilisation de cet outil en fonction des différentes indications de la molécule, reconnues ou pas par la communauté scientifique.

Cela permet également d'évoquer le problème précis des interactions médicamenteuses et de distinguer le dosage de la concentration totale de celui de la fraction libre.

Mots clés : Dosage, acide valproïque, psychiatrie.



Qu'est-ce qui explique les caractéristiques psychotiques dans le trouble bipolaire : génétique, environnement ou interaction gène x environnement ?

Marie de Pradie , CCA

CHU Louis Mourier, AP-HP, Paris Diderot, INSERM U675.

Rationnel : Le gène codant pour la sérotonine (5-HTT) est considéré comme un gène candidat dans le trouble bipolaire, en relation vraisemblable avec le fait que ce transporteur pourrait jouer un rôle clé dans la régulation de la transmission sérotoninergique. Les résultats de ces études génétiques sont néanmoins fortement disparates, probablement du fait de l'existence d'une hétérogénéité génétique (plusieurs seraient impliqués), phénotypiques (le trouble bipolaire n'étant pas une pathologie simple et monofactorielle) et étiologiques (les facteurs non génétiques ayant aussi un rôle dans le trouble). De manière intéressante, une étude a montré que certains facteurs environnementaux (l'abus sexuel dans l'enfance par exemple) était plutôt associés à une présentation particulière du trouble (présence d'hallucination chez un sujet souffrant de trouble bipolaire) plutôt que formant un facteur de risque autonome (pour le trouble bipolaire per se) (Hammersley et al., 2003). Une nouvelle approche pourrait mieux rendre compte de ces difficultés, prenant cette fois en considération à la fois les facteurs génétique set les facteurs environnementaux, c'est-à-dire l'approche "interaction gène – environnement" (G*E).

Méthode : 137 sujets souffrant de trouble bipolaire ont été recrutés par un clinicien (MP) à l'aide d'un entretien mi-structuré, réalisé en face-à-face. Une population contrôle de 141 sujets sains a aussi été analysée dans une approche cas-contrôle.

Les patients ont été évalués pour les antécédents d'abus sexuels, à la recherche d'une interaction entre d'une part l'allèle "s" du 5-HTT (l'allèle de vulnérabilité) et la présence d'antécédent d'abus sexuel (le facteur de risque), dans le but d'expliquer l'existence de symptômes psychotiques chez les sujets ayant un trouble bipolaire.

Resultats : il n'existe pas de différence de distribution des génotypes du 5-HTT chez les patients et les sujets contrôles. Néanmoins, la fréquence de l'allèle "s" était plus élevée chez les patients bipolaires avec symptômes psychotiques (p=0,01), avec un effet-dose de l'allèle "s". Les abus sexuels durant l'enfance ne sont par contre pas apparus constituer un facteur de risque dans notre population (p>0,10). Une interaction est par contre retrouvée entre les abus sexuels durant l'enfance et l'allèle "s" avec l'abus ou la dépendance au cannabis (p=.003), cette comorbidité addictive étant fortement associée à la présence d'hallucinations dans notre population (p=.004).

Conclusions : L'allèle "s" du 5-HTT pourrait constituer un facteur "modificateur du phénotype" expliquant la présence de symptômes hallucinatoires plutôt que d'augmenter indépendamment le risque de trouble bipolaire de manière générale. De plus, les liens entre hallucination et abus sexuels durant l'enfance pourraient être médiés par l'abus de cannabis.

Informations pratiques congrès

BADGES

• Nous vous rappelons que, pour des raisons de sécurité, le port du badge est obligatoire pendant toute la durée du congrès.

CAFÉ D'ACCUEIL

jeudi, vendredi, samedi de 8 h 30 à 9h 00.

• Un café d'accueil est à votre disposition dans le Péristyle (rez-de-chausée)

DÉJEUNER

• Vous trouverez avec votre badge 3 tickets pour les déjeuners

- jeudi (13 h à 14h)
- vendredi 13h15 à 14h30)
- samedi (12h à 14h).

Les repas ont lieu au niveau du Péristyle et sous les arcades devant le Péristyle

PAUSES

• Elles ont lieu au niveau du Péristyle le matin et l'après-midi

CAFETERIA

• Vous avez la possibilité de vous désaltérer au niveau d'une cafeteria ouverte en permanence (9 h à 18 h) - payante.

HALL DES EXPOSITIONS : "SALLE DES CONGRÈS"

• Elle se situe au niveau 2, et accessible en permanence

MANIFESTATION CULTURELLE

• Le Comité d'organisation du congrès et la Mairie de Bastia ont le plaisir de vous convier le jeudi 5 juin à une visite pédestre de la ville de Bastia, suivie d'une réception à la Mairie.

Il vous est demandé de vous trouver à 19 h 15 au niveau du Péristyle. Des groupes de 20 à 30 personnes, selon la participation, seront formés et seront accompagnés de guides professionnels.

GALA "SOIRÉE PRESTIGE"

• La soirée se déroulera le vendredi 6 juin sur le Vieux Port privatisé de Bastia.

• Elle débutera à 19 h 30 où l'ensemble des convives partiront à pied du lieu du congrès pour se rendre dans un premier temps à l'église Saint-Jean où un concert privé sera donné de 20h à 20 h 30.

• Départ ensuite de l'église Saint-Jean, à travers les ruelles de Bastia, pour prendre possession des restaurants réservés sur le Vieux Port privatisé. Un apéritif sera servi jusqu'à 21 h.

• A 21 h, début du repas et des festivités.

• Nous vous rappelons qu'il est impératif de vous inscrire à cette soirée de gala (75 €) où des cartons nominatifs vous seront délivrés avec le restaurant qui vous est attribué. Vous pouvez vous inscrire au bureau du congrès.

LIEU DU CONGRÈS

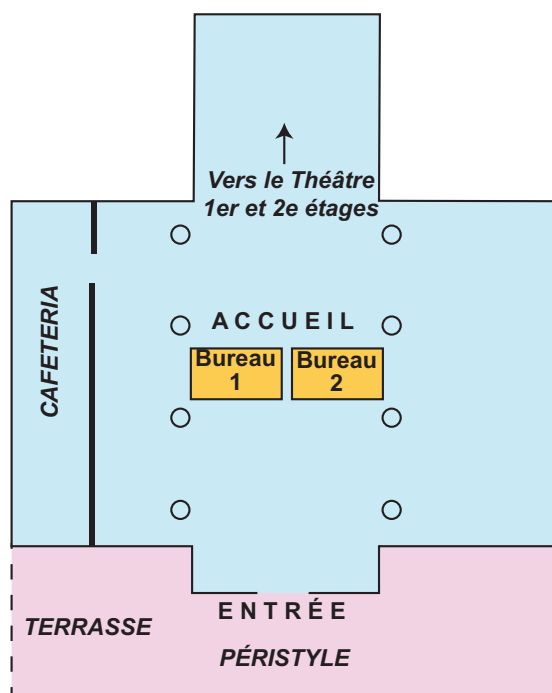
Théâtre de la Ville de Bastia - rue Favalelli
20200 Bastia

tél. + 33 (0)4 95 34 98 00

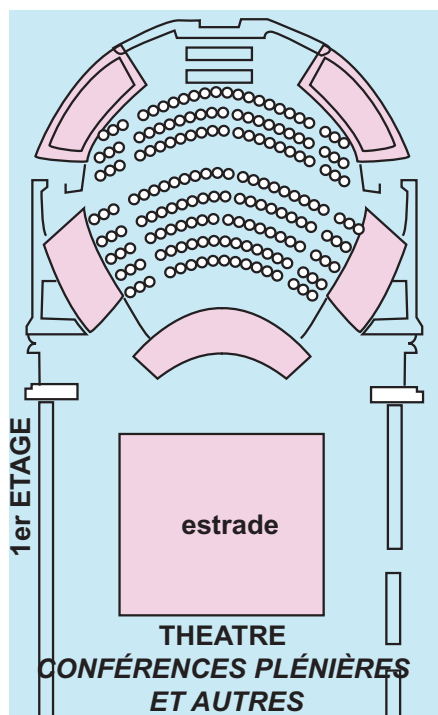
fax + 33 (0)4 95 34 98 09

e-mail : theatre-bastia@wanadoo.fr

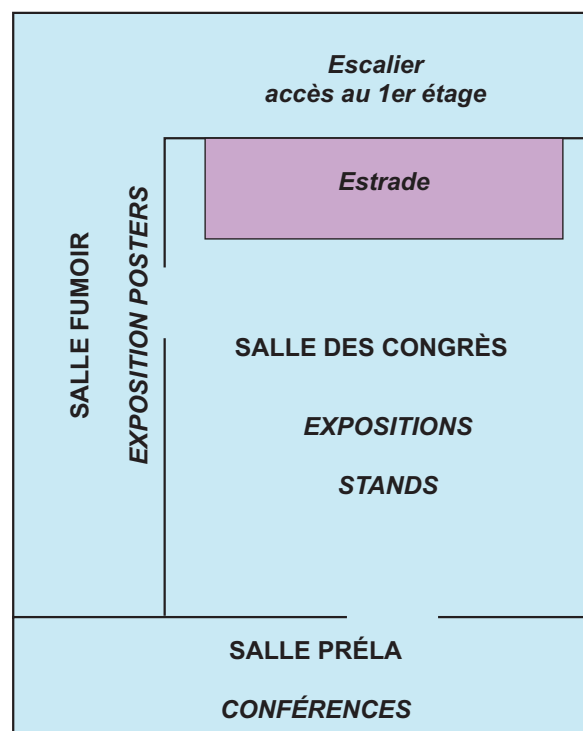
Théâtre (conférences plénières et autres) ;
Salle des Congrès (salle Expositions) ;
Salle Préla (conférences) ;
Salle du Fumoir (communications posters).



REZ-DE-CHAUSSÉE



1er ÉTAGE



2e ÉTAGE

INSCRIPTION ET/OU ORGANISATION LOGISTIQUE DU CONGRÈS

Pour toutes questions :

- Responsables : Madame Anne Rocchi - Monsieur Gérard Mazzoni

Durant le congrès, un bureau est ouvert au niveau du Péristyle, vous permettant d'obtenir les renseignements que vous souhaitez concernant inscription et organisation logistique du congrès.

contact : abis.anne@9business.fr - tél. 04 95 59 00 04

• Pour toute question concernant votre hébergement et votre transport :

Negroni Voyages - Service groupes

3 rue César Campinchi - 20200 Bastia (à quelques mètres de l'angle de l'escalier d'accès au Théâtre)

Tél. 04-95-32-64-64 direct ou 31-08-04 - Fax: 04-95-32-55-19

www.negronivoyages.com

Responsables : Madame Marie-Hélène Filipini et Madame Marine Bastard

T R A N S P O R T

• Pour la durée du congrès, un système de navette gratuite a été mis en place, qui fonctionnera le matin de manière à ce que vous soyez au congrès à 8 h 45 et le soir en fonction des manifestations.

• Ces navettes vous conduiront le matin de votre hôtel au lieu du congrès en fonction d'horaires déterminés selon l'emplacement de votre hôtel

REMISE DU PRIX "PREMIÈRE COMMUNICATION" DU CPNLF

Cette remise aura lieu le vendredi 6 juin de 19 h à 19 h 30 en salle plénière, après le symposium des laboratoires BMS Otsuka qui parrainent ce prix.

REMISE DU PRIX DES TROIS MEILLEURS POSTERS

Le samedi 7 juin lors du déjeuner à 12 h 30.

C O N G R È S E T F M C

Nous vous rappelons que les thématiques des sessions académiques font l'objet d'une accréditation en tant que formation professionnelle continue (FMC) "présentielle" donnant droit à quatre (4) crédits pour une demi-journée.

Les ateliers de FMC du CPNLF entrent dans le cadre des Formations individuelles donnant droit à deux (2) crédits, selon leur durée.

Par ailleurs une demande d'accréditation auprès de l'Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS) est en cours.

Une attestation de présence sera délivrée aux participants régulièrement inscrits tant au congrès qu'aux ateliers de FMC.

Informations pratiques générales

Quelques restaurants à Bastia et dans les environs

Chez Huguette
quai Sud, au Vieux Port
Tél.04 95 31 37 60

La Petite Marie
2 rue des Zéphyr
Tél. (réservation) 04 95 32 47 83

Le Bouchon
Vieux Port
Tél.04 95 58 14 22

Restaurant Lavezzi
8, Rue St Jean, Bastia
Tél.04 95 31 05 73

La Citadelle
6, rue du Dragon / rue Sainte-Croix
Tél. 04 95 31 44 70

La Table du Marché Saint-Jean
place du Marché
Tél. 04 95 31 64 25

A Casarella,
6 rue Sainte-Croix
Tél.04 95 32 02 32
Le Caveau du Marin
14 quai des Martyrs-de-la-Libération
Tél.04 95 31 62 31

Grazie Mille
1, Place Marché,
Tél.04 95 32 38 22

Restaurant Ostella
Avenue Sampiero Corso
Sortie Sud de Bastia
Tél.04 95 30 97 70

La Corniche
Hameau de Castagneto
San-Martino-di-Lota
Tél.04 95 31 40 98

voir également les documents remis dans votre sacoche
et à l' Office du Tourisme de l'Agglomération de Bastia
Place Saint-Nicolas 20200 Bastia
04.95.54.20.40
04.95.54.20.41

Horaires d'ouverture :
- du lundi au samedi : 8h30-12h et 14h-18h
- le dimanche et les jours fériés : 9h30-13h

Taxis partenaires du congrès

Taxis de l'Aéroport de Poretta
Tél. 04 95 36 04 65
fax : .04 95 54 54 64

Les Taxis Oranges Bastiais
Tél. 04 95 32 24 24

Radio Taxis Bastiais
Tél. 04 95 34 07 00

Index des auteurs

	<i>Page</i>		<i>Page</i>
Alezrah Charles Dr	10 ,22	Jalenques Isabelle Pr	12, 28
Allilaire Jean-François Pr	11, 23	Jover Frédéric Dr	10, 22
Bailly Daniel Pr	13, 30,	Lachaux Bernard Dr	11, 12, 25, 28
Baylé Franck Pr	11, 23	Lançon Christophe Pr	14, 32
Bonetti Jean-Martin Dr	13, 30	Leonetti Georges Pr	11, 24
Bottai Thierry Dr	13, 30	Levy Michel Dr	11, 23
Bouchez Jacques Dr	13, 29	Llorca Pierre-Michel Pr	15, 35
Bouvard Manuel Pr	13, 28	Loas Gwenolé Pr	11, 24
Caci Hervé Dr	13, 29	Martin Patrick Pr	14, 24, 28, 32
Caroli François Dr	13, 20	Mattei Pierre-Olivier Dr	10,22
Cathébras Pascal Pr	11, 24	Moore Nicolas Pr	12, 28
Cermolacce Michel Dr	15,34	Nuss Philippe Dr	15, 35
Chabannes Jean-Paul Dr	11, 13, 25	Ould Hamady Hamed Dr	10,23
Chabot Jean-Michel Pr	12, 26, 28	Peretti Charles-Siegfried Pr	11, 13, 15, 23,35
Cortese Samuele Dr	13, 29	Poncet Michel Pr	14, 32,32
Courtet Philippe Pr	12, 13, 28	Pringuey Dominique Pr	12, 26
Darcourt Guy Pr	10, 21	Raharivelo Adelione Pr	10, 23
Dubois Olivier Dr	11, 24	Rénéric Jean-Philippe Dr	13, 29
Francioni Thierry M.	12, 28	Ristorcelli Philippe Dr	14, 32
Furtos Jean Dr	10, 22	Robert Philippe Pr	14, 32
Gérard Daniel Dr	10, 23	Schoendorff Patrice Dr	11, 25
Gorwood Philipp Pr	15, 34	Szekely David Dr	15, 34
Gozlan Guy Dr	13, 31	Tabib Alain Dr	11, 25
Hamon Michel Pr	15, 33	Thibaut Florence Pr	15, 34
Hardy-Baylé Marie-Christine Pr	12, 26	Thomas Pierre Pr	12, 27
Harrois Sophie Dr	14, 32		

Remerciements



aux partenaires

Nous tenons à remercier pour leur aide précieuse,

• Les laboratoires pharmaceutiques :

Bristol Myers Squibb et Otsuka
Eisai
Sanofi-Aventis

Biocodex, Euthérapie, Janssen-Cilag, Lundbeck, Wyeth

• Mme le Dr Hélène OLLAT, Directrice de l'Association pour la Neuro-Psycho-Pharmacologie (ANPP)

• Le Conseil national des Exploitants Thermaux

• **Nos partenaires institutionnels :**

- Monsieur Emile Zuccarelli, Maire de Bastia

- Monsieur Ange Santini, Président de l'Exécutif de l'Assemblée de Corse

- Monsieur Paul Giaccobi, Président du Conseil général

- Monsieur Jean-Baptiste Raffalli, Vice-président du Conseil général

- Monsieur Henri Sisco, Conseiller à l'Assemblée de Corse

- Monsieur Jean Femenia, Président de la Chambre de commerce et d'industrie de Bastia

- **l'Office de Tourisme de Bastia**, Madame Véronique Valentini, Monsieur Josian Calloni

- **Negroni Voyages** et tout particulièrement Madame Marie-Hélène Filippini et Mademoiselle Marine Bastard

- Monsieur le Professeur Jean Albertini, traducteur, qui nous a permis de mieux mesurer l'intérêt de nos écrits en langue corse

- Madame Marie-Josée Fontanet, Monsieur Michel Grossi, Madame Vivianne Lambert, Monsieur Gérard Mazzoni, Madame Anne Rocchi, ainsi que le comité d'organisation

- Monsieur Thierry Francioni, conseiller viticole à la chambre d'Agriculture de Bastia, pour avoir parcouru la Corse du nord au sud, d'est en ouest, pour nous faire découvrir les mystères du Niellucciu et du Malvasia.

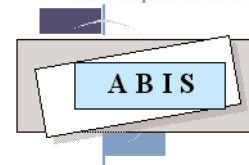
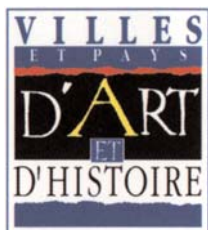
Nos plus vifs remerciements à tous les Présidents de séance, les modérateurs et intervenants qui nous ont, au travers de nos deux associations le CPNLF et l'ACESM, fait partager leur savoir et permis de débattre pour permettre une meilleure prise en charge de nos patients.

Le prix "Première communication 2008" de l'association du CPNLF a été parrainé cette année par les laboratoires Bristol Myers Squibb et Otsuka, qu'ils en soient vivement remerciés.

Sans oublier toutes les personnes qui ont contribué au succès du congrès et qui nous pardonneront de ne pas les nommer individuellement.



Otsuka Pharmaceutical France SAS



www.negronivoyages.com

Agence - Bureautique - Informatique - Secrétari
Rocchi Anne
Zone industrielle de Furiani - 20600 Furiani
Tél : 04.95.59.00.04 - Fax : 04.95.34.32.82