

# L'ENCEPHALE

afpbn

revue de psychiatrie clinique  
biologique et thérapeutique

## 11<sup>e</sup> CONGRES de L'ENCEPHALE



Palais des Congrès de Paris  
23, 24 et 25 Janvier 2013

[www.encephale.com](http://www.encephale.com)

# L'ENCÉPHALE

## Rédacteurs en chef

H. Lôo, J.-P. Olié

Correspondance : H. Lôo, hôpital Sainte-Anne, 108, rue de la Santé, 75014 Paris.

E-mail : g.lohe@ch-sainte-anne.fr

## Comité de rédaction

T. d'Amato, D. Bailly, E. Corruble, A. Danion-Grillat, B. Giros, P. Gorwood, M. Hamon, M.-C. Hardy-Baylé, R. Jouvent, J.-P. Kahn, M.-O. Krebs, P.-M. Llorca, B. Millet, M. Petit, M.-F. Poirier, P. Robert, D. Sauvage, D. Sechter, J.-L. Senon, F. Thibaut, J.-M. Vanelle

## Secrétaires de rédaction

D. Gourion, C. Spadone

## Comité de patronage

J. Angst (Zurich), C. Ballus (Barcelone), S. Brion (Paris), J. Costa é Silva (Rio de Janeiro), M. Escande (Toulouse), A. Féline (Paris), D. Ginestet (Paris), J. Guyotat (Lyon), G. Le Fur (Paris), T. Lempérière (Paris), J.-P. Lépine (Paris), J. Mendlewicz (Bruxelles), A. Okasha (Le Caire), R. Ropert (Paris), G. Sarwer-Foner (Michigan), M. Schou (Copenhague), J.-C. Scotto (Marseille)

## Comité de lecture international

J.-F. Allilaire (Paris), M. Anseau (Liège), P. Bech (Hilleroch), H. Beckmann (Wuerzburg), B. Ben Hadj Ali (Sousse), C. Benkelfat (Montréal), T. Bougerol (Grenoble), M. Bourgeois (Bordeaux), M.-G. Bousser (Paris), C.B. Cassano (Pise), C.L. Cazzullo (Milan), H. Cuhe (Paris), J. Daléry (Lyon), J.-M. Danion (Strasbourg), S. Douki (Lyon), F. Ferrero (Genève), R.R. Fieve (New York), R. Klein (New York), C. Lajeunesse (Levis), P. Lemoine (Lyon), A. Mann (Londres), S. Montgomery (Londres), C. De Montigny (Montréal), D. Moussaoui (Casablanca), C.B. Nemeroff (Atlanta), A. Pacheco Palha (Porto), D. Pringuey (Nice), C. Pull (Luxembourg), N. Sartorius (Genève), B. Scatton (Paris), J. Tignol (Bordeaux), A. Villeneuve (Beauport)

L'Encéphale est répertoriée dans les bases : Current contents, Medline, EMBASE (Excerpta Medica), Pascal (INSIT/CNRS), Excerpta Psychiatria, Neuroscience Citation Index™, Index Medicus, SCOPUS®, Research Alert®

---

*L'Encéphale* (ISSN 0013-7006) 2013 (volume 39) Un an ; 6 numéros, 2 hors-série, des numéros thématiques. Voir tarifs sur le site <http://www.elsevier-masson.fr/revue/539>

Adresser commande et paiement à Elsevier Masson SAS, Service Abonnements, 62, rue Camille-Desmoulins, 92442 Issy-les-Moulineaux cedex : paiement par chèque, carte de crédit (CB, MasterCard, EuroCard ou Visa : indiquer le n°, la date d'expiration de la carte, le cryptogramme et signer) ou par virement : La Banque postale, Centre de Paris, n° RIB 20041 00001 1904540H020 95.

Les abonnements sont mis en service dans un délai de 4 semaines après réception du paiement. Ils partent du premier numéro de l'année. Les numéros de l'année et les volumes antérieurs doivent être commandés à l'éditeur. Les réclamations pour les numéros non reçus doivent parvenir dans un délai maximal de 6 mois après la parution. Expédition par voie aérienne incluse.

**Coordination éditoriale et publicité** - Annie Bloch. Quatorze Bis, 64, rue du Ranelagh, 75016 Paris.

Tél. : +33 (0)1 45 43 00 95. Port. : 06 73 00 74 77. E-mail : [annie.bloch@quatorzebis.fr](mailto:annie.bloch@quatorzebis.fr) - Site web : [www.compharma.fr](http://www.compharma.fr)

**Responsable de production éditoriale** - Sophie Galibert. Tél. : +33 (0)1 71 16 54 17. Fax : +33 (0)1 71 16 51 67.

E-mail : [s.galibert@elsevier.com](mailto:s.galibert@elsevier.com)

**Éditeur** - Annette Doré

**Abonnements** - Tél. : +33 (0)1 71 16 55 99. Fax : +33 (0)1 71 16 55 77. E-mail : [infos@elsevier-masson.fr](mailto:infos@elsevier-masson.fr)

**Directeur de la publication** - M. Doncieux

---

Imprimé en France par TI Median, Les Ulis (91)

CPPAP : 79551-Dépôt légal à parution

ISSN : 0013-7006

© L'Encéphale, Paris, 2013

Édité par Elsevier Masson SAS, Société par actions simplifiée au capital de 675 376 €.

RCS Nanterre B 542 037 031

Siège social : 62, rue Camille-Desmoulins, 92130 Issy-les-Moulineaux

Actionnaire : Elsevier Holding France

Président : Stéphanie van Duin

Cette publication et son contenu sont protégés par le copyright de L'Encéphale, et les dispositions suivantes s'appliquent à leur utilisation :

### **Photocopies**

Les simples photocopies d'articles isolés sont autorisées pour un usage privé, dans la mesure où les lois nationales relatives au copyright le permettent. L'autorisation de l'éditeur et le paiement de redevances sont obligatoires pour toutes les autres photocopies, y compris les copies multiples ou systématiques, les copies effectuées à des fins promotionnelles ou de publicité, la revente ou toute autre forme de distribution de documents. Des tarifs spéciaux sont disponibles pour les institutions d'enseignement qui souhaitent faire des photocopies à des fins non commerciales d'enseignement. Les personnes peuvent obtenir les autorisations nécessaires et payer les redevances correspondantes auprès du Centre français d'exploitation du droit de la copie (20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris, France).

### **Supports dérivés**

Les abonnés sont autorisés à effectuer des copies des tables des matières, ou à établir des listes d'articles comprenant des extraits pour un usage interne à l'intérieur de leurs institutions. L'autorisation de l'éditeur est requise pour toute revente ou divulgation en dehors de l'institution. L'autorisation de l'éditeur est requise pour tous autres travaux dérivés, y compris les compilations et les traductions.

### **Saisie électronique**

L'autorisation de l'éditeur est requise pour saisir de façon électronique tout élément contenu dans la présente publication, y compris tout ou partie d'un article. Prière de prendre contact avec l'éditeur. À l'exception de ce qui est indiqué ci-dessus, aucune partie de cette publication ne peut être reproduite, saisie dans un système de sauvegarde, ou transmise sous quelque forme que ce soit, électronique, mécanique, par photocopie, enregistrement ou autre, sans l'autorisation préalable de l'éditeur.

La responsabilité de l'éditeur ne saurait en aucune façon être engagée pour tout préjudice et/ou dommage aux personnes et aux biens, que cela résulte de la responsabilité du fait des produits, d'une négligence ou autre, ou de l'utilisation de tous produits, méthodes, instructions ou idées contenus dans la présente publication. En raison de l'évolution rapide des sciences médicales, l'éditeur recommande qu'une vérification extérieure intervienne pour les diagnostics et la posologie.

Bien que toutes les publicités insérées dans cette revue soient supposées être en conformité avec les standards éthiques et médicaux, l'insertion de publicités dans ce journal ne constitue aucune garantie ou reconnaissance de qualité ou de la valeur d'un produit ou des déclarations faites par le producteur de celui-ci à propos de ce produit.

Les instructions aux auteurs sont publiées dans le premier numéro de l'année. Vous pouvez aussi accéder à ces instructions en vous rendant sur le site <http://www.em-consulte.com/produit/encep>

Disponible en ligne sur [www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com)

**SciVerse ScienceDirect**

## Comité scientifique

J.-P. Olié, Paris

H. Lôo, Paris

R. Gaillard, *Secrétaire*

J. Adès, Colombes

M. Ansseau, Belgique

B. Ben Hadj Ali, Tunisie

J. Daléry, Lyon

A. Danion, Strasbourg

J.N. Despland, Suisse

P. Fossati, Paris

J. Glikman, Saint-Denis

D. Gourion, Paris

Y. Morvan, Reims

J. Pon, Toulouse

C. Pull, Luxembourg

D. Purper-Ouakil, Paris

D. Sechter, Besançon

M.-N. Vacheron, Paris

D. Willard, Paris

A. Bloch, *Coordonnateur*



## 11<sup>e</sup> congrès de l'encéphale

Résumés des communications scientifiques  
sélectionnées par le Comité Scientifique

Paris, janvier 2013

### Communications orales de CO 01 à CO 16

#### Trouble de l'humeur

- Déficit de l'inhibition cognitive chez les personnes âgées déprimées :  
un marqueur neurocognitif du risque suicidaire ? – CO 01 . . . . . 3
- Augmentation du taux de tentative de suicide en Belgique  
et crise économique – CO 02 . . . . . 3
- Recrudescence du suicide par immolation pendant la révolution tunisienne :  
impact psychologique sur le personnel soignant – CO 03 . . . . . 3
- Déficit du transfert interhémisphérique dans l'alexithymie :  
un test clinique simple – CO 04 . . . . . 4

#### Pédopsychiatrie

- Dépistage des sujets à risque de troubles des conduites alimentaires  
à l'adolescence : étude descriptive chez 3 344 collégiens – CO 05 . . . . . 4
- Place de la remédiation cognitive dans la prise en charge  
des enfants hyperactifs – CO 06 . . . . . 5
- Effet du méthylphénidate sur les structures cérébrales des enfants atteints  
de trouble de l'attention avec hyperactivité : une étude de morphométrie  
voxel à voxel – CO 07 . . . . . 5
- Ados et porno : impact de la consommation de pornographie  
chez les adolescents agresseurs sexuels – CO 08 . . . . . 6

#### Psychose

- Schizophrénie et cognition sociale : quels rôles pour la reconnaissance  
des émotions faciales et la théorie de l'esprit – CO 09 . . . . . 6
- Antisocialité et troubles psychotiques : de l'héboïdophrénie à la psychopathie  
grave en passant par *schizophrenia simplex* : le chaos nosographique – CO 10 . . . 6
- Impact du vécu de la guerre au Liban sur la violence  
des patients psychotiques – CO 11 . . . . . 7
- Schizophrénie et l'appréciation de l'humour – CO 12 . . . . . 7

#### Prise en charge thérapeutique

- Étude des prescriptions hors autorisation de mise sur le marché (hors AMM)  
en établissement spécialisé en psychiatrie – CO 13 . . . . . 8

Abstinence tabagique de 24 heures et expérience groupale positive pour augmenter la motivation à arrêter de fumer en psychiatrie : résultats préliminaires – CO 14 . . . . .	8
Évolution de la symptomatologie anxieuse et dépressive dans l’anorexie mentale au cours de la renutrition : liens avec le métabolisme du tryptophane et de la sérotonine – CO 15. . . . .	9
Évaluation des changements de personnalité chez des auteurs d’infraction à caractère sexuel incarcérés : l’expérience des sessions thérapeutiques du SMPR de fresnes – CO 16 . . . . .	9

## Posters de PO 001 à PO 539

### Cas clinique

Aspects historiques, culturels et religieux de l’immolation – PO 001 . . . . .	13
Prévalence des tentatives de suicide chez une population consultant à l’hôpital Arrazi de Salé : profil clinique et sociodémographique – PO 002. . . . .	13
Prévalence et profil du syndrome métabolique chez une population de patients bipolaires I – PO 003. . . . .	13
Évolution korsakovienne d’un syndrome de Klüver et Bucci – PO 004 . . . . .	14
Syndrome parkinsonien d’origine vasculaire et troubles psychiatriques : à propos d’un cas – PO 005 . . . . .	14
L’impact du stress sur la santé dans le milieu professionnel – PO 006 . . . . .	14
Syndrome malin des neuroleptiques à l’hôpital Arrazi de Salé : profil des patients à risque – PO 007 . . . . .	15
Hémodialyse chronique, dialyse péritonéale : étude comparative de la qualité de vie – PO 008. . . . .	15
Remaniements psychoaffectifs chez les patients atteints de connectivité – PO 009 . . . . .	16
Épisode maniaque dans la maladie de Parkinson : à propos d’un cas – PO 010. . . . .	16
Délirium : à propos d’un cas – PO 011 . . . . .	16
Trouble thymique et symptomatologie obsessionnelle compulsive : à propos d’un cas – PO 012 . . . . .	17
Syndrome de Stevens Johnson secondaire aux antipsychotiques – PO 013. . . . .	17
Un cas d’auto-strangulation manuelle réussie ? – PO 014. . . . .	17
Narcolepsie avec cataplexie : facteurs étiopathogéniques à propos d’un cas – PO 015 . . . . .	18
Priapisme sous levopromazine, à propos d’un cas clinique – PO 016. . . . .	18
Hallucinations musicales chez un sujet âgé présentant un épisode dépressif atypique – PO 017. . . . .	18
Myasthénie et difficultés de prescription des psychotropes chez le malade mental : à propos d’un cas clinique – PO 018. . . . .	19
Acéculéoplasminémie révélée par une mélancolie avec symptômes psychotiques – PO 019. . . . .	19
Thrombocytopénie sous quetiapine : à propos de deux cas – PO 020 . . . . .	19
À propos d’un cas d’hypersalivation secondaire à une substitution sur un traitement chronique en benzodiazépine – PO 021 . . . . .	20
Manifestations psychiatriques dans la sclérose en plaque : à propos d’un cas – PO 022 . . . . .	20
Le post-partum blues – PO 023 . . . . .	21

La folie à deux : à propos d'un cas de folie communiquée – PO 024. ....	21
Filicide au cours d'un syndrome de munchausen par procuration : à propos d'un cas – PO 025 .....	21
La prévalence de l'anxiété chez les personnes âgées hémodialysées – PO 026 ..	22
Troubles bipolaires chez l'enfant et l'adolescent : une étude clinique à partir de 11 cas – PO 027. ....	22
À propos d'un cas de pseudo-paragangliome sous clozapine – PO 028. ....	22
Association d'une triade morbide : dépression, dysfonction érectile et cardiopathies ischémiques – PO 029 .....	23
Dépression et sclérose en plaques : à propos d'un cas – PO 030 .....	23
Cas de dystonie aiguë praryngo-laryngée sous neuroleptiques – PO 031 .....	24
« Devenir eunuque » : à propos d'un cas d'autocastration non psychotique – PO 032 .....	24
Syndrome d'Ekbom chez un légionnaire : cas ou une incision sus-pubienne auto-infligée remplace le signe de la boîte d'allumette – PO 033 ..	24
Quand le contexte nous égare : à propos d'une épilepsie hippocampique – PO 034 .....	25
Psychose délirante aiguë cortico-induite au cours de la polyangéite microscopique – PO 035. ....	25
Ingestion de corps étrangers chez les détenus : à propos d'un cas – PO 036 ...	25
Un accès psychotique aigu secondaire : entre l'iatrogénie des antituberculeux et la localisation neuroméningée de la tuberculose ? À propos d'une observation – PO 037 .....	26
Délire de maternité dans les suites d'un pseudocyesis – PO 038 .....	26
L'état d'inhibition : à propos d'un cas clinique – PO 039 .....	26
Troubles anxiodépressifs révélés par une tumeur cérébrale, à propos d'un cas – PO 040 .....	27
Catatonie et syndrome malin des neuroleptiques – PO 041. ....	27
Potomanie et schizophrénie : à propos d'un cas clinique – PO 042. ....	28
Prévalence de tentative de suicide par immolation à la consultation externe : étude à propos de 6 cas – PO 043 .....	28
Troubles psychiatriques et tuberculose cérébrale : à propos d'un cas – PO 044 ..	28
Trouble anxieux et maladie de Behçet : à propos d'un cas – PO 045 .....	29
Démence vitaminique à propos de cinq cas – PO 046 .....	29
Syndrome frontal post-traumatique : à propos d'un cas – PO 047 .....	30
Psychoses aiguës nuptiales : à propos de deux cas – PO 048 .....	30
La schizophrénie à début très précoce : à propos d'un cas – PO 049. ....	30
Maladie de Huntington et conduite suicidaire : à propos d'un cas – PO 050. ....	31
Passage à l'acte médico-légal chez les bipolaires : nature et moment de survenue – PO 051 .....	31
La dépression chez le diabétique : prévalence et caractéristiques cliniques – PO 052. ....	31
Comorbidité entre alcool-dépendance, dépression et troubles anxieux – PO 053 .....	32
Addiction à l'alcool chez le sujet âgé – PO 054 .....	32
Évaluation de l'allongement de l'intervalle QT chez les patients sous antipsychotiques – PO 055. ....	32



La schizophrénie tardive à propos d'un cas – PO 056 . . . . .	32
Ça peut servir un jour ! : le collectionnisme compulsif à propos d'un cas – PO 057 . . . . .	33
Efficacité de la stimulation Theta Burst intermittente appliquée sur le cortex préfrontal gauche dans le traitement de la fibromyalgie : à propos d'un cas – PO 058 . . . . .	33
Trouble psychotique révélant un syndrome de Gougerot Sjogren : à propos d'un cas – PO 059 . . . . .	34
Intérêt du méthylphénidate dans le traitement d'un épisode dépressif majeur résistant : dans le trouble bipolaire de type 1 (BP1), à propos d'un cas clinique – PO 060 . . . . .	34
Chorée de Huntington et trouble de l'humeur de type dépressif : à propos d'un cas – PO 061 . . . . .	34
Épilepsie temporale et schizophrénie : à propos d'un cas – PO 062 . . . . .	35
Neuro-Behçet et dépression : à propos d'un cas – PO 063 . . . . .	35
Quand la maladie cancéreuse atteint le couple : à propos d'un cas – PO 064 . . .	36
La schizophrénie infantile : à propos d'un cas – PO 065 . . . . .	36
Catatonie et syndrome malin des neuroleptiques : liens cliniques et hypothèses étiopathogéniques – PO 066 . . . . .	36
Troubles psychiques chez les tuberculeux – PO 067 . . . . .	37
À propos d'un cas d'agésie – PO 068 . . . . .	37
Syndrome de Cotard : déni d'organe ? Déni de membre ? – PO 069 . . . . .	37
Symptômes psychiatriques dans la sclérose en plaques : à propos d'un cas – PO 070 . . . . .	38
Pathomimie, signal d'alerte dévoilant des troubles psychologiques : à propos d'un cas – PO 071 . . . . .	38
Épilepsie et conduites suicidaires : à propos de deux cas cliniques – PO 072 . . .	38
Particularité de l'expression de la dépression aux antilles à propos d'un cas – PO 073 . . . . .	39
Douleur et schizophrénie : à propos de 4 cas cliniques – PO 074 . . . . .	39
Épilepsie et personnalité antisociale : à propos d'un cas – PO 075 . . . . .	40
Une trichotillomanie sévère associée ? des obsessions idéatives : propos d'une observation – PO 076 . . . . .	40
Homicide en milieu institutionnel : à propos d'un cas – PO 077 . . . . .	40
Manifestations psychiatriques de survenue brutale révélant une épilepsie temporale : à propos d'un cas clinique – PO 078 . . . . .	40
Peinture d'une patiente bipolaire, ayant un passé marqué de maltraitance – lecture attachementiste d'un cas clinique – PO 079 . . . . .	41
Voyages et troubles psychiatriques : à propos de 22 cas – PO 080 . . . . .	41
Les complications digestives de la clozapine : à propos d'un cas – PO 081 . . . .	42
Hypothyroïdie associée à un épisode maniaque : à propos d'un cas – PO 082 . .	42
Tentatives de suicide chez les adolescents de la région de Tanger-Tetouan au Maroc – PO 083 . . . . .	42
Crise borderline maligne à l'adolescence ? Comment le modèle de l'hypertension artérielle peut nous aider à penser la pathologie borderline adolescente – PO 084 . . . . .	43
Dialyse chronique : quel état d'âme ? – PO 085 . . . . .	43

Maladies transmissibles et buprénorphine à haut dosage en Tunisie – PO 086 . . .	43
Criminalité et malades mentaux âgés à l'hôpital psychiatrique Razi de Tunis – PO 087 . . . . .	44
Insight et trouble obsessionnel compulsif : quelles conséquences ? Exemple d'une observation – PO 088 . . . . .	44
Prise en charge du patient psychotique atteint de cancer : à propos d'un cas – PO 089 . . . . .	44
Diabète type 1 et autisme – PO 090 . . . . .	45
Récupération dans l'autisme : effet d'un stress aigu, à propos d'un cas – PO 091 . . . . .	45
Les troubles cognitifs des patients atteints de schizophrénie : évaluation subjective, à propos de 32 cas – PO 092 . . . . .	45
Trouble bipolaire type I et conduites addictives – PO 093 . . . . .	46
Corrélation entre un trouble psychotique aigu et l'introduction de l'acébutolol chez une femme de 43 ans – PO 094 . . . . .	46
Tragédie d'une personnalité limitée – PO 095 . . . . .	46
Tentative de suicide au cours d'une crise épileptique partielle : à propos d'un cas – PO 096 . . . . .	47
Étiologies organiques de troubles psychiatriques : à propos de deux cas – PO 097 . . . . .	47
Méningiome et/ou psychose ? – PO 098 . . . . .	47
Personnalité schizotypique en milieu universitaire à Rabat (Maroc) – PO 099 . . . .	48
La schizophrénie dans sa forme infantile : une observation clinique rare – PO 100 . . . . .	48
Place de la pathomimie dans la clinique de la désadaptation : à propos d'un hygroma du coude en milieu militaire – PO 101 . . . . .	48
Dépression résistante et organicité : à propos d'un cas – PO 102 . . . . .	48
Thrombocytose, hyperéosinophilie et cytolyse hépatique sous clozapine – PO 103 . . . . .	49
La pseudodémence dépressive : à propos d'un cas – PO 104 . . . . .	49
Manie secondaire : à propos d'un cas – PO 105 . . . . .	50
Paraphrénie – étude d'un cas – PO 106 . . . . .	50
Pèlerinage et trouble psychotiques : à propos de deux cas – PO 107 . . . . .	50
Homicide sexuel incestueux commis par un adolescent de 16 ans – PO 108 . . . .	50
Pelade et dépression – PO 109 . . . . .	51
L'apport de l'expression artistique dans les états de stress post-traumatique – PO 110 . . . . .	51
Les prescriptions de la clozapine chez une population de patients atteints de schizophrénie ayant commis des actes médico-légaux : (indications, doses efficaces, traitements associés) – PO 111 . . . . .	52
Maladie de Huntington et dépression – PO 112 . . . . .	52
Automutilation génitale et schizophrénie : étude de cas – PO 113 . . . . .	53
Manifestations psychiatriques inaugurales d'une maladie de Fahr – PO 114 . . . .	53
Prise en charge par TCC d'un trouble panique avec agoraphobie – PO 115 . . . .	53
Manifestations psychiatriques au cours du traitement de l'hépatite virale C – PO 116 . . . . .	54

## Épidémiologie

Le double diagnostic de maladie mentale sévère et toxicodépendance : la nécessité d'une sensibilisation dans les milieux psychiatriques – PO 117 . . . . .	54
La santé mentale des étudiants en médecine – PO 118 . . . . .	54
Épidémiologie des intoxications mortelles par médicaments au Mali – PO 119 . . . . .	54
Santé mentale et éducation : étude cas-temoin des facteurs de risque psychosociaux associés au décrochage scolaire au Luxembourg – PO 120 . . . . .	55
La santé mentale des étudiants : à propos d'une enquête menée à l'université Lyon 1 – PO 121 . . . . .	55
Vulnérabilité psychique et santé au travail – PO 122 . . . . .	56
Primo-prescriptions d'antipsychotiques chez les 15-24 ans. Taux de rétention deux ans après – PO 123 . . . . .	56
Prévalence des tentatives suicidaires dans le trouble dépressif récurrent – PO 124 . . . . .	57
Prévalence des difficultés psychologiques des étudiants, recours au généraliste ou au « psy » et retentissement sur le fonctionnement scolaire : 1 <sup>ers</sup> résultats d'une enquête menée au service interuniversitaire de médecine préventive et de promotion de la santé de Paris auprès de 2 886 étudiants – PO 125 . . . . .	57
Mort subite en psychiatrie : quel profil de patients ? – PO 126 . . . . .	57
Prévalence du stress post-traumatique et de la dépression chez les soignants exerçant aux services des urgences dans la période de la révolution tunisienne – PO 127 . . . . .	58
Le profil sociodémographique des femmes présentant une psychose puerpérale au service de psychiatrie du CHU de Marrakech – PO 128 . . . . .	58
Caractéristiques sociodémographiques des détenus suivis à la consultation externe de psychiatrie de l'hôpital Razi – PO 129 . . . . .	58

## Dépression

Inhibition cognitive et dépression précoce et tardive chez la femme âgée : une étude pilote – PO 130 . . . . .	59
Douleur psychique et physique, symptômes physiques et ralentissement chez le dépressif. Étude prospective sur 100 patients présentant un épisode dépressif majeur – PO 131 . . . . .	59
Expression du gène RNF123 dans la dépression : la question du centre et de la périphérie – PO 132 . . . . .	60
Évaluation des fonctions cognitives chez les patients déprimés en période de rémission – PO 133 . . . . .	60
Facteurs liés à la rupture prématurée des soins chez les patients traités en ambulatoire pour un trouble dépressif – PO 134 . . . . .	60
Facteurs associés à la récurrence dépressive chez les patientes hospitalisées pour trouble dépressif – PO 135 . . . . .	61
Trouble dysphorique prémenstruel chez la femme marocaine – PO 136 . . . . .	61
Évaluation longitudinale du biais mnésique implicite congruent à l'humeur chez des patients souffrant de dépression résistante : premiers résultats – PO 137 . . . . .	62
Analyse poolée de 4 études cliniques randomisées comparant l'efficacité et la tolérance de l'agomélatine <i>versus</i> escitalopram, fluoxétine et sertraline après 6 mois de traitement – PO 138 . . . . .	62
Impact de la douleur à l'accouchement sur le risque de dépression du post-partum : étude d'une cohorte de 264 femmes – PO 139 . . . . .	63

Rémission fonctionnelle dans la dépression et indice de satisfaction des patients : résultats de l'enquête DIAPASON – PO 140	63
Dépression du sujet âgé : prévalence et caractéristiques cliniques – PO 141	63
Rôle de l'activité physique dans le traitement des troubles anxiodépressifs – PO 142	64
Dépistage de la dépression chez la personne âgée, consultant en médecine générale, par le mini-GDS – PO 143	64
Dépistage de la dépression chez la personne âgée consultant en médecine générale par le PHQ-9 (Patient Health Questionnaire) – PO 144	64
Étude de la dépression en institution gériatrique – PO 145	65
Évaluation des fonctions cognitives chez des patients suivis pour troubles de l'humeur en période d'euthymie : étude comparative entre trouble bipolaire, TDM et témoins – PO 146	65
Valeur pronostique des symptômes somatiques fonctionnels dans la dépression de l'adolescent – PO 147	66
Dépression et diabète de type 2 – PO 148	66
Dépression du sujet âgé et nutrition : une voie thérapeutique et physiopathologique ? – PO 149	66
Effets comportementaux et cognitifs de l'administration aiguë et chronique de kétamine chez le rat – PO 150	67
Stratégies thérapeutiques dans la prévention des récives dépressives – PO 151	67
Étude descriptive des congés de maladie chez les patients souffrant de dépression suivis à la consultation de psychiatrie de Nabeul – PO 152	67
Activité anti-dépressive d'un agoniste DA sélectif des récepteurs D1 dans le test de Porsolt – PO 153	68
Amélioration de l'humeur et de l'anxiété sous ocytocine dans la dépression : étude pilote – PO 154	68
Potentialisation des antidépresseurs par le lithium dans la dépression unipolaire – PO 155	69
<b>Suicide</b>	
Le suicide dans un service de soins – PO 156	69
Influence de la pleine lune sur le risque suicidaire au cours des schizophrénies – PO 157	69
Insight, schizophrénie et conduites suicidaires – PO 158	69
Validation concourante de l'auto-questionnaire d'évaluation du risque suicidaire de Ducher (ARSD) – PO 159	70
Genèse de l'attentat suicide – PO 160	70
Addiction à la cocaïne : un facteur de risque de suicide – PO 161	70
Le suicide dans la ville de Bamako, Mali – PO 162	71
Vulnérabilités neurocognitives communes des patients schizophrènes à risque de conduites suicidaires ou homicides – PO 163	71
Gestion d'une menace suicidaire chez les patients adultes atteints de schizophrénie – PO 164	71
Les tentatives de suicide : étude des caractéristiques épidémiologies et cliniques – PO 165	72
Facteurs associés aux tentatives de suicide dans le trouble dépressif récurrent – PO 166	72

Les facteurs prédictifs de récurrence suicidaire – PO 167	73
Tentative de suicide en institution psychiatrique – PO 168	73
Suicide et schizophrénie – PO 169	73
Les conduites suicidaires en milieu militaire – PO 170	74
Gestion de la suicidalité en médecine générale – PO 171	74
Comment la psychiatrie s'est fait subtiliser le suicide par l'approche sociologique – PO 172	75
Antécédents de violences subies chez les patientes hospitalisées pour tentative de suicide – PO 173	75
Le suicide en milieu psychiatrique : « l'enfermement » prévient-il le passage à l'acte ? – PO 174	75
Le geste suicidaire en Afrique Sub-Saharienne : étude à partir des données de la littérature – PO 175	76
Le deuil de la liberté en milieu carcéral. La prévention du suicide en milieu carcéral – PO 176	76

### **Trouble bipolaire**

Prévalence de l'hypomanie dans le trouble dépressif récurrent – PO 177	76
Physiopathologie du trouble bipolaire : contrôle volontaire et automatique des émotions – PO 178	77
Impact des groupes de psychoéducation sur l'insight des patients bipolaires – PO 179	77
Handicap psychique et trouble bipolaire de type I, étude du profil de restriction de la participation sociale avec la G-MAP – PO 180	78
Fréquence de l'hypomanie chez les dépendants au cannabis – PO 181	78
Faisabilité d'un programme d'éducation thérapeutique pendant un épisode thymique du trouble bipolaire – PO 182	78
Compréhension du langage en condition écologique et troubles affectifs bipolaires : une étude électrophysiologie – PO 183	79
Trouble bipolaire et addiction – PO 184	79
Insulino-résistance chez des patients bipolaires type I : prévalence et relation avec le syndrome métabolique – PO 185	79
Syndrome métabolique chez des patients bipolaires type I : prévalence et facteurs associés dans une population hospitalière tunisienne – PO 186	80
Trouble dysphorique prémenstruel et trouble bipolaire : prévalence et facteurs associés – PO 187	80
La phobie sociale : un facteur de risque de suicide dans le trouble bipolaire : revue de la littérature – PO 188	80
Variations de cognition sociale chez les patients bipolaires jeunes – PO 189	81
Tempéraments affectifs chez les patients atteints d'un trouble bipolaire type I familial et leurs apparentés sains de premier degré – PO 190	81
Corrélations entre caractéristiques cliniques et tempéraments affectifs dans un groupe de patients atteints d'un trouble bipolaire de type I – PO 191	82
Approximation psychodynamique de la manie – PO 192	82
Caractéristiques psychométriques de la version tunisienne du questionnaire des tempéraments affectifs (TEMPS-A) dans une population de patients bipolaires I et leurs apparentés – PO 193	83
Bipolife : place d'un outil ludoéducatif dans les troubles bipolaires – PO 194	83

Place des événements de vie dans le déclenchement des troubles bipolaires – PO 195 .....	84
Facteurs influençant le délai de prise en charge dans la schizophrénie et la bipolarité – PO 196 .....	84
Troubles bipolaires, obsessions et compulsions : les diagnostiquer et les soigner – PO 197 .....	85
Autonomie sociale et trouble bipolaire type I – PO 198 .....	85
Prévalence des conduites suicidaires chez les patients bipolaires type I – PO 199 .....	85
Prévalence du trouble déficit de l'attention hyperactivité dans le trouble bipolaire – PO 200 .....	86
Stress oxydant chez les patients bipolaires type I : étude cas-témoins – PO 201 .	86
Signes prodromiques du trouble bipolaire – PO 202 .....	86
Influence des facteurs socioculturels sur l'observance des patients avec trouble bipolaire en Tunisie – PO 203 .....	87
Le rôle des facteurs prédictifs de bipolarité dans l'évolution d'un EDM sous antidépresseur – PO 204 .....	87
Étude de l'observance dans les troubles bipolaires : analyse des données des centres experts bipolaires français – PO 205. ....	87
Place de l'aripiprazole dans le traitement des troubles bipolaires – PO 206 . . . . .	88
Insight et trouble bipolaire – PO 207. ....	88
Trouble bipolaire et schizophrénie : des origines communes ? – PO 208 . . . . .	88
Symptômes résiduels et fonctionnement : étude observationnelle descriptive réalisée en France chez 322 patients euthymiques bipolaires I et II – étude ophthymum – PO 209 .....	89
Place des thérapies psycho éducatives dans le traitement et la qualité de vie des patients souffrant de troubles bipolaires type 1 – PO 210. ....	89
Euthymie or not euthymie ? Paradigme d'évaluation psychométrique de l'euthymie chez 322 patients bipolaires en France – étude ophthymum – PO 211 .....	90
Troubles bipolaires euthymiques et niveau de fonctionnement : étude observationnelle française (ophthymum) – PO 212. ....	90

## Schizophrénie

Troubles schizophréniques et troubles du langage, une analyse de l'effet du bilinguisme chez le patient – PO 213. ....	91
La consultation CICO : quelle information donner à une femme souffrant de trouble psychotique ou de trouble bipolaire avant la naissance d'un enfant ? – PO 214 .....	92
Apport de l'EEG dans la compréhension des anomalies de connectivité et de défaut d'intégration consciente au cours des schizophrénies – PO 215. . . . .	92
Impact (INVEGA in the management of patients in the acute setting) : résultats d'une étude belge concernant l'utilisation de palipéridone à libération prolongée dans le traitement de l'agitation aiguë et/ou agression chez des patients psychotiques – PO 216 .....	92
Syndrome de la porte tournante : étude chez une population tunisienne de patients atteints de schizophrénie – PO 217 .....	93
Schizophrénie et cognition incarnée – PO 218 .....	93

Séroprévalence du parvovirus B19 dans un groupe de patients schizophrènes – PO 219 . . . . .	93
Coordination bimanuelle et contrôle de la force de préhension dans la schizophrénie – PO 220 . . . . .	94
Rémission dans la schizophrénie : évaluation de 39 consultants tunisiens – PO 221 . . . . .	94
Qualité de vie et schizophrénie – PO 222 . . . . .	95
Les patients schizophrènes ont une perception altérée de la distance temporelle subjective des événements autobiographiques – PO 223 . . . . .	95
Les patients schizophrènes se remémorent moins souvent leurs souvenirs autobiographiques en perspective acteur – PO 224 . . . . .	95
Intérêt et place de la psychose hallucinatoire chronique en 2013 – PO 225 . . . . .	96
Révolution et impact sur la thématique du délire – PO 226 . . . . .	96
Quand le délire se transmet à la famille – PO 227 . . . . .	96
Trouble de l'alimentation chez le schizophrène – PO 228 . . . . .	97
Évaluation du fonctionnement global des schizophrènes suivis en ambulatoire : à propos de 100 cas – PO 229 . . . . .	97
La rémission clinique dans la schizophrénie : fréquence et facteurs associés, à propos de 115 cas – PO 230 . . . . .	97
Les facteurs déterminants de la psychose non traitée – PO 231 . . . . .	98
Validité prédictive des critères de la rémission clinique chez 115 patients suivis pour schizophrénie – PO 232 . . . . .	98
Durée de psychose non traitée et évolution sur 5 ans des schizophrénies débutantes – PO 233 . . . . .	99
Le dialogue de crise avec les patients en épisode psychotique – PO 234 . . . . .	99
Réorganisation structurale et fonctionnelle du réseau neuronal impliqué dans la mémoire de travail pendant les dix premières années d'évolution de la schizophrénie : une étude transversale – PO 235 . . . . .	99
L'Insight dans la schizophrénie : corrélations cliniques et socio-démographiques – PO 236 . . . . .	100
Premier épisode psychotique : facteurs pronostics impliqués – PO 237 . . . . .	100
Rencontres extra-terrestres dans la schizophrénie : spécificités cliniques et de traitement – PO 238 . . . . .	100
Schizophrénie : facteurs prédictifs de résistance – PO 239 . . . . .	101
Étude randomisée en ouvert évaluant l'impact d'un programme de psychoéducation structuré sur l'attitude vis-à-vis du traitement chez des patients souffrant de schizophrénie – PO 240 . . . . .	101
L'olanzapine forte dose dans la schizophrénie résistante : monitoring plasmatique et modalités de prescription – PO 241 . . . . .	102
Violence et agressivité au cours des schizophrénies : aspects biologiques et événementiels – PO 242 . . . . .	102
Schizophrénie vieillie : profil socio-démographique et particularités cliniques – PO 243 . . . . .	102
Dysfonctionnements thyroïdiens chez une population de 26 schizophrènes – PO 244 . . . . .	103
Schizophrénie et observance thérapeutique – PO 245 . . . . .	103
Schizophrénie résistante : facteurs de risque et particularités thérapeutiques – PO 246 . . . . .	104

Caractéristiques de l'acte médico-légal au cours du trouble schizo-affectif : étude rétrospective – PO 247 . . . . .	104
Schizophrénie vieillie : revue de la littérature – PO 248 . . . . .	104
Effet du programme psycho-éducatif profamille sur l'humeur et le fardeau psychologique des proches aidants de patients schizophrènes – PO 249 . . . . .	105
Théorie de l'esprit et schizophrénie : quel est l'impact du vieillissement ? – PO 250 . . . . .	105
Prévalence de la dépression chez les schizophrènes – PO 251 . . . . .	105
La stigmatisation du malade schizophrène par les médecins du CHU Mohamed VI de Marrakech – PO 252 . . . . .	106
Religion et délire schizophrénique – PO 253 . . . . .	106
Le délire religieux dans la schizophrénie : particularités cliniques et pronostiques en Tunisie – PO 254 . . . . .	107
Cannabis et troubles schizophréniformes : interactions complexes chez les sujets présentant des anomalies du développement – PO 255 . . . . .	107
Schizophrénie et tabac – PO 256 . . . . .	107
Étude comparative de la qualité de vie chez les patients atteints de schizophrénie sous antipsychotiques classiques et atypiques – PO 257 . . . . .	108
Place des antidépresseurs dans le traitement du syndrome dépressif c hez les patients souffrant de schizophrénie – PO 258 . . . . .	108
L'acte homicide suicide chez le schizophrène – PO 259 . . . . .	109
Effet agressivolytique de la clozapine chez une population de patients atteints de schizophrénie ayant commis des actes médico-légaux : étude rétrospective et descriptive – PO 260 . . . . .	109
Comparaison de deux outils de mesure de salience cognitive dans une population de patients souffrant de schizophrénie. Corrélation avec les scores de la GAF – PO 261 . . . . .	110
Profamille : une nouvelle initiative au SHU dans le cadre du C3R-P à l'hôpital Sainte-Anne – PO 262 . . . . .	110
Spécificité et pertinence de l'examen neuropsychologique en psychiatrie adulte : évaluation du fonctionnement cognitif d'un cas de schizophrénie précoce – PO 263 . . . . .	110
Prise en charge originale de « psychoses » de l'adolescent présentant une histoire développementale atypique – PO 264 . . . . .	111
Continuum autisme – schizophrénie ? Repérage des symptômes autistiques dans la trajectoire précoce des patients souffrant de schizophrénie – PO 265 . . . . .	111
Archéologie foucauldienne et schizophrénie – PO 266 . . . . .	112
Étude du déficit des fonctions exécutives dans la schizophrénie précoce – PO 267 . . . . .	112
Évaluation de la dépression chez les aidants naturels des patients schizophrènes – PO 268 . . . . .	112

## Stress

Lien entre stress et pathologie mentale : revue de littérature – PO 269 . . . . .	113
Traumatisme psychique et réanimation – PO 270 . . . . .	113
Psychotraumatisme, résonances et intersubjectivité : plaidoyer pour une psychothérapie d'activation de la résilience – PO 271 . . . . .	113
Psychotraumatisme chez les brûlés – PO 272 . . . . .	114



Le <i>burn-out</i> des soignants en soins palliatifs : prévalence et facteurs associés – PO 273. ....	114
État de stress post-traumatique & soutien social en période périnatale – PO 274. ....	114
Psychotraumatismes chez les femmes victimes d'agressions sexuelles – PO 275. ....	115
Le <i>burn-out</i> de l'étudiant en médecine marocain : quels constats, quelles solutions ? – PO 276. ....	115
État de stress post-traumatique chez les mères de bébés prématurés – PO 277. ....	115
Vécu traumatique de décès patients en milieu psychiatrique hospitalier : étude réalisée à l'hôpital Arrazi de Salé – PO 278. ....	116
<b>Troubles dissociatifs</b>	
Symptômes dissociatifs post-traumatiques dans une population d'adolescents hospitalisés en psychiatrie – PO 279. ....	116
<b>Anxiété, trouble panique, phobie, TOC</b>	
Évaluation des facteurs de risque de passage à la chronicité de l'état de stress post-traumatique – PO 280. ....	116
Ce que révèle l'enregistrement des mouvements oculaires pendant une tâche de comparaison d'image sur les déficits cognitifs associés respectivement au toc et à la schizophrénie – PO 281. ....	117
Anxiété de séparation en consultation de psychiatrie – PO 282. ....	117
Clinique des troubles anxieux en consultation de pédopsychiatrie de Sfax (Tunisie) : à propos de 97 cas – PO 283. ....	118
Troubles anxieux chez le sujet âgé en institution : prévalence et comorbidités – PO 284. ....	118
Crise du militaire en milieu de sa vie – PO 285. ....	118
Anxiété maternelle de séparation et aménagement de temps de travail – PO 286. ....	119
Anxiété, émotions et régulation émotionnelle affective et cognitive : élaboration d'une relation structurelle – PO 287. ....	119
<b>Troubles de la puberté</b>	
Évaluations et traitements du risque de psychose chez les adolescents – PO 288. ....	120
<b>Abus, addictions, dépendances</b>	
Consommation de cannabis dans les armées françaises : actualités épidémiologiques et comparaison avec la population générale – PO 289. ....	120
L'addiction au tabac chez les schizophrènes – PO 290. ....	121
Addiction et adolescence : revue de littérature – PO 291. ....	121
Thérapie cognitivocomportementale dans la dépendance cannabique – PO 292. ....	121
Cannabis et schizophrénie – PO 293. ....	121
Addiction comportementale ou avec substance : influence sur le jugement social – PO 294. ....	122

La méphédronne : une nouvelle drogue de synthèse – PO 295 . . . . .	122
Le féminin ? Clinique des polyaddictions en situation transculturelle – PO 296. . . . .	122
Recherche d'une addiction aux réseaux sociaux et étude du profil d'utilisateur concerné – PO 297 . . . . .	123
Traitement par méthadone, abus de laxatifs, et torsades de pointes – PO 298. . . . .	123
Prévalence des troubles anxio-dépressifs dans une population de fumeurs tunisiens consultant en médecine générale – PO 299. . . . .	123
Comorbidité TDAH et addiction – PO 300 . . . . .	124
Sujets pris en charge en substitution : caractéristiques à l'entrée dans les soins en fonction du traitement reçu, méthadone et/ou buprénorphine – PO 301 . . . . .	124
Syndrome de sevrage aigu suite à l'arrêt du tramadol pour un traitement à visée antalgique de courte durée – PO 302 . . . . .	125
Réévaluation des prescriptions de benzodiazépines en EHPAD : Résultats d'un programme mené sur 31 patients – PO 303 . . . . .	125
Joueurs en hippodrome : étude sur l'impulsivité et les distorsions cognitives – PO 304 . . . . .	126
Efficacité d'une prise en charge hospitalière pour des patients alcoolo-dépendants sur le biais attentionnel : évaluation à l'aide d'une version française du « alcohol stroop test » – PO 305. . . . .	126
Estime de soi et addiction – PO 306 . . . . .	126
Dépendance à internet et comorbidité psychiatrique : revue de la littérature – PO 307 . . . . .	127
Toxicomanie à la buprénorphine haut dosage ou subutex et comorbidité psychiatrique – PO 308 . . . . .	127
Physiopathologie du sevrage à l'alcool : étude du rôle du récepteur 5HT3 sur le plan comportemental et l'expression protéique lors du sevrage à l'alcool chez le rat – PO 309 . . . . .	127
Parcours de soin des patients dépendants à la buprénorphine à haut dosage suivis à la consultation externe : à propos de 32 cas – PO 310 . . . . .	128
Lien entre émotion et addiction – PO 311. . . . .	128
Profil socio-professionnel et personnalité des usagers de la buprénorphine à haut dosage en consultation de psychiatrie – PO 312. . . . .	128
Addiction à internet et troubles psychiatriques – PO 313. . . . .	129
Physiopathologie de la dépendance aux psychostimulants : rôle du récepteur 5HT3R et de son antagoniste lors du sevrage chez le rat – PO 314	129
Les conduites tabagiques chez les élèves de l'enseignement secondaire – PO 315 . . . . .	130
Dépendance tabagique et alexithymie – PO 316 . . . . .	130
Diminution de l'activité de la paraoxonase : facteur de dépendance au tabac ? – PO 317 . . . . .	130
Facteurs associés à la dépendance tabagique chez les patients schizophrènes – PO 318 . . . . .	131
Profil psychopathologique des patients hospitalisés dans le centre national de traitement, de prévention et de recherches en addictions (CNTPRA), hôpital Arrazi, Salé, Maroc – PO 319 . . . . .	131
Le sniffing de la colle et manifestations psychiatriques – PO 320 . . . . .	131
Les conduites alcooliques en milieu hôtelier – PO 321. . . . .	132

Prescription des benzodiazépines dans la schizophrénie : entre théorie et pratique – PO 322 . . . . .	132
Méthadone et cognition : résultats de 50 ans de recherche – PO 323 . . . . .	133
Facteurs de risque de consommation de substances psycho actives chez l'adolescent – PO 324 . . . . .	133

### **Alcoolisme**

Étude rétrospective pour démontrer que la prescription de baclofène à une dose comprise entre 3 et 5 mg/kg/jour aboutit à une indifférence totale à l'alcool chez l'alcoolique dépendant – PO 325 . . . . .	133
Quel temps chez l'abstiné – PO 326 . . . . .	134
Vitamine B1 dans l'alcool-dépendance : revue de la littérature – PO 327 . . . . .	134
Comorbidité psychiatrique des conduites alcooliques en milieu hôtelier – PO 328 . . . . .	134

### **Troubles du comportement**

Œdipisme : entre mythe et réalité (à propos de 2 cas) – PO 329 . . . . .	135
Sujet âgé et violence en milieu psychiatrique – PO 330 . . . . .	135
Syndrome d'asperger et criminalité : dépistage des détenus de la maison centrale d'Ensisheim – PO 331 . . . . .	135
Peut-on prédire le risque de violence institutionnelle ? Intérêt de l'approche actuarielle – PO 332 . . . . .	136
L'intolérance au lactose comme cause de troubles du comportement dans le Cornelia de Lange – PO 333 . . . . .	136

### **Troubles du comportement alimentaire**

Stimulation magnétique transcrânienne répétée et craving boulimique – PO 334 . . . . .	137
Attitudes alimentaires et prise du poids des patients schizophrènes sous antipsychotiques : étude prospective – PO 335 . . . . .	137
Attitude du psychiatre face à une grève de la faim – PO 336 . . . . .	137
Anorexie et troubles de la personnalité : revue de la littérature – PO 337 . . . . .	138
Caractérisation psycho-comportementale des troubles du comportement alimentaire non spécifiques de l'adulte obèse – PO 338 . . . . .	138

### **Troubles de la personnalité**

Les 5 modalités de la souffrance psychique – PO 339 . . . . .	139
Caractéristiques cliniques et prise en charge thérapeutique des détenus portant le diagnostic de trouble de la personnalité antisociale – PO 340 . . . . .	139
Relation entre scores de schizotypie et consommation alcool-tabagique en population estudiantine – PO 341 . . . . .	140

### **Enfants, adolescents**

Vécu des parents de la violence en milieu scolaire – PO 342 . . . . .	140
La série de dessins diagnostiques de Barry Cohen pour des adolescents hospitalisés en psychiatrie – PO 343 . . . . .	140
Le blues post-natal et ses effets sur le bébé. Dynamique de l'émotion maternelle et régulations du nouveau-né dans les huit premières semaines de vie – PO 344 . . . . .	141

Enquête sur le stress lié à la rentrée scolaire auprès de parents d'enfants avec ou sans TDAH : résultats en France et différences avec les autres pays – PO 345	141
Quel devenir pour les adolescents après une hospitalisation en psychiatrie aiguë ? Les soins de suite : indications, intérêts et limites – PO 346	142
Adolescence et pathologie du poids : une approche qualitative de l'enjeu relationnel – PO 347	142
Régulation pédiatrique européenne de 2007 et psychotropes : que s'est-il passé en 6 ans ? – PO 348	142
Évaluation du retrait relationnel du jeune enfant lors d'examen pédiatrique de routine par l'échelle d'alarme détresse bébé – PO 349	143
La co consultation attachement parents-enfant (CCAPE) : prise en charge interdisciplinaire attachementiste de l'enfant et de ses parents – PO 350	143
Unité d'évaluation de l'autisme et des troubles envahissant du développement – PO 351	144
Impulsivité et trouble des conduites chez un groupe d'adolescents : étude descriptive à propos de 14 adolescents – PO 352	144
Agénésie du corps calleux : particularités sémiologiques et cliniques – PO 353	144
Qu'y a-t-il derrière les difficultés scolaires chez l'enfant ? – PO 354	145
Troubles du sommeil chez une population clinique d'enfants autistes – PO 355	145
Les troubles du sommeil chez une population clinique d'enfants porteurs de trouble déficit de l'attention avec hyperactivité – PO 356	145
État de stress post-traumatique : particularités sémiologiques chez les enfants de moins de 6 ans – PO 357	146
Qualité de vie des parents d'enfants autistes – PO 358	146
Épisode maniaque associé à une atteinte cérébrale chez l'enfant et l'adolescent – PO 359	147
Caractéristiques et concordance des troubles autistiques chez les jumeaux – PO 360	147
Cause rare de déficits neuropsychologiques chez l'enfant : le syndrome des POCS – PO 361	147
Aspects évolutifs des troubles bipolaires à début précoce – PO 362	148
Cyberbullying, étude de la « cyber-intimidation » : comorbidités et mécanismes d'adaptation – PO 363	148
Des classes thérapeutiques pour des enfants avec troubles envahissants du développement : une scolarité adaptée – PO 364	149
Validation française de l'échelle de qualité de vie « impact on family scale (IOFS) » auprès de parents d'enfants présentant une malformation faciale (fente faciale ou labio palatine) – PO 365	149
Qu'est-ce que l'hypersexualisation chez le pré-adolescent et l'adolescent vient nous signifier ? Tentative de modélisation psychopathologique d'un phénomène à la mode – PO 366	150
Estime de soi chez les enfants atteints de troubles spécifiques des apprentissages – PO 367	150
Stress prénatal et troubles psychiatriques chez l'enfant – PO 368	150
L'échec scolaire : et si vous consultez un pedopsy ? – PO 369	151
Le profil clinique des enfants atteints d'épilepsie en consultation de pédopsychiatrie – PO 370	151

Intelligence chez les enfants atteints de troubles spécifiques des apprentissages – PO 371 . . . . .	151
De « l'adolescence-like communautaire » en phase per-révolutionnaire en tunisie – PO 372 . . . . .	152
Variation des capacités attentionnelles chez un échantillon d'enfants scolarisés – PO 373. . . . .	152
Les troubles d'apprentissage scolaire : orientation diagnostique et perspectives thérapeutiques (à propos de 100 cas) – PO 374. . . . .	152
Vécu psychologique des mères d'enfant atteint d'autisme – PO 375 . . . . .	153
Facteurs associés aux troubles spécifiques des apprentissages chez les enfants scolarisés dans la région de Sfax – PO 376 . . . . .	153
Qualité de vie des parents ayant un enfant atteint d'autisme – PO 377 . . . . .	153
Anxiété et dépression chez les enfants atteints de leucémie aiguë – PO 378 . . . . .	154
Cognitions causales et théorie de l'esprit chez les enfants ayant des troubles envahissants du développement – PO 379. . . . .	154
Impact psychologique du diabète infant-juvénile – PO 380 . . . . .	154
La dyslexie : investigations et progrès thérapeutiques – PO 381 . . . . .	155
Le comportement violent des adolescents en milieu scolaire – PO 382. . . . .	155
Adolescents abuseurs sexuels : regards croisés en unité pédopsychiatrie – PO 383. . . . .	156

**Troubles du développement**

Trouble envahissant du développement et/ou trouble primaire du langage – PO 384. . . . .	156
--	-----

**Démence**

Les troubles visuels au cours de la maladie d'Alzheimer : le point de vue de l'ophtalmologiste et l'avis du psychiatre – PO 385 . . . . .	156
Le médecin généraliste face aux troubles mnésiques du sujet âgé – PO 386 . . . . .	156
Actes médico-légaux et démences à l'hôpital psychiatrique Razi de Tunis – PO 387 . . . . .	157
Le fardeau : évolution du concept au sein de la littérature – PO 388 . . . . .	157
Le fardeau des aidants des patients souffrant de démence de type Alzheimer : revue de la littérature – PO 389. . . . .	158
Outils de mesure du fardeau : revue de la littérature – PO 390 . . . . .	158
Les psychoses d'apparition tardive chez les personnes âgées : étude descriptive – PO 391 . . . . .	158

**Troubles psychiatriques et affections somatiques**

Impact des troubles psychiatriques sur la qualité de vie des personnes adultes souffrant d'un syndrome de Gilles de la Tourette – PO 392 . . . . .	159
Évaluation des conduites suicidaires dans le cadre de la psychiatrie de liaison – PO 393 . . . . .	159
Dépression du sujet âgé, glissement ou effondrement psychosomatique – PO 394 . . . . .	159
Troubles psychiatriques chez les familles de patients souffrant de polykystose rénale – PO 395. . . . .	160

Psychiatrie de liaison et addictologie de liaison : différences et complémentarité en clinique – PO 396 . . . . .	160
Neurofibromatose type I et schizophrénie : à propos d'un cas – PO 397 . . . . .	160
Troubles psychiatriques révélant une tumeur cérébrale – PO 398 . . . . .	161
Surveillance du risque métabolique chez les patients souffrant de troubles psychiatriques traités par neuroleptiques – PO 399 . . . . .	161
Prévalence et facteurs associés à l'obésité chez des patients bipolaires de type I – PO 400 . . . . .	162
Évaluation de la qualité de vie chez les patients atteints de connectivité – PO 401 . . . . .	162
Maladies inflammatoires chroniques de l'intestin et qualité de vie – PO 402 . . . . .	162
Évaluation du potentiel suicidaire chez les patients souffrant de schizophrénie – PO 403 . . . . .	163
La dépression chez le sujet âgé en institution : impact des comorbidités – PO 404 . . . . .	163
Comorbidité anxieuse et dépressive dans l'algie vasculaire de la face : et si l'on revenait au sujet ? – PO 405 . . . . .	164
Patients sous corticothérapie : observance thérapeutique et effet sur l'humeur et la qualité de vie – PO 406 . . . . .	164
Comorbidités somatiques et schizophrénie – PO 407 . . . . .	164
Le syndrome de couvade : signe de l'évolution de la paternité ? – PO 408 . . . . .	165
Myasthénie et psychose : à propos d'un cas et revue de la littérature – PO 409 . . . . .	165
Perte d'autonomie chez les personnes âgées – PO 410 . . . . .	165
Bouffée délirante aiguë révélatrice d'une thrombophlébite cérébrale – PO 411 . . . . .	166
Syndrome de Klinefelter en psychiatrie générale : un cas singulier évocateur de paraphrénie – PO 412 . . . . .	166
Comorbidité psychiatrique dans l'épilepsie – PO 413 . . . . .	167
Rôle infirmier dans la prise en charge psychologique des douleurs chroniques – PO 414 . . . . .	167
Pièges de l'oranicité en psychiatrie – PO 415 . . . . .	167
Vivre avec un cancer urologique : qualité de vie, répercussion sur l'humeur et niveau de névrosisme – PO 416 . . . . .	168
Patients sous corticothérapie : effet sur l'humeur et la qualité de vie – PO 417 . . . . .	168
Qualité de vie des malades atteints de syndrome d'apnées obstructives du sommeil – PO 418 . . . . .	169
Complications psychiatriques de la chirurgie cardiovasculaire – PO 419 . . . . .	169
Acné et estime de soi chez les adolescents marocains – PO 420 . . . . .	169

### Troubles sexuels

L'excision sexuelle d'une mère par son fils : étude légale, criminologique et psychiatrique d'un cas – PO 421 . . . . .	170
Dysphorie du genre – PO 422 . . . . .	170
Déficit androgénique et dépression chez l'homme âgé : quels liens ? – PO 423 . . . . .	170
Harcèlement sexuel au travail : enquête à propos de 65 femmes médecins – PO 424 . . . . .	170
Évaluation de la sexualité chez les femmes atteintes de sclérodermie systémique – PO 425 . . . . .	171
Sexualité chez la femme enceinte Tunisienne – PO 426 . . . . .	171

**Thérapeutiques psychotropes**

Prescription de la quétiapine par les praticiens hospitaliers de Nantes durant ses six premiers mois de mise en route sur le marché – PO 427 . . . . .	172
La quétiapine dans le traitement des troubles bipolaires : revue des recommandations internationales – PO 428 . . . . .	172
Modifications de l'électrogénèse cérébrale induite par les traitements neuroleptiques : effets différentiels selon les traitements et gradation des effets – PO 429 . . . . .	172
Le risque cardiométabolique des antipsychotiques atypiques – PO 430 . . . . .	173
Indices de charge pharmacologique des psychotropes : un outil d'aide à l'évaluation des traitements – PO 431 . . . . .	173
Syndrome métabolique chez les patients traités par les antipsychotiques : étude comparative avec un groupe témoin – PO 432 . . . . .	174
Analyse des prescriptions de médicaments anticholinergiques chez les patients traités par antipsychotiques de seconde génération – PO 433 . . . . .	174
Priapisme sous neuroleptiques : effet rare mais redoutable – PO 434 . . . . .	174
Sevrage de benzodiazépines : intérêt de l'association TCC/cure thermique à partir d'une étude longitudinale sur 70 patients, étude SPECTH (Sevrage de Psychotropes par Éducation Psychothérapique en Cure THermale) – PO 435 . . . . .	175
Grossesse et psychotropes – PO 436 . . . . .	175
Utilisation des antipsychotiques de seconde génération dans les hôpitaux Belges (partie I) – PO 437 . . . . .	176
Utilisation des antipsychotiques de seconde génération dans les hôpitaux psychiatriques Belges (partie II) – PO 438 . . . . .	176
Utilisation des antipsychotiques de seconde génération dans les hôpitaux psychiatriques Belges (partie III) – PO 439 . . . . .	176
Intérêt de l'association de lithium à la clozapine, à partir d'un cas de correction de neutropénie induite – PO 440 . . . . .	177
Profils de prescription de neuroleptiques à la sortie de 4 unités d'hospitalisation à temps complet du Mas Careiron en 2010 – PO 441 . . . . .	177
Antipsychotiques et manifestations bucco-dentaires : facteurs associés – PO 442 . . . . .	178
Prévalence des affections bucco-dentaires chez des patients sous traitements psychotropes : étude cas témoins – PO 443 . . . . .	178
Les médicaments psychotropes dans la prise en charge du trouble bipolaire : des recommandations aux pratiques de prescription – PO 444 . . . . .	179
La prescription des neuroleptiques chez les sujets âgés à la consultation externe de psychiatrie de l'hôpital Razi de Tunis – PO 445 . . . . .	179
Myocardite associée à la clozapine : diagnostic précoce et conduite à tenir – PO 446 . . . . .	180
Risques des antipsychotiques atypiques pendant la grossesse et l'allaitement – PO 447 . . . . .	180
Mélatonine et insomnie de troisième âge – PO 448 . . . . .	180
Accidents iatrogènes médicamenteux imputables aux psychotropes survenus dans le service de psychiatrie de Monastir (Tunisie) – PO 449 . . . . .	181
Modifications de la pharmacocinétique de la clozapine induites par le tabac, le cannabis et la caféine et leurs implications thérapeutiques – PO 450 . . . . .	181

Catatonie aiguë : intérêt et efficacité du diazépam en intra musculaire – PO 451 . . . . .	182
De Marseille à Santiago du Chili : le midazolam lui fait (presque) perdre la tête – PO 452 . . . . .	182
Co-morbidité schizophrénie et addiction aux opiacés : comment concilier difficultés réglementaires et intrications médicamenteuses – PO 453 . . . . .	182
Syndrome malin des neuroleptiques à l'hôpital Arrazi de Salé : difficultés diagnostiques et de prise en charge – PO 454 . . . . .	183

### **Prise en charge thérapeutique**

État des lieux de la prévalence et de la prise en charge des femmes enceintes dans un hôpital psychiatrique – PO 455 . . . . .	183
Évaluation de l'impact des interventions pharmaceutiques sur les prescriptions médicales et le suivi biologique des patients traités par un médicament soumis à un plan de gestion des risques (PGR) : exemple de l'agomélatine (VALDOXAN) – PO 456 . . . . .	184
Difficultés d'installation des programmes de remédiations cognitive en Algérie – PO 457 . . . . .	184
Intérêt et bénéfices du traitement cognitivo-comportemental dans le trouble panique avec agoraphobie en Algérie – PO 458 . . . . .	184
Savoirs et psychothérapies. que fait le thérapeute de son savoir dans la relation psychothérapeutique ? – PO 459 . . . . .	185
Gestion automatisée des thérapies d'exposition par réalité virtuelle par régulation émotionnelle dans la phobie sociale : étude clinique et résultats – PO 460 . . . . .	185
Nouveaux médias, nouvelles thérapies – PO 461 . . . . .	185
La perception par les infirmiers du refus de soins en milieu psychiatrique – PO 462 . . . . .	185
Intérêt des thérapies comportementales et cognitives dans la prise en charge des addictions au cannabis – PO 463 . . . . .	186
Programme de psychoéducation à destination des patients schizophrènes dans une unité d'hospitalisation sectorielle – PO 464 . . . . .	186
La famille face à l'hospitalisation en psychiatrie – PO 465 . . . . .	187
Représentation des soins en psychothérapie chez les étudiants. Recherche-action en santé mentale à l'université Lyon 1 – PO 466 . . . . .	187
Interruption médicale de grossesse : quand le psychiatre se prononce – PO 467 . . . . .	187
L'observance médicamenteuse chez les malades mentaux suivis en ambulatoire – PO 468 . . . . .	188
Effets extrapyramidaux induits par les neuroleptiques : analyse des pratiques de prescriptions des correcteurs anticholinergiques – PO 469 . . . . .	188
Applicabilité d'un protocole de sevrage tabagique chez les patients souffrant de schizophrénie – PO 470 . . . . .	189
UMI (Unité Mobile Interdépartementale), au plus près des personnes en difficulté avec troubles du spectre autistique (TSA) en Île-de-France – PO 471 . . . . .	189
L'hypnose, une nouvelle approche thérapeutique – PO 472 . . . . .	189
L'hospitalisation à domicile est pertinente en psychiatrie – PO 473 . . . . .	190



Traiter la dépression avec son alimentation : place des oméga-3, entre bénéfiques réels et idées reçues – PO 474	190
ECT de consolidation et de maintenance dans les troubles de l’humeur : état des connaissances actuelles – PO 475	191
Un cas de dépression résistante : stratégie thérapeutique et iatrogénie – PO 476	191
Prise en charge des symptômes obsessionnels compulsifs induits par la clozapine dans la schizophrénie résistante – PO 477	191

## Urgences

Intérêt de l’articulation service des urgences et service d’hospitalisation psychiatrique à domicile – PO 478	192
Profil socio-démographique et clinique des consultants aux urgences psychiatriques en Tunisie – PO 479	192
Psychiatres aux urgences : qui êtes-vous ? – PO 480	193

## Législation

L’expertise psychiatrique pénale : caractéristiques cliniques et particularités de l’acte médico-légal – PO 481	193
Les modalités d’hospitalisations en psychiatrie : entre théorie et pratique, étude tunisienne sur 100 cas – PO 482	194
Entre blouses blanches et robes noires : le « violence risk management » un élément clé dans la prise de décision – PO 483	194
Le non lieu chez les sujets atteints de troubles de la personnalité : particularités sociodémographiques et médico-légales – PO 484	194
Augmentation des hospitalisations sous la contrainte à l’hôpital Razi : motif et critères de prise de décision en urgence – PO 485	195
Judiciarisation de la sortie et du suivi ambulatoire des malades mentaux : avis des psychiatres exerçant à l’hôpital Razi de Manouba – PO 486	195
Place de l’information du patient en psychiatrie ; avis de 55 psychiatres Tunisiens – PO 487	196

## Autres

Enseignement coordonné interactif (ECI) au dés de psychiatrie : une pédagogie participative interactive – PO 488	196
Cerveau et sons musicaux : comment écouter ? – PO 489	196
Du moi psychique au moi spirituel : regard singulier sur la psychopathologie – PO 490	197
Les troubles psychiques de guerre observés dans le camp de réfugiés de Ras Jdir en Tunisie durant le conflit libyen – PO 491	197
Souhaits de pratique des internes de psychiatrie : résultats d’une enquête nationale – PO 492	197
Troubles de la cognition musicale dans les pathologies psychiatriques et neurologiques – PO 493	198
Les projections maternelles dans l’échographie de la grossesse chez des femmes enceintes primipares – PO 494	198
Profil clinique et sociodémographique des malades difficiles hospitalisés en unité pour malades difficiles (UMD) – PO 495	199

La violence subie par le personnel soignant en psychiatrie – PO 496 . . . . .	199
Le psychiatre dans les médias : quelles répercussions sur son image ? – PO 497 . . . . .	199
Vers des changements inopportuns ? – PO 498. . . . .	200
Observation des comportements agressifs des patients hospitalisés en psychiatrie légale – PO 499 . . . . .	200
Caractéristiques sociodémographiques et cliniques des sujets à ultra-haut risque de transition psychotique : étude descriptive auprès d'une population tunisienne – PO 500 . . . . .	201
Le passage dans un service de psychiatrie améliore-t-il l'image de la psychiatrie auprès des étudiants en médecine ? Enquête auprès de 100 étudiants en médecine – PO 501 . . . . .	201
Validité linguistique de la version arabe littéraire du comprehensive assessment of at risk mental states (CAARMS) – PO 502 . . . . .	201
Les représentations sociales de la maladie mentale : enquête en population générale – PO 503 . . . . .	202
La violence aux services des urgences en Tunisie : vécu des soignants après la révolution – PO 504 . . . . .	202
Existe-t-il une relation entre l'alexithymie et la latéralité ? – PO 505 . . . . .	203
Le psychiatre face aux agressions sexuelles des malades mentaux – PO 506 . . . . .	203
Éducation thérapeutique en psychiatrie : représentations des soignants, des patients et des familles – PO 507 . . . . .	203
Criminalité et troubles mentaux graves – PO 508. . . . .	204
Les troubles psychotiques chez le sujet âgé particularités cliniques et thérapeutiques – PO 509. . . . .	204
Heure du DSM V : épreuve du temps – PO 510 . . . . .	205
Du secret de l'adoption au délire de filiation – PO 511 . . . . .	205
Le délire de relation des sensitifs de Kretschmer : actualité du concept – PO 512 . . . . .	206
Le sommeil chez les personnes âgées : étude descriptive auprès de 50 sujets âgés de plus de 65 ans – PO 513 . . . . .	206
Impact de la violence conjugale sur la qualité de vie des femmes infertiles – PO 514 . . . . .	206
Profil des mères d'enfants suivis pour un trouble psychiatrique – PO 515 . . . . .	207
Les symptômes médicalement inexplicables en milieu psychiatrique – PO 516 . . . . .	207
La psychiatrie en 2030 ? – PO 517 . . . . .	207
État émotionnel et qualité de vie des patients atteints d'alopecie en aires : étude cas-témoins – PO 518. . . . .	208
Les femmes victimes d'homicide conjugal – PO 519 . . . . .	208
Les unités d'hospitalisation conjointe mère-bébé – PO 520. . . . .	209
Les conduites d'automutilations : étude à propos de 30 cas – PO 521 . . . . .	209
Entente conjugale, anxiété et dépression dans un groupe de femmes infertiles : étude comparative et analytique – PO 522 . . . . .	210
Expertise pénale et révolution tunisienne – PO 523 . . . . .	210
L'épuisement professionnel chez les fonctionnaires administratifs – PO 524 . . . . .	210
La bouffée délirante aiguë : aspects cliniques et évolutifs à propos de 63 cas – PO 525 . . . . .	211

## Sommaire

Le travail nocturne : quel retentissement ? – PO 526 . . . . .	211
Devenir à l'âge adulte du trouble hyperactivité déficit de l'attention – PO 527 . .	211
Rhazès et psychiatrie – PO 528 . . . . .	212
Réactions des familles Tunisiennes aux troubles mentaux – PO 529. . . . .	212
Le vécu carcéral : quelles conséquences à la sortie ? – PO 530 . . . . .	212
Évolution sociale et thématique délirante des patients psychotiques – PO 531 .	213
Humeur et qualité de vie chez les femmes atteintes de sclérodermie systémique – PO 532 . . . . .	213
Implication de l'homogène Otx2 dans la physiopathologie des troubles psychiatriques : caractérisation comportementale dans un modèle de souris transgénique – PO 533 . . . . .	214
La post révolution tunisienne : qu'en est-il des malades psychiatriques – PO 534 . . . . .	214
Psychiatrie et croyances traditionnelles au Maroc : un bras de fer perpétuel – PO 535 . . . . .	215
L'évolution des demandes de soins psychiatriques chez les détenus avant et après la révolution tunisienne – PO 536 . . . . .	215
Étude prospective et perdus de vue. Le rôle de l'infirmière de recherche – PO 537 . . . . .	215
Prise en charge des malades mentaux à libreville : les différents circuits thérapeutiques – PO 538. . . . .	216
Les répercussions psychologiques de l'acné chez les adolescents – PO 539. . .	216

**Communications orales de CO 01 à CO 16**



## CO 01

### DÉFICIT DE L'INHIBITION COGNITIVE CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES DÉPRIMÉES : UN MARQUEUR NEUROCOGNITIF DU RISQUE SUICIDAIRE ?

S. RICHARD-DEVANTOY (1), G. TURECKI (1),  
D. LE GALL (2), F. JOLLANT (1), T. GALLARDA (3)

(1) McGill University, Department of Psychiatry & Douglas Mental Health University Institute, MONTREAL, CANADA

(2) Laboratoire de Psychologie des Pays de la Loire EA 4638, UNIVERSITÉS DE NANTES ET ANGERS, FRANCE ;

(3) SHU Sainte-Anne, PARIS, FRANCE

**Objectif :** Enjeu de santé publique, le suicide de la personne âgée représente plus de 28 % des suicidés chaque année en France. Contrairement aux patients adultes d'âge moyen, les bases neurocognitives des conduites suicidaires chez les personnes âgées ont été peu explorées. Ici, nous avons cherché à évaluer un déficit de l'inhibition cognitive, un mécanisme présumé majeur de la vulnérabilité suicidaire, chez des personnes âgées déprimées suicidantes.

**Méthode :** Soixante participants ont été recrutés : des personnes âgées (> 65 ans) déprimées (HAM-D 17 items > 18) et suicidantes (n = 20), des contrôles déprimés sans antécédent de conduites suicidaires (n = 20) et des contrôles sains (n = 20). Les trois fonctions de l'inhibition cognitive ont été particulièrement examinées selon le modèle d'Hasher et Zacks : l'accès à l'information pertinente (en utilisant la tâche de lecture en présence de distracteurs), la suppression des informations devenues non pertinentes en mémoire de travail (Trail Making Test, Rule Shift Cards), et la freination des réponses dominantes (Stroop Test, Hayling Sentence Completing Test, Go/No-Go Test).

**Résultats :** Les trois fonctions d'accès, de suppression et de freinage de l'inhibition cognitive, et cette dernière en composante motrice, étaient davantage altérées chez les personnes âgées déprimées suicidantes par rapport aux contrôles déprimés et sains, après ajustement des facteurs de confusion (âge, niveau de MMSE, intensité de la dépression, vitesse de traitement de l'information).

**Conclusion :** Notre étude suggère que l'incapacité à inhiber l'accès à l'information en mémoire de travail, et à bloquer et supprimer les informations devenues non pertinentes pourrait nuire aux capacités du patient à répondre adéquatement à des situations stressantes, aboutissant à un risque accru de conduites suicidaires au cours de la dépression de la personne âgée. Des interventions peuvent être mises au point pour cibler spécifiquement les troubles cognitifs dans la prévention du suicide chez les personnes âgées déprimées.

**Mots clés :** Conduites suicidaires ; Fonctions exécutives ; Inhibition cognitive ; Personnes âgées ; Prévention.

## CO 02

### AUGMENTATION DU TAUX DE TENTATIVE DE SUICIDE EN BELGIQUE ET CRISE ÉCONOMIQUE

W. PITCHOT (1), M. WAUTHY (2), J.-P. LABILLE (2)

(1) Université de Liège, LIÈGE, BELGIQUE ;

(2) Solidaris, BRUXELLES, BELGIQUE

Les suicides et les tentatives de suicide présentent actuellement un caractère véritablement épidémique. Dans le monde, environ 1 million de personnes se suicident chaque année. Ces dernières années, le risque de suicide et de tentative de suicide a augmenté de manière très sensible. Parmi les pays de la Communauté Européenne, la Belgique occupe une place tristement privilégiée.

En 2012, à l'initiative de l'Union Nationale des Mutualités Socialistes (Solidaris), nous avons réalisé une enquête auprès d'un échantillon de 1 000 personnes (18-75 ans, Wallonie – Bruxelles, représentativité sociologique) évaluant notamment la prévalence de la dépression majeure et de la suicidalité. La symptomatologie dépressive a été mesurée par le PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9).

Sur base du PHQ-9, on peut considérer que plus de 5 % de la population souffre d'un épisode dépressif majeur au moment de l'évaluation. Ce pourcentage représente un échantillon de la population souffrant actuellement d'une dépression modérément sévère ou sévère. La prévalence sur la vie de la tentative de suicide est de 8 %. En outre, 12 % des personnes interrogées ont déjà pensé à se suicider. Dans l'étude ESEMeD réalisée en 2001, environ 3,2 % des personnes interrogées avaient déjà envisagé de mettre fin à leurs jours et 2,9 % avaient déjà tenté de se suicider au cours de leur vie. Si on réalise une comparaison avec l'étude ESEMeD, on peut conclure que sur une période de plus de 10 ans, les comportements suicidaires ont augmenté sensiblement. Ils reflètent de manière assez inquiétante la souffrance psychologique de la population et indirectement l'importance du désespoir.

Les facteurs socio-environnementaux sont une source importante d'inquiétude. La santé, les enfants et le travail représentent les principales préoccupations de la population. En particuliers, la situation socio-économique et le risque de perdre son identité nationale semblent expliquer en partie la mauvaise santé psychologique de la population. Les résultats de l'enquête suggèrent une relation entre une aggravation de la situation socio-économique et la dépression.

## CO 03

### RECRUESCENCE DU SUICIDE PAR IMMOLATION PENDANT LA RÉVOLUTION TUNISIENNE : IMPACT PSYCHOLOGIQUE SUR LE PERSONNEL SOIGNANT

I. DERBEL, S. HAJERI, R. TRIKI, M. BEN DALY, I. JOHNSON,  
L. DELLAGI, K. TABBANE

(1) Hôpital Razi, LA MANNOUBA, TUNISIE

**Introduction :** L'immolation du jeune Tunisien Mohamed Bouazizi qui protestait contre l'injustice sociale a été à l'origine non seulement de la Révolution tunisienne, mais aussi d'une succession de tentatives de suicide par immolation. Il s'en est suivi une augmentation du taux d'hospitalisations dans l'unité de réanimation des grands brûlés. Comment ce phénomène a-t-il été vécu par le personnel soignant de ce service ?

**Objectif :** Déterminer l'impact psychologique de cette vague de tentatives de suicide (TS) par immolation sur le personnel soignant.

**Méthodologie :** Étude transversale descriptive portant sur une population de 30 personnels soignants, médical et paramédical du centre des grands brûlés de Ben Arous à Tunis.

**Résultats :** L'accroissement du taux d'hospitalisations a augmenté la charge de travail : une sensation de fatigue intense avec débordement est rapportée par 82 % de la population.

On a noté une symptomatologie anxieuse chez 50 % de la population et une symptomatologie dépressive chez 30 %. Seuls 19 % ne rapportent aucune symptomatologie. 82 % ont rapporté une sensation de débordement, 50 % un sentiment d'impuissance qui a affecté la prise en charge des malades chez 57 % tandis que 20 % seulement ont rapporté une diminution du rendement.

On a noté des antécédents psychiatriques chez 11,5 %.

Seulement 11 % ont consulté des psychiatres et ont nécessité un traitement (anxiolytiques + antidépresseurs dans un seul cas, et anxiolytiques seuls dans 2 cas). Par contre 30 % ont eu recours à une auto-médication (anxiolytiques seuls).

**Conclusion :** Le caractère violent et spectaculaire de l'immolation a frappé le personnel soignant qui a eu un contact rapproché avec les victimes. Une prise en charge adéquate et dans les délais pour le personnel soignant s'impose pour éviter ce genre de traumatisme.

#### **CO 04 DÉFICIT DU TRANSFERT INTERHÉMISPHERIQUE DANS L'ALEXITHYMIE : UN TEST CLINIQUE SIMPLE**

X. PROUDNIKOVA, Y. HODÉ

*Centre Hospitalier de Rouffach, ROUFFACH, FRANCE*

L'alexithymie, caractérisée par une difficulté à décrire ses émotions et celles d'autrui, est plus fréquente parmi les sujets souffrant de troubles psychiatriques (ex : troubles dépressifs, troubles psychosomatiques, troubles addictifs, THADA).

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

L'étude a été réalisée sur 25 sujets (11 hommes et 14 femmes), âgés de 25 à 59 ans. Les scores d'alexithymie variaient de 23 à 50 à la TAS-20 (moyenne :  $33,2 \pm 7,2$ ). Une corrélation positive entre l'importance du déficit interhémisphérique

et le score d'alexithymie a été retrouvée (test de Pearson  $r = 0,40$ ,  $p = 0,05$ ).

Nous confirmons les résultats d'études antérieures mais à la différence de celles-ci, les liens entre le déficit de transfert interhémisphérique et l'alexithymie sont analysés sous un angle dimensionnel chez des sujets sains sans alexithymie pathologique. Ceci a été montré avec un temps de passation raccourci et donc plus adapté à la pratique clinique courante, ce qui permettra de faciliter des études sur ce sujet.

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

#### **CO 05 DÉPISTAGE DES SUJETS À RISQUE DE TROUBLES DES CONDUITES ALIMENTAIRES À L'ADOLESCENCE : ÉTUDE DESCRIPTIVE CHEZ 3 344 COLLÉGIENS**

S. BILLARD, A. GAY, T. SIGAUD, J. BONNET, B. VIVET,  
F. LANG

*CHU Saint-Étienne, SAINT-ÉTIENNE, FRANCE*

Les troubles des conduites alimentaires (TCA), que ce soit l'anorexie mentale, la boulimie, ou les troubles non spécifiques, posent des problèmes de santé publique graves chez les adolescents et les adultes jeunes du fait de leur fréquence et de leur évolution. Concernant le dépistage, les données de la littérature pour les sujets de 14-17 ans ne sont pas fournies et concernent plutôt les sujets de 18-25 ans.

**Objectif :** L'objectif de ce travail a été de dépister les sujets à risque de TCA dans une large population d'adolescent de 14 à 16 ans.

**Méthode :** Des collégiens de 14 à 16 ans (40 % des élèves de 3<sup>e</sup> de la Loire) ont passé un auto-questionnaire composé d'un test de silhouettes, et de 5 autres échelles de dépistage des TCA. Les sujets considérés à risque à l'issue du questionnaire ont passé un entretien d'évaluation (Eating Disorders Examination : EDE) afin d'affiner les données.

**Résultats :** Sur les 3 344 élèves ayant rempli le questionnaire, 2 769 ont été retenus (exclus : âge extrême et questionnaires incomplets) dont 53,6 % de filles et 46,4 % de garçons. 968 individus considérés à risque ont passé l'hétéro-évaluation et sur ces sujets à risque, 5 % ont eu un diagnostic d'anorexie mentale ou de boulimie posé (80 % de filles). Les groupes en fonction de l'IMC sont répartis de la façon suivante pour les deux sexes : Dénutris (2,3 %), maigres (4,6 %), normaux (74,8 %) surpoids (9,8 %) obésité (8,5 %). Chez les filles, l'insatisfaction corporelle et la restriction augmente avec l'âge et l'IMC alors que chez les garçons, seul l'IMC compte. Les variables qui permettent de prédire le mieux les variations de l'IMC chez les filles et les garçons diffèrent nettement.

**Conclusion :** Les chiffres retrouvés dans cette étude concordent avec ceux d'autres études européennes dépistant plus d'un tiers de sujets à risque de TCA dès 14 ans. Cependant, même si peu d'individus ont un TCA bien individualisé à cet âge, la proportion de TCA non spécifique est élevée. Ceci montre la nécessité de mettre au point des questionnaires

de dépistage adaptés à l'adolescent afin de permettre une prise en charge précoce. Des études longitudinales commençant dès 14 ans seraient instructives pour voir l'évolution des sujets à risque dans les années qui suivent.

**CO 06**  
**PLACE DE LA REMÉDIATION COGNITIVE**  
**DANS LA PRISE EN CHARGE DES ENFANTS**  
**HYPERACTIFS**

M. HAMZA (1), Z. ABBES (1), H. BEN YAHIA (1),  
 Y. MORVAN (2), I. AMADO (2), K. TABBANE (1),  
 A. BOUDEN (1)

(1) *Hôpital Razi, TUNIS, TUNISIE*

(2) *Hôpital Sainte-Anne, PARIS, FRANCE*

*Introduction* : La remédiation cognitive est une stratégie d'intervention visant à améliorer les fonctions cognitives déficitaires. Elle trouve une place dans la prise en charge des enfants présentant un trouble hyperactivité déficit de l'attention (THADA) devant les troubles cognitifs qui lui sont associés.

*Objectifs* : Appliquer un programme de remédiation cognitive chez les enfants présentant un THADA et évaluer son efficacité sur leurs capacités attentionnelles, leurs performances scolaires et leur comportement.

*Méthode* : 27 enfants présentant un THADA, diagnostic retenu selon les critères du DSMIV, ont été inclus. Ils ont été évalués avant le début du programme par des épreuves neuropsychologiques : le subtest Tour du bilan neuropsychologique de l'enfant (NEPSY), la Figure Complexe de Rey, les CPM de Raven, les Cubes de Kohs et l'épreuve d'Empan de chiffres direct et indirect.

L'*Attentional Network Test* (ANT) a été utilisé pour l'évaluation attentionnelle et des phénomènes pré attentifs. Tous les enfants ont été réévalués une semaine après la fin du programme. Le programme de remédiation utilisé est le *Cognitive Remediation Therapy* (CRT) élaboré par Delahunty *et al.* et comprend trois modules : flexibilité cognitive, planification et mémoire. Les séances sont faites à un rythme d'une séance par semaine de 45 mn chacune avec une durée totale de 14 semaines.

*Résultats* : L'âge moyen des enfants recrutés est de 10 ans. Huit ont achevé le programme et ont été retestés. Les résultats préliminaires montrent une amélioration des résultats scolaires avec un meilleur maintien de l'attention soutenue, une meilleure planification et organisation des tâches, une diminution de l'impulsivité, une meilleure exploitation des stratégies cognitives et une amélioration de la mémoire à court terme. Au niveau de l'ANT, nous retrouvons une réduction des temps de réponses avec un nombre d'erreurs moindre dans les tests pratiqués à la fin du programme. Dix n'ont pas terminé la totalité du programme et 9 sont encore en cours d'évaluation.

*Conclusion* : La remédiation cognitive peut constituer une nouvelle approche thérapeutique dans la prise en charge du THADA et produire une amélioration significative des troubles des fonctions cognitives qui lui sont associés.

**CO 07**  
**EFFET DU MÉTHYLPHENIDATE**  
**SUR LES STRUCTURES CÉRÉBRALES**  
**DES ENFANTS ATTEINTS DE TROUBLE**  
**DE L'ATTENTION AVEC HYPERACTIVITÉ :**  
**UNE ÉTUDE DE MORPHOMÉTRIE VOXEL À VOXEL**

T. VILLEMONTAIX (1), S. DE BRITO (2), H. SLAMA (3),  
 M. KAVEC (4), D. BALERIAUX (4), T. METENS (4),  
 J. MENDLEWICZ (5), P. PEIGNEUX (3), I. MASSAT (1)

(1) *INSERM U894 Team 1, Centre de Psychiatrie et de Neurosciences (CPN), PARIS, FRANCE*

(2) *School of Psychology, Birmingham University, BIRMINGHAM, ROYAUME-UNI*

(3) *UR2NF – Neuropsychology and Functional Neuroimaging Research Unit, ULB, BRUXELLES, BELGIQUE*

(4) *Department of Radiology, Clinics of Magnetic Resonance, Erasme Hospital, BRUXELLES, BELGIQUE*

(5) *B Laboratory of Experimental Neurology, Université Libre de Bruxelles (ULB), BRUXELLES, BELGIQUE*

*Introduction* : Des déficits des fonctions exécutives ont été mis en évidence chez les enfants souffrant de trouble de l'attention/hyperactivité (TDAH), impliquant les circuits fronto-striataux, le cervelet, mais également les régions temporales et le cortex cingulaire. On suppose que ces déficits sont liés à un délai de maturation cérébrale chez les patients TDAH, bien que les études d'imagerie structurelle aient donné des résultats hétérogènes. Cette hétérogénéité est peut-être en partie causée par l'inclusion de proportions variables de patients traités au méthylphénidate au sein des échantillons de patients TDAH, alors même que les effets de ce traitement sur les structures cérébrales demeurent largement inconnus.

*Méthode* : Notre étude est la première à utiliser la morphométrie voxel à voxel pour comparer les volumes de matière grise d'enfants présentant un TDAH de type mixte n'ayant jamais reçu de traitement médicamenteux (n = 34), d'enfants présentant un TDAH de type mixte ayant reçu un traitement au méthylphénidate durant 12 mois au minimum (n = 26) et d'enfants contrôles (n = 26), comparables en âge, QI et catégorie socio-professionnelle. Cinq régions d'intérêt ont été examinées : les ganglions de la base, le cortex cingulaire, le cervelet, le lobe temporal et le cortex préfrontal inférieur. Les analyses ont été conduites sur l'échantillon total mixte (n = 84) dans un premier temps, puis sur le sous-échantillon de garçons intégrés dans l'étude (n = 49).

*Résultats et conclusions* : Les contrôles et les patients TDAH traités présentaient des volumes de matière grise plus importants que les patients TDAH non traités dans le cortex préfrontal inférieur. Les garçons TDAH non traités présentaient des volumes de matière grise moins importants que les garçons contrôles dans le lobe temporal et dans le cortex cingulaire. Ces résultats suggèrent que des déficits structurels sont présents dans ces régions chez les patients TDAH, et suggèrent pour la première fois un effet normalisateur du méthylphénidate sur le cortex préfrontal inférieur, une région solidement impliquée dans les mécanismes d'inhibition motrice.



## CO 08

### ADOS ET PORNO : IMPACT DE LA CONSOMMATION DE PORNOGRAPHIE CHEZ LES ADOLESCENTS AGRESSEURS SEXUELS

A. JOFFROY, C. BAÏS, S. LAZUTTES, P. COURTET, M. LACAMBRE

(1) CHRU Montpellier, MONTPELLIER, FRANCE

Aujourd'hui, avec les nouvelles techniques d'information et de communication, le sexe est sur le devant de la scène. La facilité d'accès à internet et l'arrivée des smartphones ouvrent sans limite le monde du porno aux adolescents de plus en plus tôt. L'âge moyen de la première exposition à la pornographie sur internet est de 11 ans : 58 % des garçons et 45 % des filles ont vu leurs premières images pornos entre 8 et 13 ans (Marzano et Rozier, 2005). D'autant que la pornographie a entamé une métamorphose depuis les années 90 : images chocs, plus violentes, actes sexuels déshumanisés. Cette dernière vague pornographique interroge sur les effets du contenu de ces images violentes chez les enfants et adolescents. Le lien entre consommation de porno et adolescents agresseurs sexuels pose alors question...

En effet, l'adolescent vulnérable, cantonné dans son développement psychosexuel par son entourage familial, serait tenté de se tourner vers la pornographie pour assouvir sa curiosité sexuelle. Le porno devient alors le principal vecteur d'information sexuelle et d'initiation à la sexualité. Cette exposition précoce et régulière interroge sur l'émergence de distorsions cognitives. La désensibilisation aux images, la banalisation de la violence dans les pratiques sexuelles pourraient favoriser le passage à l'acte violent.

En France, les adolescents sont impliqués dans la moitié des viols sur mineur de moins de 15 ans (Ministère de La Justice et des Libertés, 2009). Pourtant, le lien entre consommation de pornographie et agression sexuelle n'est pas clairement établi. Certaines études laissent à penser que la pornographie pourrait influencer les adolescents les plus vulnérables (Seto, Lalumière, 2010) mais d'autres travaux apportent des résultats différents voir contradictoires (Blachère, Merguy, 2009). La consommation de pornographie va-t-elle conduire au passage à l'acte ? Ou au contraire, permettre de canaliser des pulsions ou fantasmes sexuels ? Quelles sont les expériences sexuelles et amoureuses de ces adolescents consommateurs de porno ? Nous proposons une revue de littérature exhaustive et actualisée pour aborder ces questions d'actualités complexes qui concernent tous les professionnels travaillant auprès d'adolescents.

## CO 09

### SCHIZOPHRÉNIE ET COGNITION SOCIALE : QUELS RÔLES POUR LA RECONNAISSANCE DES ÉMOTIONS FACIALES ET LA THÉORIE DE L'ESPRIT

P. BRAZO (1), V. BEAUCOUSIN (2), L. LECARDEUR (1), S. DOLLFUS (1)

(1) CHU de CAEN, service de psychiatrie ; Université de Caen Basse-Normandie, UMR6301 ISTCT, équipe ISTS, CAEN, FRANCE

(2) Laboratoire de psychopathologie et neuropsychologie, Université de Paris 8, SAINT-DENIS, FRANCE

*But* : La reconnaissance des émotions faciales et la théorie de l'esprit (ToM) sous-tendent les interactions sociales, qui sont altérées dans la schizophrénie. Nous avons cherché une altération des capacités pour ces 2 processus et leurs relations chez des patients schizophrènes.

*Méthodes* : Seize patients (DSM IV) sont comparés à 16 volontaires sains (VS) appariés avec 2 tâches :

– la NimStim Face Set (Tottenham 2009) ;

– un test d'attribution d'intention à autrui (AIA, Sarfati 1997), complété par deux tâches contrôles (CPP : causalité physique avec personnage, CPO : causalité physique avec objet, Brunet 2000).

Les ANOVAs portent sur le taux de réponse (RC, réponses correctes/nombre de stimuli, %) et le temps de réponse pour les réponses correctes (TR, non limité, ms) avec pour facteurs les catégories d'émotions (colère, gaieté, tristesse) ou la ToM (AIA, CPP, CPO) et les groupes (patients/VS). Nous étudions les corrélations entre les tâches.

**Résultats** majeurs statistiquement significatifs :

1) Émotions :

• Effet Groupe (RC, TR) : les patients sont altérés comparés aux VS.

2) ToM :

• effet Groupe (RC, TR) : les patients sont altérés comparés aux VS ;

• effet Catégorie (RC, TR) : AIA est la plus difficile et la plus longue à réaliser alors que CPO est la plus rapide ;

• interaction Groupe x Catégorie (TR) : les patients traitent CPO plus vite que AIA et CPP, les VS traitent CPO plus vite que CPP et CPP plus vite que AIA.

3) Corrélations ( $r^2$ ) :

• patients : émotions et AIA : RC (0.6), TR (0.7) ; CPP : TR (0.9) ; CPO : TR (0.8) ;

• VS : émotions et CPO : RC (0.5).

*Discussion* : Les patients réussissent moins et sont plus lents que les VS pour les 2 tâches.

Leur TR ne diffère pas entre AIA et CPP, toutes 2 mettant en scène un personnage. Chez les VS, le TR croît en proportion de la présence d'information supplémentaire (CPO < Cpp < AIA). Les patients pourraient traiter de manière similaire une scène avec personnage, qu'il y ait ou non nécessité d'activer la ToM.

Chez les patients, les tâches sont corrélées au contraire des VS. Leurs performances pendant ces tâches pourraient solliciter les mêmes processus cognitifs et/ou réseaux neuraux. La ToM semble donc s'activer différemment dans les deux groupes. Chez les patients, cette activation pourrait être liée à la reconnaissance des émotions faciales.

## CO 010

### ANTISOCIALITÉ ET TROUBLES PSYCHOTIQUES : DE L'HÉBOÏDOPHRÉNIE À LA PSYCHOPATHIE GRAVE EN PASSANT PAR SCHIZOPHRENIA SIMPLEX : LE CHAOS NOSOGRAPHIQUE

I. BOUANENE (1), I. BOUANENE (2), L. BARRAULT (1), M. HADJ AMMAR (2), K. BEN SALEM (2)

(1) Centre Hospitalier René Dubos, PONTOISE, FRANCE

(2) Faculté de médecine de Monastir, MONASTIR, TUNISIE

**Introduction :** Depuis la description par Kahlbaum en 1890 de l'héboïdophrénie comme forme atténuée de la folie juvénile à la frontière des troubles du caractère et de la maladie déclarée, l'association entre psychopathie et psychose ne cesse de subir un remaniement nosographique. Elle a été considérée comme une forme de la schizophrénia simplex par Bleuler, et désignée comme une forme pseudopsychopathique de la schizophrénie par la nosographie française. Les données actuelles suggèrent que la co-morbidité d'une schizophrénie et d'une psychopathie est plus importante chez les patients violents que non violents sans donner une réponse claire concernant la nature de la relation entre ces deux entités.

**Objectif :** Étudier la co-morbidité entre la psychopathie et les troubles mentaux.

**Méthodologie :** Étude transversale comparant 48 patients admis pour des crimes violents et jugés non responsables à 55 patients admis selon le mode d'office ordinaire dans 2 unités « fermées » en Tunisie. Les traits psychopathiques ont été évalués par l'échelle PCL-R (*Psychopathy Checklist-Revised*). Le diagnostic de psychopathie est posé sur la base d'un score de 30 ou plus, entre 20 et 30 le cas est qualifié de « mixte ».

**Résultats :** La schizophrénie était le diagnostic le plus porté (75,7 %). Un trouble lié à l'utilisation d'une substance (TLUS) comorbide a été retrouvé dans 38,8 % des cas. Le score moyen à la PCL-R était de  $10,73 \pm 7,58$ . Deux patients présentaient des traits psychopathiques manifestes et 12 étaient qualifiés de cas « mixtes ». Les patients « forensic » avaient des scores moyens plus élevés à la PCL-R ( $13,75$  vs  $8,09$  ;  $p < 10^{-3}$ ). Les patients paranoïdes avaient le score moyen de psychopathie le plus élevé ( $p < 0,039$ ). La présence d'un TLUS co-morbide était également associée à un score moyen plus élevé à la PCL-R ( $14,3$  vs  $8,4$  ;  $p < 10^{-3}$ ).

**Conclusion :** Notre travail a permis de retrouver une co-morbidité « catégorielle » entre les troubles mentaux chez les malades violents et la classe incluant les scores de psychopathie de 20 à 40, Une co-morbidité « dimensionnelle » entre le sous-type paranoïde de la schizophrénie et la psychopathie et une co-morbidité « pronostique » entre les troubles mentaux et la psychopathie en matière de passage à l'acte transgressif.

### CO 011 IMPACT DU VÉCU DE LA GUERRE AU LIBAN SUR LA VIOLENCE DES PATIENTS PSYCHOTIQUES

E. SAMAHA (1), S. RICHA (2), M. MATTAR (1),  
M. ROTHARMEL (3), O. GUILLIN (3), M.F. POIRIER (4),  
F. KAZOUR (5)

(1) Université Saint-Joseph, BEYROUTH, LIBAN  
(2) Hôtel-Dieu de France, BEYROUTH, LIBAN  
(3) Centre Hospitalier du Rouvray, ROUEN, FRANCE  
(4) Service Hospitalo-Universitaire (SHU), Centre Hospitalier Sainte-Anne, PARIS, FRANCE  
(5) Hôpital Psychiatrique de la Croix, JAL EL DIB, LIBAN

**Introduction :** La violence des patients psychotiques se manifeste dans les phases aiguës de la maladie et dans les périodes de rechutes. La guerre et la violence dans l'entourage du

patient pourraient influencer les symptômes. Le but de cette étude est d'évaluer l'agressivité des patients psychotiques en fonction de leur vécu d'incidents traumatiques au Liban.

**Méthodes :** Étude menée sur deux sites au Liban : Hôpital Psychiatrique de la Croix et Hôtel-Dieu de France. Critères d'inclusion : âge > 18 ans et critères diagnostiques des troubles psychotiques (DSM IV), admis pour plus de 7 jours. Critère d'exclusion : diagnostic de démence. Données recueillies : sociodémographiques, antécédents de vécu d'incidents traumatiques durant la guerre, données cliniques portant sur la maladie et le traitement. Échelles utilisées : MINI-DSM IV, CGI et BPRS (remplies à l'entrée et à la sortie). L'évolution quotidienne du comportement agressif du patient a été mesurée avec l'OAS (*Overt Aggression Scale*) remplie chaque jour. Chaque patient a été suivi pendant maximum 28 jours.

**Résultats :** 34 patients ont été inclus avec les diagnostics suivants : 20 schizophrénies, 11 troubles schizo-affectifs, 1 trouble délirant, 1 état psychotique aigu, 1 psychose post abus de substance. 20 ont présenté un comportement agressif durant leur hospitalisation. La moyenne des jours d'agressivité était de 1.94 j. 30 patients ont vécu des périodes de guerre au Liban, 9 parmi 34 ont été victimes d'au moins un événement violent durant la guerre et 14 ont été victimes d'événements traumatiques durant leur vie (inclus les événements de guerre). Les patients ayant vécu une période de guerre au Liban avaient moins de jours d'agressivité que ceux qui n'ont pas vécu la guerre ( $1,57$  vs  $3,33$  j.) ( $p = 0,01$ ). Les victimes d'événements violents durant la guerre étaient moins agressives que les non-victimes ( $0,78$  vs  $2,08$  j.) ( $p = 0,008$ ).

**Discussion :** Les patients victimes de traumatismes durant la guerre ont présenté moins de comportements agressifs que ceux qui n'ont pas vécu de tels incidents. La résilience face à la guerre pourrait expliquer cette diminution chez les patients les plus exposés aux traumatismes.

### CO 012 SCHIZOPHRÉNIE ET L'APPRÉCIATION DE L'HUMOUR

S. REGAT, E. ÉTIENNE, N. BOUAZIZ, R. BENADHIRA,  
S. BRAHA, D. JANUEL

EPS Villeevard, NEUILLY-SUR-MARNE, FRANCE

**Introduction :** L'humour est une forme d'esprit railleuse « qui s'attache à souligner le caractère comique, ridicule, absurde ou insolite de certains aspects de la réalité ». Plusieurs études « J. Delay *et al.* 1954 », « Sarfati et Hardy-Baylé, 1999 »..., ont rapporté un déficit dans l'aptitude à comprendre l'humour chez les patients atteints de schizophrénie qui serait en rapport avec un déficit dans la théorie d'esprit.

**Objectifs :** L'objectif principal de notre étude est d'évaluer les capacités des patients présentant une schizophrénie à apprécier l'humour en les comparant à des sujets sains et de rechercher une éventuelle influence de la psychopathologie cette faculté.

**Méthodologie :** Les critères d'inclusion : 25 patients de 18 à 65 ans présentant une schizophrénie paranoïde (selon le DSM IV), stabilisés depuis plus de 3 mois ont été comparés à des 25 sujets sains appariés par le sexe, l'âge et le niveau socioculturel.

Les évaluations ont été faites par ces outils :

– pour les patients : PANSS (symptomatologie psychotique), SANS (symptomatologie négative), SAPS (symptomatologie positive) ; NART (déficience intellectuelle), TOM (capacité de prédiction des intentions d'autrui), TACH (test d'appréciation et de la compréhension de l'humour) ;

– pour les sujets sains : une MINI 500 (évaluation globale du sujet), 2 échelles de dépression (HDRS et BDI), TOM (capacité de prédiction des intentions d'autrui), TACH (test d'appréciation et de la compréhension de l'humour).

*Les résultats* : Nous n'avons pas trouvé de différence significative dans la TOM entre sujets sains et patients schizophrènes en rémission  $p < 0,27$ . Dans l'appréciation et de la compréhension de l'humour la différence est plus notable  $p < 0,01$ .

*Conclusion* : Nous sommes partis du postulat que les patients schizophrènes ont des défaillances au niveau de la Théorie de l'Esprit. Les résultats montrent qu'une déficience au niveau humoristique est également présente.

**Mots clés** : Cognition ; Humour ; Schizophrénie ; Théorie de l'esprit ; Trouble psychotique.

#### CO 013

### ÉTUDE DES PRESCRIPTIONS HORS AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHÉ (HORS AMM) EN ÉTABLISSEMENT SPÉCIALISÉ EN PSYCHIATRIE

L. ANDRÉOLI, M. GAUDONEIX, R. DE BEAUREPAIRE

Centre Hospitalier Paul Guiraud, VILLEJUIF, FRANCE

De nombreuses études ont montré que l'utilisation hors AMM des médicaments est une pratique fréquente, mais risquée car elle augmente le risque de survenue d'événements indésirables et met en jeu la responsabilité du prescripteur et du pharmacien. La présente étude est une analyse des prescriptions hors AMM en psychiatrie hospitalière. Toutes les lignes de prescription un jour donné dans un hôpital psychiatrique public ont été analysées. Les prescripteurs ont été interrogés individuellement sur les raisons de leurs prescriptions. Les prescriptions hors AMM ont été analysées pour l'indication, la posologie, la durée de traitement et le schéma de traitement. Un total de 5 086 lignes de prescription a été relevé, pour 496 patients. L'ensemble des prescriptions hors AMM est de 34 % (43,5 % pour les médicaments psychiatriques, 22,7 % pour les somatiques). Pour les médicaments psychiatriques, on retrouve un taux de 22,3 % de prescriptions hors AMM pour l'indication, 13,1 % pour la posologie, 4,5 % pour la durée de traitement et 6,2 % pour le schéma de prescription. Pour les médicaments somatiques, les chiffres sont respectivement 4,5 %, 14,9 %, 4,8 % et 6,2 %. Les chiffres ayant trait aux indications de médicaments psychiatriques sont inférieurs à ceux publiés dans la littérature. L'analyse des causes des prescriptions hors AMM psychiatriques montre que dans leur majorité les prescriptions hors AMM pour l'indication et la posologie ont pour objectif de contrôler l'agitation et les troubles du comportement des patients. Les prescriptions hors AMM somatiques toutes catégories confondues tentent de corriger certains effets indésirables des antipsychotiques. Les indications de la plupart des prescriptions hors AMM

peuvent se justifier si l'on se réfère aux données de la littérature. Un certain nombre de prescriptions concernant les posologies, durées de traitement et schémas thérapeutiques sont néanmoins contestables et résultent probablement d'erreurs de prescription ou de méconnaissance de l'AMM. Cette étude a permis de repérer les prescriptions hors AMM justifiées qui devront faire l'objet de protocoles validés par le Comité du Médicament afin que la responsabilité de la prescription et de la dispensation soit collective.

#### CO 014

### ABSTINENCE TABAGIQUE DE 24 HEURES ET EXPÉRIENCE GROUPELE POSITIVE POUR AUGMENTER LA MOTIVATION À ARRÊTER DE FUMER EN PSYCHIATRIE : RÉSULTATS PRÉLIMINAIRES

I. KEIZER, C.M. MAILLOUX-STOHLER, P. CROQUETTE, A.N. KHAN

HUG – Hôpitaux Universitaires de Genève, GENÈVE, SUISSE

*Introduction* : Une intervention pour augmenter la motivation à cesser de fumer a été proposée dans un hôpital psychiatrique. Elle consiste en 24 h d'abstinence tabagique avec une participation active des patients induisant une expérience positive. Cette intervention groupale multimodale inclut, outre des séances de discussion et d'information sur le tabagisme, des mesures du monoxyde expiré, de l'exercice physique (bains thermaux, marche), de la musicothérapie et des substituts nicotiques.

*Méthode* : Les participants ont été évalués 1 semaine avant (t1), pendant (t2) et 1 semaine après (t3) l'intervention. Variables mesurées : tabagisme, symptômes de sevrage (MPSS), anxiété (STAI-état), dépression (BDI-21), bien-être (échelle OMS : WHO-5), auto-efficacité pour s'abstenir de fumer (Likert 5 pts), satisfaction (Likert 8 pts).

*Résultats* : En 2 ans 95 patients ont participé. Majoritairement masculins : 66,7 %/âge moyen : 35,2 ans ( $SD = 13,1$ )/troubles psychotiques : 59,7 %/forte dépendance au tabac : 9/10/stade précontemplation : 64,1 %/réussite 9 h d'abstinence tabagique : 45,5 %/abstinence 24 h : 38,6 %/satisfaction moy : 7/8.

Une étude a récemment démarré dans ce programme : taux de participation : 86,7 %/patients ayant complété les 3 phases d'évaluation :  $n = 37$ . Résultats : STAI : t1 = 45,3, t2 = 40,3, t3 = 40,1,  $p = 0,05$ /BDI : t1 = 17,3, t2 = 14,2, t3 = 12,  $p = 0,005$ /WHO : t1 = 11,2, t2 = 15,4, t3 = 13,8,  $p = 0,006$ /MPSS : t1 = 5,64, t2 = 4,88, t3 = 4,52,  $p = 0,006$ /auto-efficacité 24 h : t1 = 7,5, t2 = 7,7, t3 = 8,2,  $p = 0,004$ .

*Discussion* : Ces données montrent l'absence d'effets négatifs (tel accroissement de l'anxiété, dépression ou symptômes de sevrage) malgré l'abstinence tabagique chez des patients psychiatriques hospitalisés, avec au contraire une amélioration du bien-être et du sentiment de pouvoir s'abstenir temporairement de fumer. En s'appuyant sur leur expérience de la journée, les patients s'engagent dans une prise de conscience et réflexion sur leur consommation de cigarettes.

*Conclusion* : Ces résultats préliminaires très encourageants appellent à des investigations complémentaires. Elles

permettent d'imaginer l'intégration d'une telle journée dans les soins psychiatriques avec un double bénéfice sur le plan de la santé mentale et de la sensibilisation au tabagisme.

**CO 015**  
**ÉVOLUTION DE LA SYMPTOMATOLOGIE ANXIEUSE ET DÉPRESSIVE DANS L'ANOREXIE MENTALE AU COURS DE LA RENUTRITION : LIENS AVEC LE MÉTABOLISME DU TRYPTOPHANE ET DE LA SÉROTONINE**

C. GAUTHIER (1), C. HASSLER (2), L. MATTAR (1), J.M. LAUNAY (3), J. CALLEBERT (3), J.-C. MELCHIOR (4), B. FALISSARD (2), H. STEIGER (5), N. GODART (1)

(1) *Institut Mutualiste Montsouris, PARIS, FRANCE*  
(2) *INSERM U669, PARIS, FRANCE*  
(3) *Hôpital Lariboisière, PARIS, FRANCE*  
(4) *Hôpital Raymond Poincaré, GARCHES, FRANCE*  
(5) *McGill University, QUEBEC, CANADA*

*Objectif* : Les symptômes anxieux, obsessionnels et dépressifs sont fréquents chez les sujets souffrant d'anorexie mentale (AM). Les mécanismes physiopathologiques à l'origine de ces symptômes pourraient impliquer les conséquences métaboliques de la dénutrition et la carence en tryptophane (TRP), acide aminé essentiel précurseur de la sérotonine. Cette étude a pour objectif d'analyser l'évolution des symptômes anxieux et dépressifs, de l'état nutritionnel et de marqueurs périphériques de la voie sérotoninergique lors de la renutrition de patients hospitalisés pour AM.

*Méthodes* : 42 patients atteints d'AM et 42 sujets témoins appariés sur âge et sexe ont été inclus. Les symptômes anxieux et dépressifs, des paramètres nutritionnels (IMC, masse grasse, masse maigre) et des marqueurs périphériques de la voie sérotoninergique (sérotonine sanguine totale, TRP et grands acides aminés neutres (LNAA) plasmatiques) ont été mesurés à l'admission à l'état de dénutrition puis à la sortie après renutrition.

*Résultats* : Les paramètres cliniques, nutritionnels et biologiques s'amélioraient tous significativement au cours de la prise en charge. Les taux des variables biologiques chez les patients étaient inférieurs aux témoins, à l'entrée comme à la sortie. De plus, une diminution des symptômes dépressifs était associée à une augmentation du ratio TRP/LNAA. Des scores élevés d'anxiété et de dépression à la sortie étaient associés à des taux plus élevés de sérotonine.

*Discussion* : Dans l'AM, la renutrition s'accompagne d'une régression des symptômes anxieux et dépressifs. Le lien entre la diminution des symptômes dépressifs et l'augmentation du ratio TRP/LNAA pourrait indiquer l'influence des apports alimentaires en TRP sur la symptomatologie thymique. Une augmentation des taux de TRP, entraînant une restauration de la synthèse de sérotonine cérébrale et de la transmission sérotoninergique, pourrait ainsi contribuer à la diminution des symptômes dépressifs. Par ailleurs, à la sortie, un niveau d'anxiété et de dépression élevé serait associé à des taux de sérotonine plus élevés chez ces patients, pouvant refléter des anomalies basales de la voie sérotoninergique dans l'AM. De futures études sur de plus larges échantillons sont nécessaires afin de valider ces résultats.

**CO 016**  
**ÉVALUATION DES CHANGEMENTS DE PERSONNALITÉ CHEZ DES AUTEURS D'INFRACTION À CARACTÈRE SEXUEL INCARCÉRÉS : L'EXPÉRIENCE DES SESSIONS THÉRAPEUTIQUES DU SMPR DE FRESNES**

M. BODON-BRUZEL (1), F. GATHERIAS (2)

(1) *Chef de pôle SMPR UHSA de Fresnes, GH Paul Guiraud, VILLEJUIF, FRANCE*

(2) *SMPR UHSA de Fresnes, GH Paul Guiraud, VILLEJUIF, FRANCE*

L'expérience thérapeutique originale réalisée auprès de délinquants sexuels incarcérés à Fresnes bénéficie d'un recul de plus de cinq ans. Ce programme s'appuie sur quatre modèles d'approche différents (psychodynamique, psycho-comportementale, psychocriminologique et socio-éducatif). Il emploie les mécanismes d'une dynamique de groupes évoluant au fil des sessions.

Des évaluations et des questionnaires auto-remplis sont effectués en début et fin de sessions.

Quatre types criminologiques de patients ont été catégorisés : les agresseurs sexuels de mineurs dans un cadre intrafamilial ; les pédophiles avec au moins une victime masculine ; les pédophiles à victime féminine ; les agresseurs de femmes adultes.

Une analyse sur l'ensemble des neuf sessions (91 patients) prend en compte cinq items de la PCL-R et montre leur évolution positive.

Une deuxième analyse sur six sessions (70 patients) mesure l'évolution de certains traits de personnalité et tendances pathologiques associées ; l'investissement cognitif ; l'évolution de l'estime de soi, l'impulsivité, la recherche de sensation et l'empathie.

Les résultats montrent que toutes les tendances pathologiques se réduisent chez toutes les catégories d'agresseurs. L'estime de soi est augmentée pour l'ensemble de la population sauf pour les pédophiles présentant au moins une victime masculine. L'impulsivité se réduit pour l'ensemble des agresseurs. Le niveau d'empathie n'est pas modifié dans les auto-questionnaires sauf chez les pédophiles présentant au moins une victime masculine où elle diminue, alors que pour les questionnaires remplis par les soignants, le déficit d'empathie est réduit partout.

Les agresseurs de femmes adultes font état d'une franche augmentation de l'estime de soi avec une baisse significative de l'impulsivité. Les pédophiles intrafamiliaux et extra-familiaux avec victime féminine s'améliorent de manière harmonieuse. Les pédophiles extra-familiaux présentant au moins une victime masculine montrent qu'ils constituent un groupe particulier dans lequel les affects dépressifs dominent en fin de session, avec une diminution des capacités cognitives démontrant l'investissement intellectuel du travail thérapeutique, l'estime de soi se réduisant en lien avec la problématique dépressive.

Ces changements montrent une amélioration globale portant sur les traits de personnalité impliqués dans le risque de récidive.



**Posters de PO 001 à PO 539**



### PO 001 ASPECTS HISTORIQUES, CULTURELS ET RELIGIEUX DE L'IMMOLATION

S. LABORDERIE, S. PRAT

CHRU de Tours, TOURS, FRANCE

De nos jours, les décès par immolations suscitent un grand émoi et beaucoup d'interrogations. Ce moyen légal présente une grande violence, contrairement à l'intoxication médicamenteuse par exemple. Des profils psychopathologiques spécifiques ont été établis permettant entre autres de comprendre le contexte de la crise suicidaire ayant amené à un tel passage à l'acte. Actuellement ces actes auto-agressifs sont perçus au niveau psychiatrique et donc individuel, sans pour autant méconnaître les actes contestataires ayant dernièrement soulevé des foules. Nous voyons donc ces actes essentiellement sur le versant pathologique. Cependant l'immolation a pu présenter par le passé un caractère historique bien particulier, reflet d'un contexte social et de croyances religieuses bien spécifiques, sans connotation pathologique. Trois axes de réflexions permettent de comprendre ces passages à l'acte symbolique : la mort et la résurrection ; l'immortalité ; et la purification.

Le but de cette présentation est de mettre en avant ces aspects historiques, tant sur le plan mythologique, religieux et culturel, à une époque non si lointaine où l'immolation pouvait représenter un passage à l'acte normal. Certains groupes sectaires ont utilisé ces pratiques en référence à ces notions symboliques.

### PO 002 PRÉVALENCE DES TENTATIVES DE SUICIDE CHEZ UNE POPULATION CONSULTANT À L'HÔPITAL ARRAZI DE SALÉ : PROFIL CLINIQUE ET SOCIODÉMOGRAPHIQUE

H. ELLOUDI, B. ONEIB, M. SABIR, A. OUANASS

Hôpital ARRAZI, SALÉ, MAROC

L'objectif de notre travail est d'évaluer la prévalence des tentatives de suicide chez une population consultant au niveau des urgences de l'Hôpital Arrazi de Salé, de décrire les principales caractéristiques sociodémographiques ainsi de déterminer les principales étiologies psychiatriques des tentatives de suicide et faire une corrélation entre l'intentionnalité suicidaire et certains paramètres cliniques et sociodémographiques.

**Méthodologie :** Il s'agit d'une étude transversale descriptive et analytique étalée sur une période de 14 mois et portant sur l'ensemble de suicidants vus aux urgences de l'Hôpital Arrazi de Salé.

L'évaluation a été faite à travers un hétéroquestionnaire afin d'évaluer les caractéristiques sociodémographiques. Le diagnostic psychiatrique a été posé selon les critères de DSM IV. L'intentionnalité suicidaire a été évaluée par l'échelle d'intentionnalité suicidaire de BECK.

**Résultats :** On a recensé 108 suicidants dont 48 ont été hospitalisés avec une prévalence de 1,95 %. L'âge moyen est de 25 ans  $\pm$  8, avec une prédominance féminine (63 %). Les célibataires constituent la catégorie la plus touchée 58 %.

54 % des suicidants sont inactifs sur le plan professionnel constituant ainsi un facteur de risque. Le niveau socio-économique est bas dans 60 %. Concernant les étiologies psychiatriques dans notre échantillon les troubles psychotiques (55 %), les troubles de l'humeur (20 %) dont le trouble dépressif constitue la majorité et les troubles de la personnalité (18 %) occupent le premier rang. L'ingestion médicamenteuse et la défenestration étaient les méthodes les plus utilisées et rapportées dans notre travail. La forte intentionnalité suicidaire a été statistiquement significative chez les femmes  $p = 0,033$ , chez les sujets qui ont un antécédent de tentative de suicide  $p = 0,034$ , et chez les personnes avec un diagnostic de trouble dépressif  $p = 0,024$ , un trouble de personnalité borderline  $p = 0,037$  et un trouble psychotique  $p = 0,025$ . L'intentionnalité suicidaire élevée a été aussi corrélée significativement à la létalité  $p = 0,025$ .

**Mots clés :** Caractéristiques sociodémographiques ; Intentionnalité suicidaire ; Tentative de suicide ; Troubles psychiatriques.

### PO 003 PRÉVALENCE ET PROFIL DU SYNDROME MÉTABOLIQUE CHEZ UNE POPULATION DE PATIENTS BIPOLAIRES I

L. GAHA, A. EZZAHER, D. HAJ MOUHAMED, L. BEN AMOR, W. DOUKI, M.F. NAJJAR

Hôpital Universitaire de Monastir, MONASTIR, TUNISIE

**Introduction :** Les patients psychiatriques en général, et les bipolaires en particulier, constituent une population vulnérable exposée au risque de complications somatiques comme les troubles métaboliques.

**Objectifs :** Estimer la prévalence du syndrome métabolique et décrire son profil chez des patients bipolaires I.

**Patients et méthodes :** Étude transversale descriptive portant sur 130 patients bipolaires (85 de sexe masculin et 45 de sexe féminin), répondant aux critères diagnostiques du DSM IV d'un trouble bipolaire de type I avec comme épisode actuel un épisode dépressif (D = 21), maniaque (M = 36) ou euthymique (E = 73) recrutés au service de psychiatrie de l'hôpital de Monastir.

L'âge moyen était de 37,9 ans.

La définition du syndrome métabolique s'est appuyée sur les critères NCEP, ATP III (*National cholesterol Education's Program Adult Treatment Panel III*) :

Présence de 3 des 5 facteurs suivants :

- obésité BMI  $\geq 28,8$  kg/m<sup>2</sup> ;
- triglycérides  $\geq 1,7$  mmol/l ;
- HDL cholestérol  $< 1,1$  mmol/l (homme) et  $< 0,9$  mmol/l (femme) ;
- tension artérielle  $\geq 130/85$  mmHg ;
- glycémie à jeun  $\geq 6$  mmol/l.

Les triglycérides et le cholestérol ont été dosés par des méthodes enzymatiques colorimétriques. L'analyse statistique a été effectuée par le logiciel SPSS 17,0.

**Résultats :** La prévalence du syndrome métabolique était de 26,1 %. 50 % des patients sous antipsychotiques avaient un



sur poids ou une obésité. L'âge, le sexe, l'épisode le plus récent de la maladie et le type de médicament psychotrope prescrit n'étaient pas significativement associés au syndrome métabolique.

**Conclusion :** Les patients bipolaires nécessitent un suivi spécifique concernant particulièrement le profil métabolique afin de rechercher certains facteurs de risque et adopter des stratégies de prévention pour protéger la santé physique des malades.

#### **PO 004** **ÉVOLUTION KORSSAKOVIANNE D'UN SYNDROME DE KLÜVER ET BUCCY**

K. AIOUEZ

*CHU Mustapha Bacha, ALGER, ALGÉRIE*

Le syndrome de Klüver-Bucy (SKB) est une pathologie syndromique rare, se situant aux confins de la psychiatrie et de la neurologie, caractérisée par une constellation de signes neuropsychiatriques associant dans sa forme complète des troubles mnésiques massifs ; une agnosie visuelle ; une hyperoralité ; une desinhibition sexuelle ; des modifications émotionnelles et hypermétamorphopsie. Bien que les étiologies de ce syndrome demeurent peu spécifiques la méningo-encéphalite herpétique constitue la cause la plus fréquente ; son diagnostic n'est pas aisé dans les formes partielles ou celles associées à d'autres syndromes topographiques encéphaliques. L'évolution clinique peut être transitoire ou aller dans certains cas vers une chronicisation ou le cas échéant vers un syndrome de Korsakoff. Nous illustrons notre propos par le cas du jeune B âgé de 31 ans, droitier, admis aux urgences psychiatriques pour agitation psychomotrice ; déambulation incessante ; mouvements anormaux ; vocalises et troubles de l'équilibre le tout compliquant une méningo-encéphalite. Dans le cadre de l'exploration le bilan biologique décele des taux bas de vitamine B12 et folates, l'EEG révèle une souffrance multifocale, l'IRM objective des lésions temporales profondes bilatérales. Nous essayerons à travers ce cas clinique de discuter l'une des hypothèses diagnostiques représentée par le SKB, son évolution clinique ainsi qu'une revue de la littérature de ce syndrome rare et peu connu.

#### **PO 005** **SYNDROME PARKINSONNIEN D'ORIGINE VASCULAIRE ET TROUBLES PSYCHIATRIQUES : À PROPOS D'UN CAS**

N. SCHUFFENECKER (1), J. MARTIN (1), D. SEROT (1), R. DIDI ROY (1), F. RICOLFI (2)

(1) *CH La Chartreuse, DIJON, FRANCE*

(2) *CHU, DIJON, FRANCE*

**Introduction :** Le Syndrome de Parkinson (SdP) d'origine vasculaire est un diagnostic différentiel rare de la Maladie de Parkinson (MdP). Il s'oppose à la MdP classique par son aspect non dégénératif, expliquant ainsi l'installation rapide de la symptomatologie. Ses manifestations cliniques sont le plus souvent atypiques (amimie, apathie) entraînant alors une errance diagnostique.

Le cas de Mme C : Mme C, 32 ans, est hospitalisée pour suspicion d'un syndrome dépressif mélancoliforme d'installation brutale. La symptomatologie initiale est atypique associant une bizarrerie de contact, un émoussement affectif, une labilité émotionnelle, une irritabilité et une impulsivité. Nous ne retrouvons pas de tristesse de l'humeur ni de symptomatologie anxieuse. Les principales plaintes de la patiente sont une hypersialorrhée et une dysarthrie. Elle ne présente pas d'antécédent psychiatrique.

Sur le plan somatique elle a présenté une hémorragie cérébro-méningée sur rupture de malformation artério-veineuse (avec hématome sous dural aigu hémisphérique gauche ainsi qu'un hématome occipital gauche) survenue 7 mois plus tôt ; le tout ayant nécessité une embolisation en urgence et une craniotomie avec volet décompressif. À 5 mois de l'embolisation il ne persistait qu'une hémianopsie latérale homonyme (HLH) droite.

Les symptômes actuels se sont installés à 6 mois de l'accident vasculaire ; avant le transfert en psychiatrie, les causes ORL et neurologiques semblent avoir été écartées à la suite d'un bilan élargi. Devant l'atypicité de la symptomatologie clinique, nous décidons de continuer les explorations somatiques (EMG, DAT scan, anti-corps auto-immuns) qui ne permettent pas d'identifier une étiologie à ses troubles. Finalement le SdP est confirmé par la réalisation d'une scintigraphie cérébrale (hypoperfusion du territoire sylvien gauche et du striatum gauche).

Un traitement par correcteur dopaminergique est mis en place (ARTANE® associé secondairement au MODOPAR®) permettant la régression de l'ensemble des symptômes.

**Conclusion :** Ce cas permet de faire le point sur une affection peu connue qu'est le SdP d'origine vasculaire, tant sur le point de sa symptomatologie psychiatrique trompeuse que sur les possibilités diagnostiques et thérapeutiques.

#### **PO 006** **L'IMPACT DU STRESS SUR LA SANTÉ DANS LE MILIEU PROFESSIONNEL**

M. BENSADA, M.C. MARDACI, M.A. BIREM

*Hôpital psychiatrique Er-Razi, ANNABA, ALGÉRIE*

Les cardiopathies ischémiques sont la première cause de mortalité en Algérie.

Elles sont poly-factorielles, de caractère souvent silencieux pouvant retarder la prise en charge.

Dans cette étude seront identifiés :

- les facteurs de risque dans le milieu du travail ;
- la relation entre les facteurs de risque professionnels et la maladie.

**Matériel et méthodes :** Il s'agit d'une étude analytique type cas-témoin portant sur 288 patients hospitalisés entre 2010-2011 dans le service de cardiologie du CHU d'Annaba portant une affection coronarienne et exerçant dans des postes stables et permanents.

L'analyse multi-variée montre que le stress professionnel constitue un facteur de risque élevé avec un OR de 3,07 et une différence très significative  $p = 0,008$ .

Les milieux les plus exposés sont l'agriculture et l'industrie ( $p = 0,04$ ), avec un OR = 2,03 et IC (1,02 – 4,05).

En conclusion, les cardiopathies ischémiques constituent un problème de santé publique qui impose d'envisager des mesures préventives touchant à la gestion de la santé et la sécurité dans tous les secteurs d'activité ainsi que le dépistage systématique des facteurs de risque cardiovasculaires classiques et professionnels.

**PO 007**  
**SYNDROME MALIN DES NEUROLEPTIQUES**  
**À L'HÔPITAL ARRAZI DE SALÉ :**  
**PROFIL DES PATIENTS À RISQUE**

A. ELMOUEFFEQ, A. BELHACHMI, J. DOUFIK, A. OUANASS

*Hôpital Arrazi, SALÉ, MAROC*

La découverte des neuroleptiques a révolutionné la prise en charge des malades psychotiques. Mais l'usage des neuroleptiques expose les patients à certains effets indésirables dont le plus grave est le syndrome malin des neuroleptiques, qui est un accident rare mais grave et mortel des traitements antipsychotiques.

Plusieurs facteurs de risque ont été rapportés dans la littérature, ceux liés au médicament ou bien ceux liés au sujet.

L'objectif de ce travail est de décrire le profil des patients à risque de développer un SMN, et de les comparer aux données de la littérature.

*Matériel et méthodes :* Il s'agit d'une étude transversale menée à l'Hôpital Arrazi auprès de 83 patients ayant présenté un SMN sur une période de trois ans entre juin 2009 et juin 2012.

L'évaluation a été faite à l'aide d'un questionnaire explorant les facteurs de risque, la pathologie psychiatrique, l'historique de traitement, le diagnostic de SMN et la prise en charge.

*Résultats :* 23 patients ont été exclus de l'étude pour insuffisance des renseignements cliniques. Les 60 participants sont constitués de 88,3 % d'hommes. L'âge moyen est de  $26,05 \pm 8,76$  ans. La comorbidité addictive est présente chez 68,3 % des patients.

83,3 % de notre échantillon ont une schizophrénie, 5 % un trouble schizo-affectif, 5 % un trouble psychotique bref, 3,3 % un trouble psychotique dû à une maladie organique (épilepsie), 1,7 % un trouble bipolaire et 1,7 % un trouble dépressif majeur.

La maladie psychiatrique évolue depuis plus de 5 ans chez 30 % des patients et depuis moins d'une année chez 36,7 % des cas.

Dans 20 % des cas, il s'agit d'un premier contact avec les neuroleptiques. 48,3 % ont reçu des neuroleptiques pendant moins d'une année et 11,7 % des cas ont été sous traitements neuroleptiques depuis plus de 5 ans.

41,7 % des patients rapportaient une intolérance antérieure aux neuroleptiques.

Les neuroleptiques classiques (halopéridol et chlorpromazine) sont incriminés dans la genèse de 86,7 % des syndromes malins.

45 % des patients ont été sous traitement par voie injectable (intramusculaire).

36,7 % des patients étaient sous association d'un neuroleptique avec benzodiazépine. 63,3 % des patients étaient sous poly thérapie neuroleptique.

60 % des patients étaient sous forte dose de neuroleptiques.

**PO 008**  
**HÉMODIALYSE CHRONIQUE, DIALYSE**  
**PÉRITONÉALE : ÉTUDE COMPARATIVE**  
**DE LA QUALITÉ DE VIE**

S. OMRI, L. ZOUARI, J. BEN THABET, N. CHARFI,  
 N. ZOUARI, H. MAHFOUDH, J. HCHICHA, M. MÂALEJ

*CHU Hédi Chaker, SFAX, TUNISIE*

*Objectif :* Évaluer la qualité de vie (QDV) des patients atteints d'insuffisance rénale chronique terminale (IRCT) traités par hémodialyse chronique (HDC) et par dialyse péritonéale (DP) et identifier les facteurs associés à une QDV altérée pour chaque méthode.

*Patients et méthodes :* Notre étude était de type transversal réalisée, au service de néphrologie au CHU Hédi Chaker, Sfax-Tunisie, auprès de 97 insuffisants rénaux dont 71 étaient traités par HDC et 26 par DP.

Une fiche épidémiologique a été établie pour recueillir les données sociodémographiques, cliniques et biologiques. Les critères d'inclusion étaient un âge  $\geq 18$  ans, une ancienneté en dialyse  $\geq 3$  mois et l'absence de changement récent du rythme de vie.

L'évaluation de la QDV a été faite à l'aide du *Kidney Disease Quality Of Life Short – Form* (KDQOL-SF TM) qui est un auto-questionnaire contenant en totalité 79 items et associant : un module générique, la Short-Form (SF-36) et un module spécifique adapté à la pathologie rénale. La QDV est considérée comme altérée si le score moyen global (SMG) est inférieur à 66,7.

*Résultats :* Les moyennes des SMD des patients traités par DP étaient meilleures que ceux des HDC en particulier pour la dimension limitation physique (52,8 vs 14,4) et la dimension travail (46,1 vs 23,2).

La moyenne du SMG de la SF-36 était supérieure pour les patients traités par DP (57,6 vs 38,2).

Parmi les HDC, 88,7 % avaient une QDV altérée. Ce taux était de 57,7 % parmi les patients traités par DP.

Les facteurs corrélés à une altération de la QDV chez les HDC étaient : l'âge  $> 60$  ans ( $p = 0,000$ ), l'origine rurale ( $p = 0,001$ ), l'absence d'autonomie ( $p = 0,000$ ) et la dialyse trihebdomadaire ( $p = 0,000$ ).

Pour la DP, les facteurs corrélés à une altération de la QDV étaient : la présence d'une anémie ( $p = 0,02$ ) et la comorbidité avec le diabète ( $p = 0,001$ ).

*Conclusion :* La qualité de vie des patients traités par dialyse péritonéale était meilleure que celle des patients traités par HDC. Le choix du traitement de l'IRCT doit dépasser les limites des indications médicales et des coûts financiers pour prendre en compte le retentissement de chaque méthode thérapeutique sur les différents aspects de la vie du patient.

**PO 009**  
**REMANIEMENTS PSYCHOAFFECTIFS**  
**CHEZ LES PATIENTS ATTEINTS DE CONNECTIVITÉ**

S. OMRI, L. ZOUARI, M. JALLOULI, Y. CHÉRIF,  
 J. BEN THABET, N. CHARFI, N. ZOUARI, Z. BAHLOUL,  
 M. MÂALEJ

*CHU Hédi Chaker, SFAX, TUNISIE*

**Objectif :** Évaluer la prévalence des troubles anxio-dépressifs chez les patients suivis pour une connectivité et préciser les facteurs associés.

**Patients et méthodes :** Notre étude était de type transversal. Elle a concerné 32 patients, suivis au service de médecine interne au CHU Hédi Chaker à Sfax – Tunisie, chez qui le diagnostic d'une connectivité a été retenu.

Pour chaque patient ont été recueillies les données sociodémographiques, cliniques et thérapeutiques.

Pour le diagnostic de la dépression et de l'anxiété, nous avons utilisé l'échelle : *Hospital-Anxiety and Depression Scale* (HADS). C'est un questionnaire composé de 14 items : 7 items destinés à l'exploration des symptômes anxieux et les 7 autres pour les symptômes dépressifs. Le score d'anxiété est obtenu en additionnant les notes attribuées aux questions sur l'anxiété. Un score  $\geq$  à 11 permet de définir l'anxiété. Le score de dépression est obtenu en additionnant les notes attribuées aux questions sur la dépression. Un score  $\geq$  à 11 permet de définir la dépression.

L'évaluation de la qualité de vie (QDV) a été réalisée à l'aide du SF-36. La QDV est considérée comme altérée si le score moyen global (SMG) est inférieur à 66,7.

**Résultats :** La prévalence de la dépression et de l'anxiété était respectivement de 56,3 % et 62,5 %.

La présence de dépression était corrélée à l'altération de la QDV ( $p = 0,025$ ) et à la présence d'un amaigrissement ( $p = 0,04$ ).

La présence d'une anxiété était corrélée au sexe féminin ( $p = 0,036$ ), à la conscience du risque de rechute ( $p = 0,002$ ) et à la connaissance de la vraie nature de la maladie ( $p = 0,033$ ).

**Conclusion :** Les connectivités sont des pathologies lourdes non seulement à cause de leurs atteintes systémiques parfois invalidantes et leur évolution imprévisible mais aussi à cause de leurs importantes répercussions psychologiques pour lesquels l'usage d'un outil psychométrique simple tel que l'HADS est d'un grand apport pour l'exploration de l'état thymique des patients et pour une prise en charge clinique est psychologique.

**PO 010**  
**ÉPISODE MANIAQUE DANS LA MALADIE**  
**DE PARKINSON : À PROPOS D'UN CAS**

J. HALIMI, J. ROBLIN, E. GUILIANO, R. GAILLARD

*CH Sainte-Anne, PARIS, FRANCE*

Les troubles psychiatriques sont une comorbidité fréquente dans la maladie de Parkinson. Des symptômes psychiatriques peuvent être en lien avec la maladie de Parkinson elle-

même, des affections comorbides ou encore être secondaires à un traitement pharmacologique. Près de 10 % des patients traités pour une maladie de Parkinson vont connaître une période euphorique et 1 % d'entre eux vont développer un épisode maniaque.

La rasagiline, antidépresseur inhibiteur irréversible de la monoamine oxydase B est indiquée dans la maladie de Parkinson à la phase initiale de la maladie, en monothérapie ou en association avec la lévodopa chez les patients présentant des fluctuations motrices de fin de dose. Les agonistes dopaminergiques, tels que le pramipexole et le ropinirole, sont des thérapeutiques efficaces dans les maladies de Parkinson légères à modérées. Le ropinirole est indiqué en première intention en monothérapie dans la maladie de Parkinson pour différer la mise sous dopathérapie et en association avec la lévodopa en cours d'évolution de la maladie lorsque l'effet de la dopathérapie s'épuise ou devient inconstant, et qu'apparaissent des fluctuations de l'effet thérapeutique. La prescription de ces classes médicamenteuses peut être associée à la survenue de symptômes psychiatriques dans la maladie de Parkinson.

Nous rapportons le cas d'un homme de 71 ans avec une maladie de Parkinson, sans antécédent psychiatrique personnel ou familial, ayant présenté un épisode maniaque sous ropinirole et sous rasagiline et évoquerons le choix thérapeutique dans ce contexte avec une attention particulière concernant la réponse à la clozapine. Aucune recommandation et aucune stratégie thérapeutique ne sont actuellement disponibles pour la prise en charge d'un épisode maniaque ou du trouble bipolaire dans la maladie de Parkinson. Cependant, il existe des recommandations pour la prévention et la gestion des symptômes psychotiques associés à la maladie de Parkinson.

**PO 011**  
**DÉLIRIUM : À PROPOS D'UN CAS**

W. HIKMAT, Z. ENNACIRI

*Équipe de recherche pour la santé mentale, Service Universitaire Psychiatrique. CHU Mohamed VI, MARRAKECH, MAROC*

**Introduction :** La dixième classification internationale des maladies décrit la confusion mentale comme un syndrome cérébral organique caractérisé par la présence simultanée de perturbation de la conscience, de l'attention, de la perception, de l'idéation, de la mémoire, du comportement psychomoteur, des émotions et du rythme nyctéméral. Ce trouble engendre une détresse émotionnelle importante chez les patients, l'entourage et les soignants. Or, il est souvent mal diagnostiqué, ce qui entraîne un retard à la mise en œuvre de la thérapeutique.

**Objectifs du travail :** Nous rapportons le cas d'un patient âgé de 16 ans et une revue de la littérature.

**Observation clinique :** Nous exposons le cas d'un patient âgé de 16 ans, amené par la police suite à des troubles de comportement. À l'entretien le patient était confus avec de rares moments de lucidité. Il a été hospitalisé, isolé dans une chambre calme, semi-éclairée, avec surveillance étroite de ses constantes vitales et des entretiens psychiatriques répétés.

*Discussion* : Un bilan complet a été demandé en urgence. Vu la perturbation de son bilan hépatique, aucune médication n'a été préconisée. L'évolution a été marquée par l'amélioration spectaculaire du malade. L'étiologie toxique a été retenue d'après l'anamnèse.

*Conclusion* : Le syndrome confusionnel ou confusion mentale est un syndrome neuropsychiatrique qui traduit l'existence d'une souffrance cérébrale, C'est une urgence médicale qui nécessite un diagnostic étiologique et une prise en charge médicale dans les délais les plus brefs.

**PO 012**  
**TROUBLE THYMIQUE ET SYMPTOMATOLOGIE**  
**OBSESSIONNELLE COMPULSIVE :**  
**À PROPOS D'UN CAS**

J. HALIMI, J. ROBLIN, H. LOO, M.O. KREBS

*CH Sainte-Anne, PARIS, FRANCE*

C'est en 1951 qu'Henri Ey a décrit la mélancolie obsessionnelle. On retrouve au premier plan de cet état dépressif : « une angoisse à la fois diffuse et systématisée. Cette systématisation prend la forme de ruminations obsédantes, d'idées fixes ou de phobies ». Il poursuit ainsi : « telle malade ne peut pas détacher sa pensée d'un larcin qu'elle a commis, telle autre est angoissée par la crainte d'avoir contracté une maladie ». Cette entité clinique n'apparaît plus dans les nosographies ultérieures. P. Léo en rappelle cependant l'importance dans l'ouvrage « Les consultations journalières », dans lequel il évoque les dépressions pseudo-obsessionnelles. Nous illustrerons cette problématique, à partir de l'observation d'une patiente de 45 ans présentant un trouble affectif bipolaire, prise en charge pour un épisode dépressif majeur d'intensité sévère associée à des symptômes obsessionnels compulsifs. Là où les classifications actuelles ne permettaient pas d'appréhender ce tableau clinique dans son intégralité, le recours à une description de la littérature classique nous a aidés à formuler une hypothèse diagnostique.

**PO 013**  
**SYNDROME DE STEVENS JOHNSON SECONDAIRE**  
**AUX ANTIPSYCHOTIQUES**

K. AIOUEZ

*CHU Mustapha Bacha, ALGER, ALGÉRIE*

Les toxidermies d'origines médicamenteuses constituent un ensemble de dermatoses provoquées par l'ingestion, l'administration parentérale ou l'application locale d'un médicament. Elles sont fréquentes concernant environ 20 % des notifications spontanées d'accidents médicamenteux. Leurs mécanismes restent complexes et mal connus : réactions le plus souvent idiosyncrasiques, imprévisibles, aiguës et survenant avec les doses thérapeutiques usuelles. Elles offrent dans les formes les plus graves des tableaux cliniques de Necrolyse épidermiques toxiques (NET) connus sous le nom de syndrome de Stevens Johnson (SSJ) et de syndrome de Lyell dont l'évolution peut être mortelle (5 % pour le SSJ et 30 % pour Lyell).

Nous présentons le cas d'un jeune âgé de 28 ans hospitalisé pour troubles psychotiques ayant nécessité la mise sous anti-

psychotiques, qui a entraîné chez lui une toxidermie bulleuse ayant nécessité une hospitalisation en dermatologie. Nous insistons sur la connaissance des différents tableaux cliniques des toxidermies médicamenteuses, leurs diagnostics différentiels, les facteurs de risque de celles-ci, à savoir : sexe : (2/1), sujet âgé (risque multiplié par 3), polymorphisme génétique des systèmes enzymatiques, certaines affections (leucémie lymphoïde chronique, leucémie non lymphocytaire, MNI, VIH...), d'une bonne démarche diagnostique des toxidermies, de leurs mécanismes, la notion d'imputabilité chronologique et sémiologique et surtout la prise en charge en pharmacovigilance (respect des recommandations), la notification et la déclaration des effets indésirables même bénins afin de minimiser ce risque.

**PO 014**  
**UN CAS D'AUTO-STRANGULATION MANUELLE**  
**RÉUSSIE ?**

J. LAVAL, F. KARDACHE, J. BOBO, G. ROCHE

*CH Mas Careion, UZES, FRANCE*

Nous présentons le cas d'une patiente de 47 ans ayant fait une dissection de la carotide interne droite après une tentative d'auto-strangulation manuelle.

Madame G est hospitalisée le 1<sup>er</sup> janvier pour « menace d'autolyse, agitation et désir de mort exprimé ».

Au premier entretien le contact est de mauvaise qualité. La patiente est désorientée, agitée et délirante : « tout le monde me veut du mal, mon frère, ma sœur, mon mari... complotent contre moi quelque chose, je préfère mourir et en finir ». L'examen somatique et le bilan biologique sont normaux. Il n'y a pas d'antécédent notable.

L'accueil dans l'unité se fait d'emblée en chambre d'isolement. Le traitement sédatif et antipsychotique prescrit à fortes doses est régulièrement adapté.

Le 5 janvier, la patiente est surprise en train de s'étrangler avec ses propres mains. Il faut l'intervention de plusieurs personnes pour lui faire lâcher prise. Dans les minutes qui suivent elle fait un malaise avec un déficit hémicorporel gauche qui récupère en quelques heures. Le médecin urgentiste qui la prend en charge retient le diagnostic de « trouble fonctionnel ».

L'évolution sur le plan psychiatrique est lente et ce n'est qu'à partir du 13 janvier que l'on assiste à un début d'amélioration.

Le 15 janvier, soit 10 jours après l'épisode initial, la patiente chute soudainement. Le score de Glasgow est à 4. Elle est tout de suite intubée et transférée en réanimation.

L'imagerie montre « plusieurs zones d'hyperdensité parenchymateuse mal systématisées... une petite plaque à l'origine de l'artère carotide interne droite sans sténose significative » (TDM du 15 confirmée par IRM 72 h après).

Le diagnostic retenu à l'issue du séjour en réanimation est celui de « dissection traumatique de la carotide interne droite secondaire à une tentative d'auto-strangulation ayant entraîné des accidents vasculaires cérébraux ischémiques multiples... ».

L'évolution est marquée par une récupération complète en deux semaines et un retour au domicile le 8 février.

Ce cas montre qu'une auto-strangulation manuelle peut être réussie (dans un second temps). Par ailleurs, il illustre bien les difficultés que l'on rencontre régulièrement dans la prise en charge somatique de nos patients et l'importance du suivi des troubles métaboliques.

**PO 015**  
**NARCOLEPSIE AVEC CATAPLEXIE : FACTEURS ÉTIOPATHOGÉNIQUES À PROPOS D'UN CAS**

H. HLAL, N. KETTANI, A. TLEJI, R. AALOUANE, I. RAMMOUZ  
*CHU Hassan II, FÈS, MAROC*

La narcolepsie avec cataplexie ou maladie de Gélinau est un trouble du sommeil rare et invalidant, à début fréquent chez l'enfant d'âge scolaire et évoluant tout au long de la vie. C'est un trouble qui se situe à l'interface de la psychiatrie, de la neurologie, de la pneumologie et de l'endocrinologie. Son diagnostic est difficile hors d'une unité de sommeil spécialisée.

Nous présentons le cas d'un patient âgé de 25 ans présentant depuis l'âge de 15 ans des accès de sommeil irrésistibles et des pertes soudaines du tonus musculaire à déclenchement émotionnel en faveur d'une narcolepsie avec cataplexie, diagnostic confirmé par un enregistrement polysomnographique et tests itératifs de latence d'endormissement.

La cause de cette maladie est associée à des facteurs génétiques et des facteurs environnementaux (traumatisme crânien, stress psychologique, vaccin, vitamine D, infection). Cette affection serait due à un déficit du système nerveux central en orexines, des neuropeptides, jouant un rôle majeur dans l'éveil.

Cette affection ne connaît pas actuellement de traitement étiologique, mais la reconnaissance des facteurs étiopathogéniques permettra de rechercher des nouvelles pistes thérapeutiques.

À travers cette observation, nous relevons les différentes caractéristiques cliniques et polysomnographiques, ainsi que les facteurs étiopathogéniques de la maladie de Gélinau, en passant par une revue de la littérature.

**PO 016**  
**PRIAPISME SOUS LEVOPROMAZINE, À PROPOS D'UN CAS CLINIQUE**

F. LAHLOU, F. LAHLOU  
*CHU Hassan II, FÈS, MAROC*

*Introduction* : Le priapisme veineux est une érection prolongée, douloureuse et persistante malgré l'absence de désir ou de stimulation sexuelle. Il peut s'agir d'un effet indésirable, rare mais redoutable, de certains neuroleptiques.

La littérature médicale mentionne des cas de priapisme veineux chez des patients traités par des neuroleptiques classiques ou atypiques. Environ 30 % des priapismes veineux pourraient être rapportés à des médicaments dont environ 50 % aux neuroleptiques. Cet effet secondaire est lié aux propriétés alpha1-adrénergiques bloquantes de ces traitements, plus ou moins importantes selon les médicaments de cette classe. Après son traitement en urgence, ce priapisme pose le problème de la poursuite du traitement neuroleptique. La

substitution d'une molécule par une autre aux propriétés alpha1-bloquantes moins marquées est conseillée.

*Cas clinique* : notre cas concerne un patient âgé de 44 ans, suivi pour un trouble bipolaire avec mauvaise observance thérapeutique, soigné en urgence par lévopromazine, qui a présenté de façon brutale, après prise de lévopromazine, un épisode de priapisme veineux. Aucun autre facteur étiologique n'a été mis en évidence. Le patient a été transféré pour bénéficier de ponction-lavage des corps caverneux, informé des séquelles érectiles en cas d'abstinence thérapeutique.

*Conclusion* : Le priapisme veineux est une urgence uro-andrologique. Il constitue un des effets secondaires des neuroleptiques, à ne pas méconnaître pour éviter des séquelles érectiles.

**PO 017**  
**HALLUCINATIONS MUSICALES CHEZ UN SUJET ÂGÉ PRÉSENTANT UN ÉPISODE DÉPRESSIF ATYPIQUE**

N. BERHILI, H. HLAL, A. BOUT, I. RAMMOUZ, R. AALOUANE  
*Hôpital Ibn Al Hassan – CHU Hassan II, FÈS, MAROC*

Les hallucinations musicales demeurent un symptôme très peu observé en pratique courante. En psychiatrie, la comorbidité de ce type d'hallucinations avec une symptomatologie obsessionnelle et dépressive reste un fait exceptionnellement évoqué dans la littérature.

Nous rapporterons le cas d'un patient âgé de 61 ans, sans antécédents psychiatriques et qui présente de multiples antécédents somatiques (tabagique, diabétique, hypertendu et souffrant d'une hypoacousie bilatérale acquise non investiguée). Au cours d'une hospitalisation pour la prise en charge d'un infarctus du myocarde, le patient tenta de se défenestrer mais fut empêché de justesse par l'équipe soignante. L'évaluation psychiatrique réalisée alors avait conclu à un épisode dépressif majeur. L'évolution, marquée par une non observance du traitement, a été caractérisée par l'apparition insidieuse, en concomitance avec les symptômes dépressifs, d'obsessions idéatives (répétition interminables de mots lus ou entendus par le patient que ce dernier identifiait comme émanant de sa propre pensée et dont il reconnaissait le caractère morbide).

Dans un contexte de lutte anxieuse, le patient réalisa une deuxième tentative de suicide, particulièrement violente, en s'auto-poignant l'abdomen avec un couteau. C'est dans la suite de cet acte que le patient fut pris en charge au sein de notre formation. Il bénéficia d'abord d'un traitement antidépresseur et anxiolytique. Deux mois après l'instauration de ce traitement, le patient présenta des hallucinations musicales bilatérales persistantes (il entendait, de façon continue, des chansons qu'il avait l'habitude d'écouter quand il était plus jeune). L'apparition de ces hallucinations a conduit l'équipe soignante à réaliser un bilan complet à la recherche d'une étiologie organique à ce tableau psychiatrique atypique.

À la lumière de ce cas dont on discutera l'évolution, on se propose d'étudier, à travers une revue de la littérature, les différents cadres nosographiques des hallucinations musicales ainsi que le profil clinique et sociodémographique des patients qui en souffrent.

**PO 018****MYASTHÉNIE ET DIFFICULTÉS DE PRESCRIPTION DES PSYCHOTROPES CHEZ LE MALADE MENTAL : À PROPOS D'UN CAS CLINIQUE**

S. ELLINI, L. CHENNOUFI, I. JALLOULI, W. CHERIF, M. GHARBI, M. CHEOUR

*Hôpital Razi, MANOUBA TUNIS, TUNISIE*

**Introduction :** La myasthénie est une affection auto-immune potentiellement grave caractérisée par l'apparition d'une fatigabilité ou d'une faiblesse musculaire à l'effort. Plusieurs médicaments sont contre indiqués au cours de cette maladie notamment certains psychotropes.

**Objectifs :** Discuter l'étiologie de la myasthénie chez une patiente sous traitement psychotrope et aborder la difficulté de certaines prescriptions médicamenteuses chez le malade mental atteint de myasthénie.

**Vignette clinique :** Mademoiselle C.H. âgée de 36 ans, suivie en psychiatrie depuis 12 ans pour schizophrénie de type indifférenciée selon les critères du DSM IVR, avec notion de plusieurs hospitalisations.

Sa dernière hospitalisation en mai 2012, sous le mode HO, faisait suite à une tentative d'homicide sur la personne de sa mère par arme blanche en rapport avec des injonctions hallucinatoires. La patiente a tenté par la suite de se défenestrer. Lors de cette hospitalisation, les psychotropes ont été réintroduits de manière progressive en atteignant de fortes doses : fluphénazine (Moditen\* 300 mg/j), acide valproïque (Dépakine\* 1 500 mg/j) et lorazépam (Témesta 2,5 mg/j).

Durant ce séjour, on a observé un ptosis bilatéral, s'aggravant en fin de journée avec apparition d'une voie nasonnée.

L'examen neurologique a objectivé une fatigabilité, une voix nasonnée, un ptosis bilatéral incomplet. Les reflexes ostéo-tendineux étaient faibles et l'électromyogramme a mis en évidence la présence de décréments spinaux bilatéraux. Le score myasthénique s'améliorait après injection de prostigmine.

Les psychotropes ont été arrêtés initialement et la patiente a été mise sous Mestimon avec amélioration de son état.

**Discussion et conclusion :** Plusieurs interrogations se sont posées : l'existence d'une éventuelle comorbidité entre une pathologie psychotique et une myasthénie, le rôle des psychotropes dans le développement d'un trouble myasthénique et enfin nous nous sommes retrouvés confrontés à un réel problème thérapeutique avec la contrainte de changer la classe de psychotropes prescrits chez cette patiente avec toutes les difficultés liées à la gravité des troubles avec un potentiel de dangerosité.

**PO 019****ACÉRULÉOPLASMINÉMIE RÉVÉLÉE PAR UNE MÉLANCOLIE AVEC SYMPTÔMES PSYCHOTIQUES**

E. GUILIANO, G. TURC, J. ROBLIN, F. RICCIARDI, O. NAGGARA, V. GUIRAUD, M.N. VACHERON, J.L. MAS, M.O. KREBS, T. GALLARDA

*CH Sainte-Anne, PARIS, FRANCE*

De nombreuses maladies métaboliques peuvent être révélées par des troubles psychiatriques isolés, ce qui peut induire une errance diagnostique. Nous rapportons le cas d'un patient présentant une maladie génétique rare mais curable, l'acéruléoplasminémie, révélée par un épisode mélancolique. Un homme de 55 ans nous fut adressé en raison d'une perte d'autonomie progressive. Les troubles avaient débuté 5 ans auparavant par un premier épisode mélancolique, avec symptômes psychotiques associant délire de mort et de culpabilité, automatisme mental et hallucinations intrapsychiques. Un diabète avait été découvert concomitamment. La présentation clinique s'était ensuite appauvrie, marquée par une apathie, un ralentissement psychique, un discours pauvre sans plainte thymique. L'évaluation neuropsychologique mit en évidence une altération cognitive modérée, avec un syndrome dysexécutif, des troubles de l'attention, et une atteinte mnésique antérograde. L'IRM cérébrale montra un hyposignal T2\* homogène des noyaux gris centraux et des noyaux dentelés, sans calcifications en scanner, évoquant le diagnostic d'acéruléoplasminémie, qui fut confirmé biologiquement.

L'acéruléoplasminémie est une maladie rare, autosomique récessive, responsable d'une accumulation de fer dans le pancréas, le foie et le cerveau. Les symptômes débute souvent vers l'âge de 50 ans, en rapport avec un diabète, une dégénérescence rétinienne ou un dysfonctionnement des noyaux gris centraux ou du cervelet (troubles cognitifs, dyskinésies faciales, ataxie cérébelleuse). Les présentations psychiatriques sont exceptionnelles. Cette affection, mortelle en l'absence de prise en charge spécialisée, peut être traitée à l'aide de chélateurs du fer. Notre observation illustre l'intérêt de la réalisation d'une IRM cérébrale et d'une concertation interdisciplinaire en cas de symptômes psychiatriques atypiques.

**PO 020****THROMBOCYTOPÉNIE SOUS QUETIAPINE : À PROPOS DE DEUX CAS**

A. LALLI (1), S. GEORGET (1), C. BOUILLOT (1), H. JAVELOT (2), A. MANGIN (1)

(1) *Centre Psychothérapique de Nancy, LAXOU, FRANCE*  
(2) *ÉTABLISSEMENT public de santé Alsace Nord, BRUMATH, FRANCE*

Les thrombocytopénies sous antipsychotiques sont des événements rares, mais qui semblent apparaître plus fréquemment sous quétiapine. Nous rapportons deux cas ci-après, dont un avec rechallenge positif.

Mme B est une patiente âgée de 78 ans hospitalisée pour un syndrome dépressif traité par mirtazapine 45 mg/j, valpromide 1 000 mg/j et oxazépam 30 mg/j. Au cours de son hospitalisation, la quétiapine est ajoutée à la posologie de 50 mg/j, tandis que la mirtazapine est diminuée à 30 mg/j. Deux bilans biologiques sont réalisés le lendemain et 5 jours après l'instauration de la quétiapine révélant des taux de plaquettes respectivement de 100 000/mm<sup>3</sup> et 56 000/mm<sup>3</sup>. Deux bilans sont réalisés 8 jours et 28 jours après l'arrêt du traitement par quétiapine objectivant des taux de plaquettes respectivement à 85 000/mm<sup>3</sup>, puis 120 000/mm<sup>3</sup>.

Mme H est une patiente âgée de 72 ans hospitalisée pour des troubles de la personnalité et du comportement avec hallucinations, traités par aripiprazole 15 mg/j, clonazépam 6 gouttes/j, acide valproïque 1 500 mg/j, furosémide 40 mg/j, lisinopril 20 mg/j, nébivolol 5 mg/j et amlodipine 10 mg/j. Au cours de la présente hospitalisation, l'aripiprazole est arrêté et remplacé par la quétiapine 50 mg/j. Un bilan biologique est réalisé trois mois après l'initiation de la quétiapine mettant en évidence un taux de plaquettes de 107 000/mm<sup>3</sup>. Six jours plus tard, un second bilan est réalisé et le taux de plaquettes est abaissé à 95 000/mm<sup>3</sup>. Le traitement par quétiapine est suspendu pendant 3 jours et le taux de plaquettes remonte alors à 120 000/mm<sup>3</sup>. Le psychiatre réintroduit la quétiapine et programme un contrôle plaquettaire 5 jours plus tard qui montre une diminution à 84 000/mm<sup>3</sup>. Devant cette thrombocytopenie récidivante, le psychiatre arrête définitivement la quétiapine. Un bilan plaquettaire est réalisé 15 jours après l'arrêt de la quétiapine, le taux observé est de 123 000/mm<sup>3</sup>.

Dans les deux situations, aucun élément clinique ou iatrogène alternatif ne semble pouvoir expliquer l'apparition de la thrombocytopenie. Les deux cas décrits incitent donc à la notification des cas de thrombopénie observés sous quétiapine afin d'affiner notre connaissance du risque de survenue de cet événement indésirable.

#### **PO 021 À PROPOS D'UN CAS D'HYPERSALIVATION SECONDAIRE À UNE SUBSTITUTION SUR UN TRAITEMENT CHRONIQUE EN BENZODIAZEPINE**

M. BERARD, R. STEINER, D. GREGOIRE,  
C. NONNENMACHER, H. JAVELOT

*ÉTABLISSEMENT public de santé Alsace Nord, BRUMATH, FRANCE*

L'hypersalivation est un phénomène induit notamment par certains psychotropes comme la clozapine, l'olanzapine et le clonazépam.

Mme S est une patiente âgée de 38 ans hospitalisée régulièrement en psychiatrie pour un état psychotique chronique avec des hallucinations auditives récurrentes. Son traitement a peu évolué depuis 3 ans et est constitué d'olanzapine 20 mg/j, valpromide 1 800 mg/j, clonazépam 6 mg/j et cymémazine 37,5 mg/j. Suite à l'évolution réglementaire récente sur le clonazépam le choix est fait de substituer ce traitement par du diazépam. Le clonazépam est ainsi diminué à 4 mg/j, tandis que le diazépam est introduit à la posologie de 20 mg/j. Un mois après la patiente se plaint en consultation d'hypersalivations essentiellement nocturnes. La prescription est alors réévaluée avec passage du clonazépam à 2 mg/j et du diazépam à 30 mg/j. Sur les deux mois suivants, le clonazépam est passé à 1 mg/j puis est arrêté, tandis que le diazépam est maintenu constant sur un mois, puis diminué à 25 mg/j. Ces évolutions posologiques ne feront pas régesser les hypersalivations nocturnes de Mme S.

Le cas de notre patiente qui présente une association de deux traitements reconnus à risque (olanzapine et clonazépam) semble potentiellement la prédisposer à des problèmes de déglutition avec hypersalivation. L'originalité du cas présenté tient au fait que Mme S n'a commencé à présenter ces trou-

bles qu'à la suite du switch vers le diazépam et la diminution de posologie du clonazépam. Par ailleurs, la posologie initiale du switch est globalement inférieure à celle précédemment prescrite (passage d'une posologie en « équivalent diazépam » de 120 à 100 mg/j). Les éléments que nous apportons pourraient plaider en faveur d'une adaptation progressive aux effets du clonazépam sur la musculature pharyngée et la création d'un nouvel équilibre physiologique de régulation de la déglutition ; la diminution posologique sur le clonazépam pourrait avoir rompu ce nouvel équilibre.

Les interrogations sur l'origine pharmacologique précise des cas d'hypersalivation des patients sous psychotropes doivent inciter à la déclaration et la publication des cas observés afin de mieux comprendre l'origine du phénomène.

#### **PO 022 MANIFESTATIONS PSYCHIATRIQUES DANS LA SCLÉROSE EN PLAQUE : À PROPOS D'UN CAS**

A.L. TESTON, J. MARTIN, D. SEROT

*CH la Chartreuse, DIJON, FRANCE*

*Introduction :* Certaines pathologies neurologiques peuvent se manifester par une symptomatologie psychiatrique, parfois inaugurale, la Sclérose En Plaques (SEP) en fait partie. Les symptômes psychiatriques dans la SEP peuvent aller du délire de persécution au trouble obsessionnel compulsif. Aucun profil IRM particulier ne leur est corrélé, ce qui peut conduire à des errances diagnostiques.

*Le cas de Mme D :* Mme D, âgée de 43 ans, est hospitalisée pour un syndrome dépressif associé à des troubles du comportement. Au niveau de ses antécédents psychiatriques nous retrouvons un trouble anxieux atypique, sur probable structure psychotique, déjà « décompensée » en 2009 sur un mode hallucinatoire (hallucination auditives). L'IRM cérébrale réalisée à l'époque retrouvait 2 hypersignaux juxta- et péri-ventriculaires d'allure non-inflammatoire.

L'examen initial retrouve des difficultés de communication, une anorexie volontaire, une désorientation temporo-spatiale, un ralentissement psychomoteur, un apragmatisme, une incurie, une amimie, une anosognosie totale des troubles présentés. Aucun affect n'est exprimé. Le raisonnement est absurde, non critiqué. Nous retrouvons quelques stéréotypes motrices. Pas de phénomène hallucinatoire ou dissociatif.

Devant ce tableau clinique, nous demandons une IRM cérébrale, malgré un examen neurologique d'entrée normal. L'IRM retrouve 9 hyper-signaux de la substance blanche, fortement évocateurs d'une SEP. La patiente est transférée en neurologie, le bilan complémentaire réalisé confirme le diagnostic de SEP d'expression psychiatrique.

Le traitement de l'épisode aigu par corticoïdes permettra une régression partielle des troubles et la mise en place d'un traitement immunomodulateur au long cours est proposée.

*Conclusion :* Chez cette patiente, l'existence d'antécédents personnels et familiaux psychiatriques a pu augmenter la difficulté diagnostique, cependant, la question du diagnostic différentiel somatique et notamment neurologique devant une symptomatologie psychiatrique est importante. Ce cas

illustre également la difficulté du diagnostic d'une pathologie neurologique venant compliquer l'évolution d'une pathologie psychiatrique pré-existante.

### PO 023

#### LE POST-PARTUM BLUES

A. BELHACHMI (1), M.E. GOURANI (2), S. GASSIM (1), J. MEHSSANI (1), M.Z. BICHRA (1)

(1) HMIM5, RABAT, MAROC

(2) Hôpital Arrazi, SALÉ, MAROC

De par sa fréquence élevée, le post-partum blues est considéré comme un phénomène physiologique sans caractère de gravité, qu'il convient surtout de différencier d'un épisode dépressif.

Sémiologiquement, il s'agit d'une dépression d'intensité modérée, avec humeur labile, anxiété et irritabilité dominant le tableau, associées à un sentiment d'incapacité et des inquiétudes centrées sur le nourrisson. Ces différents symptômes régressent spontanément si l'environnement est suffisamment rassurant et contenant.

Dans notre travail nous menons une enquête auprès de 50 nouvelles mères pour essayer de mettre en exergue les spécificités du post-partum blues chez la femme marocaine, et les difficultés relatives à sa prise en charge.

### PO 024

#### LA FOLIE À DEUX : À PROPOS D'UN CAS DE FOLIE COMMUNIQUÉE

A. LABBÈNE, R. JOMLI, S. ARFAUI, R. HAOUA, W. LASSOUED, A. BEN HOUIDI, F. NACEF

Service de psychiatrie A, Hôpital Razi, LA MANOUBA, TUNISIE

La folie à deux est considérée comme une entité psychiatrique rare. Certains comportements et pensées humaines « déraisonnables » peuvent se transmettre d'une personne à une autre, dans l'intimité du cercle familial ou selon un mode épidémique en incluant de nombreux protagonistes. La question de la contagion de la maladie mentale a été régulièrement étudiée au fil du temps et a toujours suscité l'intérêt des cliniciens devant son caractère intrigant.

L'objectif de notre travail est de passer en revue les différentes données relatives à l'histoire, la clinique et les actualités de l'entité nosographique de « Folie à deux ».

Les auteurs proposent d'exposer l'histoire clinique d'un patient admis à l'hôpital Razi au mois de juillet 2012, pour lequel le diagnostic de « Trouble psychotique partagé » selon le DSM IV a été retenu et d'effectuer une recherche des différents articles parus sur ce sujet à partir de la base de données Medline en utilisant les mots clés suivants : Délire à deux, Histoire de la psychiatrie, Sémiologie psychiatrique, Psychanalyse.

Il s'agit de Mr A. âgé de 35 ans, ayant un niveau d'étude universitaire, dont les troubles remontent à l'âge de 20 ans, soit deux ans après l'hospitalisation de sa mère en psychiatrie pour trouble psychotique, marquée par la survenue d'un engouement religieux et mystique et des idées délirantes de

filiation, mystique et de grandeur. Il avait une conviction inébranlable que sa mère était prophète ayant des pouvoirs surnaturels et pouvant dialoguer directement avec Dieu. Il était convaincu qu'il était ainsi lui aussi d'origine divine, et que lui et sa mère étaient persécutés et poursuivis par l'ancien régime du président Ben Ali qui voulait à tout prix leur nuire et les tuer. Les mêmes propos étaient tenus par sa mère Mme N. âgée de 58 ans travaillant comme fonctionnaire dans une banque, et portant le voile religieux.

Mr A aurait effectué un séjour en Égypte pour obtenir un diplôme religieux dans une mosquée et comptait partir en Afghanistan pour des missions divines selon ses dires.

La folie à deux peut se produire dans une cellule familiale où la mère où le père souffre d'une psychose, dont certains des symptômes sont reproduits par les enfants. La folie à deux serait-elle une forme à minima de l'hystérie collective ?

### PO 025

#### FILICIDE AU COURS D'UN SYNDROME DE MUNCHAUSEN PAR PROCURATION : À PROPOS D'UN CAS

A. BRAHAM, A. BEN ROMDHANE, Y. EL KISSI, S. MIKA, S. TILOUCH, L. BOUGHAMMOURA, S. BEN NASR, B. BEN HADJ ALI

Service de psychiatrie, CHU Farhat Hached, Faculté de médecine, SOUSSE, TUNISIE

*Introduction :* Le syndrome de Münchausen par procuration est une forme de sévices à enfants correspondant à une maladie produite ou simulée par un parent, la mère dans la majorité des cas. Il est difficile à diagnostiquer car il se manifeste par une symptomatologie variée constituant un tableau clinique trompeur souvent inhabituel pour le médecin. Cette symptomatologie se manifeste chez des parents d'attitude apparemment normale. L'acharnement diagnostique et thérapeutique du médecin peut entretenir ou même aggraver les sévices et contribuer aussi à la mortalité non négligeable du syndrome.

*Cas clinique :* Madame M.C âgée de 38 ans, elle a perdu deux enfants. Elle a un seul enfant vivant H âgé de 9 ans. Sa fille S âgée de 12 ans et son fils Y âgé de 3 ans sont décédés respectivement en mars et en juin 2010 suite à un état de mal convulsif. 10 jours après le décès de Y, son fils H a été hospitalisé dans le service de pédiatrie pour le même tableau clinique. Le bilan étiologique est revenu négatif. Malgré la négativité des explorations, l'évolution de la symptomatologie était fluctuante. Les moments d'aggravation coïncidaient avec les visites de sa mère. Ceci a attiré l'attention de l'équipe soignante qui a pris un échantillon de son repas pour une analyse toxicologique. Le bilan toxicologique a révélé la présence d'organophosphoré. Suite à ces constatations, Madame M.C a été arrêtée. Dans le rapport de fin d'instruction, elle a déclaré qu'elle avait procédé de la même façon avec ses deux enfants S et Y. L'expertise psychiatrique n'a pas conclu à l'existence de symptomatologie psychiatrique pouvant altérer les capacités de discernement de M.C. Les tests projectifs n'ont pas révélé de structure psychotique et n'ont pu révéler des signes en faveur d'une structure psychiatrique bien déterminée.



*Conclusion* : Madame M.C a perdu deux enfants dans le cadre d'un syndrome de Münchausen par procuration. Ceci permet d'illustrer l'importance d'évoquer ce syndrome dans chaque situation ambiguë afin de prendre les mesures nécessaires pour protéger l'enfant et de prévenir le passage à un acte médico-légale.

**PO 026**  
**LA PRÉVALENCE DE L'ANXIÉTÉ**  
**CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES HÉMODIALYSÉES**

S. HAMMAMI (1), O. HIZEM (1), B. AMAMOU (2),  
 S. MAHJOUB (1), L. GAHA (2)

(1) Service de médecine interne, CHU F Bourguiba, MONASTIR, TUNISIE

(2) Service de psychiatrie, CHU F Bourguiba, MONASTIR, TUNISIE

*Introduction* : Les personnes âgées (PA) constituent désormais un groupe important dans les centres de dialyse (> 50 %). Les données épidémiologiques récentes font envisager une prévalence élevée de l'anxiété chez les PA hémodialysés qui altère leur qualité de vie. Les objectifs de ce travail étaient d'évaluer la prévalence de l'anxiété chez cette population et d'évaluer les facteurs de risque associés ;

*Patients et méthodes* : Étude analytique utilisant un questionnaire auprès des PA (> 60 ans) hémodialysées à Monastir. Le score de Hamilton était utilisé afin d'évaluer l'anxiété. Le score est considéré normal si < à 5.

*Résultat* : L'étude a concerné 61 (29 hommes et 32 femmes) PA de plus que 60 ans. L'âge moyen était de  $68 \pm 7$  ans. La prévalence de l'anxiété était de 75 % ( $n = 50$ ), près de 30 % présentaient une anxiété sévère. L'anxiété était plus importante chez le sexe féminin (54 % vs 46 %,  $p = 0,04$ ). L'étude analytique a montré une corrélation significative entre prévalence de l'anxiété et analphabétisme, bas niveau socio-économique, perte d'autonomie, diabète et dépression ( $p < 0,05$ ). On n'a pas noté de corrélation significative avec le statut matrimonial et le nombre d'enfants.

*Discussion* : L'entrée dans la dialyse s'inaugure par une perte traumatique car le patient perd une fonction vitale et devient dépendant de la machine, ce qui le confronte à sa mort. C'est une blessure narcissique profonde. De son côté, le vieillissement physique rapproche de la scène mentale la mort qui est associée au vécu des baisses de performances et aux modifications corporelles conduisant à un sentiment de déclin. À ce stade une anxiété débordante s'installe et plonge le patient dans une dépression. Le clinicien face à une désorganisation psychique anxio-dépressive grave, est chargé d'une triple mission contenir, soutenir et comprendre ces vifs mouvements. Il paraît aussi primordial de renforcer le soutien familial qui permet une dilution de l'anxiété mortifère.

*Conclusion* : Notre étude souligne la prévalence de l'anxiété chez les PA dialysées. Une meilleure collaboration entre néphrologues et psycho-gériatres pourrait participer dans l'avenir à mieux définir les axes d'intervention possibles en prévention primaire et secondaire de l'anxiété chez cette population.

**PO 027**  
**TROUBLES BIPOLAIRES CHEZ L'ENFANT**  
**ET L'ADOLESCENT : UNE ÉTUDE CLINIQUE**  
**À PARTIR DE 11 CAS**

F. OUERIAGLI NABIH, M. TOUHAMI, H. ABILKASSEM,  
 F. ASSRI

*Équipe de recherche pour la santé mentale, Faculté de médecine et de pharmacie, université Caddi Ayyad, MARRAKECH, MAROC*

De nombreux travaux soulignent les difficultés rencontrées dans le diagnostic des troubles bipolaires chez l'enfant et l'adolescent, du fait principalement de l'hétérogénéité des tableaux cliniques observés.

Nous avons effectué une étude clinique descriptive, rétrospective, réalisée à partir de 11 cas suivis dans le service de psychiatrie de l'hôpital militaire Avicenne à Marrakech entre 2005 et 2012. Le but de ce travail est d'essayer de préciser les caractéristiques cliniques, évolutives et thérapeutiques des troubles bipolaires juvéniles.

La population étudiée comprend 6 filles et 5 garçons. Plus des 2/3 ont un niveau secondaire L'âge moyen des sujets lors de la première hospitalisation est de 16,8 ans, avec des extrêmes allant de 11 à 19 ans. Des antécédents psychiatriques personnels, avant la première hospitalisation, sont rapportés chez 44 % des sujets. Il s'agit dans la majorité des cas de manifestations thymiques hétérogènes essentiellement de type dépressif. Des antécédents psychiatriques familiaux sont retrouvés chez 40 % des sujets. Les troubles bipolaires de type I représentent la forme la plus fréquemment rencontrée (94 % des cas). Le début des troubles est marqué par l'hétérogénéité des diagnostics. Une différence statistiquement significative ( $p < 0,005$ ) est retrouvée en fonction de l'âge de début des troubles chez les sujets âgés de moins de 16 ans ( $n = 8$ ), les diagnostics atypiques prédominent (dépression avec caractéristiques psychotiques, épisode mixte, trouble de l'adaptation), tandis que chez les sujets âgés de plus de 16 ans ( $n = 3$ ), les troubles débutent très majoritairement par un accès maniaque. Aucune corrélation n'est en revanche retrouvée avec les types d'antécédents personnels ou familiaux rapportés.

Les résultats confirment l'hypothèse récente de l'existence probable de deux phénotypes distincts dans les troubles bipolaires juvéniles : les formes à début précoce, chez les sujets les plus jeunes, se caractérisent par un début de type le plus souvent dépressif et par des épisodes thymiques de symptomatologie et d'évolution fréquemment atypiques, tandis que les formes à début plus tardif se rapprochent plus du tableau clinique habituellement observé chez l'adulte.

**PO 028**  
**À PROPOS D'UN CAS**  
**DE PSEUDO-PARAGANGLIOME SOUS CLOZAPINE**

S. SMADJA, O. GAY, M.O. KREBS, J.P. OLIE, R. GAILLARD

*S.H.U. de Thérapeutique et de Santé Mentale, CH Sainte-Anne, PARIS, FRANCE*

Nous souhaitons rapporter le cas d'un patient de 38 ans, ayant une schizophrénie paranoïde, stabilisé depuis

plusieurs années sous clozapine et amisulpride. Depuis dix mois, une recrudescence délirante nécessite des modifications thérapeutiques, au cours desquelles l'introduction de chaque nouveau neuroleptique en association à la clozapine entraîne des crises paroxystiques avec sueurs profuses, HTA, tachycardie, désaturation, rhabdomyolyse ayant nécessité quatre passages en réanimation pour détresse respiratoire ou insuffisance rénale aiguë.

Un antécédent familial de paragangliome conduit à rechercher une mutation génétique : une mutation du gène SDHD est retrouvée chez deux apparentés. Les dérivés méthoxylés urinaires dosés ne permettent pas d'éliminer le diagnostic ni de le poser. L'imagerie réalisée n'objective pas de tumeur : TDM thoraco-abdomino-pelvienne, angio-IRM cervicale, octréoscanner et DOPA TEP, examen le plus sensible, normaux.

Les paragangliomes sont des tumeurs rares (1/30 000) développées aux dépens des paraganglions, tissus neuroendocrines du système nerveux sympathique et parasympathique. Ils ont la même structure que les phéochromocytomes, tumeurs de la médullosurrénale, sécrétant des quantités excessives de catécholamines. Certains paragangliomes peuvent sécréter adrénaline, noradrénaline, dopamine de façon paroxystique, responsables de sueurs, palpitations, HTA.

Dans 30 % des cas environ, les paragangliomes sont associés à une mutation génétique, dont celle des gènes SDH qui codent pour un complexe enzymatique mitochondrial (succinate déshydrogénase) composé de quatre sous unités (SDHA, B, C, D), et impliqué dans la réponse à l'hypoxie. La perte de fonction de ce gène entraîne une hypoxie chronique responsable d'une tumorigénèse. La littérature répertorie des cas de paragangliomes révélés par les neuroleptiques.

Ce cas clinique pose la question de la difficulté diagnostique de cette tumeur, d'autant que des cas de pseudo-paragangliomes avec symptomatologie paroxystique habituelle mais sans paragangliome retrouvé ont été décrits sous clozapine ; et une question thérapeutique si la mutation génétique sans paragangliome retrouvé entraîne une intolérance aux neuroleptiques.

#### PO 029

### ASSOCIATION D'UNE TRIADE MORBIDE : DÉPRESSION, DYSFONCTION ÉRECTILE ET CARDIOPATHIES ISCHÉMIQUES

F. ASSELAH (1), A. BÉLAID (2), M.S. ISSAD (3)

(1) ÉTABLISSEMENT Hospitalier Spécialisé en psychiatrie, Drid Hocine, ALGER, ALGÉRIE

(2) Hôpital psychiatrique de Chéraga. Mahfoud Boucebc, ALGER, ALGÉRIE

(3) Centre Hospitalier Universitaire Béni-Messous, ALGER, ALGÉRIE

*Hypothèse* : Lorsqu'une maladie coronarienne existe, elle peut être associée à la dysfonction érectile et à la dépression.

*Objectif* : Décrire l'association de la dysfonction érectile et de la dépression dans une population de coronariens coronarographiés, en menant une étude descriptive.

*Méthodes* : Pour évaluer la dépression, le degré d'anxiété, le trait-anxiété et la fonction érectile chez la population étudiée. Des échelles d'auto-évaluation ont été pratiquées : L'Inventaire abrégé de dépression de Beck, l'échelle HAD (Hospital Anxiety and Depression Scale), le questionnaire STAI (State-Trait Anxiety Inventory) et l'International Index of Erectile Function (IIEF).

*Résultats* : L'étude a concerné 88 patients. La moyenne d'âge est de 58 ans  $\pm$  10 ans. La prévalence de la dépression est élevée de 36,4 %. La prévalence de la dysfonction érectile est de 64,8 %. L'interrelation entre dépression, dysfonction érectile et cardiopathies ischémiques est présente dans 31,82 % avec un lien statistiquement significatif ( $p = 0,015$ ). Ce résultat confirme ainsi la coexistence de ces trois pathologies.

*Conclusions* : Une des conclusions majeures de cette étude, révèle l'importance et le rôle majeur de la dépression et de la dysfonction érectile chez le patient coronarien.

*Mots clés* : Angor ; Anxiété ; Cardiopathies ischémiques ; Dépression ; Dysfonctions érectiles ; Infarctus ; Syndromes des coronaires aiguës.

#### PO 030

### DÉPRESSION ET SCLÉROSE EN PLAQUES : À PROPOS D'UN CAS

H. SNENE, M. OUMAYA, N. HALOUI, A. BAATOUT, O. SIDHOM, R. BOUZID

Hôpital Mohamed Tahar Maâmouri, NABEUL, TUNISIE

*Introduction* : La survenue de dépression au cours de la sclérose en plaques (SEP) n'est pas rare et a été rapportée depuis le début du siècle passé (Cottrel et Wilson). Les études ont montré que près de 50 % des patients atteints de SEP présentent un trouble dépressif.

*Objectif* : Analyser à travers un cas clinique le lien de causalité entre la dépression et la SEP.

*Cas clinique* : Monsieur NJ, âgé de 53 ans, sans antécédents psychiatriques connus, est suivi depuis 20 ans pour SEP rémittente. Il bénéficie d'un traitement de fond à base d'immunomodulateurs et d'un traitement des poussées à base de bulus de corticoïdes. Il nous a été adressé pour prise en charge d'un trouble sexuel. Depuis sept ans, Mr NJ présente une symptomatologie, exacerbée lors des poussées, faite d'une humeur triste, d'une anhédonie, d'une insomnie à type de réveils matinaux précoces, d'idées suicidaires récurrentes et d'un dysfonctionnement érectile. Le diagnostic de dépression a été retenu et Mr NJ a été mis sous traitement antidépresseur. L'évolution a été favorable avec notamment une diminution de la fréquence des poussées de SEP. Il persistait néanmoins un trouble érectile, probablement d'origine organique.

*Discussion* : Il ressort de notre observation et des données de la littérature que le lien entre la dépression et la SEP est étroit. Quelques hypothèses ont été avancées pour expliquer ce lien. Certaines ont noté une susceptibilité génétique commune avec une fréquence élevée de l'haplotype HLA-DR2 et HLA-DR3. D'autres ont expliqué la survenue de la dépression chez les patients atteints de SEP par des lésions

démyélinisantes au niveau frontal. La dépression au cours de la SEP peut également être iatrogène en rapport avec les immunomodulateurs réputés dépressogènes.

*Conclusion* : La comorbidité dépressive est fréquente au cours de la SEP et peut être déterminante pour l'évolution de la maladie neurologique. Cette dépression est souvent multifactorielle et peut simuler une poussée de SEP ou la précipiter. Il est de ce fait primordial de bien analyser les éléments cliniques devant toute poussée pour ne pas méconnaître un trouble dépressif associé.

### PO 031

#### CAS DE DYSTONIE AIGUË PRARYNGO-LARYNGÉE SOUS NEUROLEPTIQUES

C. VANSTEENE (1), O. GAY (2), J.P. OLIÉ (2), R. GAILLARD (2), M.O. KREBS (2), M. PLAZE (1)

(1) S.H.U. de Thérapeutique et de Santé Mentale – CH Sainte-Anne, PARIS, FRANCE

(2) S.H.U. de Thérapeutique et de Santé Mentale – CH Sainte-Anne ; Faculté de Médecine, Université Paris Descartes, PRES Sorbonne, PARIS, FRANCE

Les modifications aiguës de tableau clinique chez un patient présentant des antécédents psychiatriques sont des situations courantes, d'anamnèse difficile et souvent source de discussions entre somaticiens et psychiatres. Parmi elles, le mutisme akinétique est particulièrement complexe.

Un patient de 17 ans, traité par sismothérapie et halopéridol pour une schizophrénie ultra-résistante, réintègre notre service après 24 heures d'errance pathologique et 3 jours d'hospitalisation dans un centre de crise où il a reçu à plusieurs reprises un traitement par loxapine. À son arrivée dans le service, le tableau clinique est extrêmement modifié par rapport à son état d'avant son errance. Le patient présente les éléments suivants : mutisme, alternance de phases d'hypokinésie et d'agitation, stase salivaire, aphasie totale et abolition du réflexe nauséux. Transféré dans un service d'urgences médicales, diverses explorations cliniques (neurologiques et ORL), biologiques et en imagerie sont réalisées et ne mettent pas en évidence d'anomalies organiques. Le patient, toujours mutique et aphasique, est à nouveau transféré dans notre service avec un diagnostic de syndrome catatonique. Pourtant, la sémiologie de l'épisode n'est pas celle d'une catatonie.

C'est finalement l'administration de tropatépine (Lepticur®) parentérale qui permet la régression totale des symptômes en quelques heures et nous amène à conclure à un diagnostic de dystonie pharyngo-laryngée aiguë d'origine iatrogène.

Ce cas soulève plusieurs points-clefs à évoquer face à une situation aiguë atypique chez un patient présentant une pathologie psychiatrique chronique :

- la sensibilité particulière des jeunes adultes aux neuroleptiques ;
- le fait que la catatonie, trop souvent considérée comme un diagnostic d'élimination, est au contraire un diagnostic positif.

### PO 032

#### « DEVENIR EUNUQUE » : À PROPOS D'UN CAS D'AUTOCASTRATION NON PSYCHOTIQUE

E. RARI (1), S. COUSSINOX (1), N. YOUNÈS (2), M.O. KREBS (1), T. GALLARDA (1)

(1) Service Hospitalo-Universitaire du Pr. Krebs, CH Sainte-Anne, PARIS, FRANCE

(2) Service Hospitalo-Universitaire du Pr. Passerieux, CH Mignot, VERSAILLES, FRANCE

Les cas d'automutilation génitale masculine sont très rarement rapportés dans la littérature psychiatrique et leur prévalence mal documentée. Ils seraient néanmoins plus fréquents que ne le laisse supposer ce constat épidémiologique. Parmi les observations les plus communément signalées, celles qui s'inscrivent dans un contexte de trouble psychotique, à l'émergence de ce dernier ou à l'acmé d'une phase processuelle sont surreprésentées. Pourtant, des études récentes suggèrent qu'au plan étiologique, la proportion des troubles psychotiques chez les sujets ayant agi de telles automutilations tendrait à diminuer au profit d'autres psychopathologies. Selon certains courants, certaines automutilations pourraient même répondre à une volonté de modifier son apparence corporelle en dehors de tout contexte psychopathologique.

Nous rapportons l'observation d'une auto-émasculature par orchidectomie chez un homme de 49 ans, marié et père avec deux enfants. Ce geste était prémédité par le patient depuis plusieurs mois, motivé selon lui par le désir de devenir « asexué » et de mettre un terme à une exacerbation de sa libido, devenue « incontrôlable » à ses yeux. Le passage à l'acte est venu conclure de multiples répétitions préalables du scénario de la castration, solitaires et dans une ambiance décrite comme fortement érotisée. À l'arrivée rapide des secours mobilisés par le patient lui-même devant l'intensité de l'hémorragie ou au décours de son admission aux urgences générales puis en unité de psychiatrie, aucun symptôme psychiatrique patent ne pouvait être mis clairement en évidence à la surprise des équipes soignantes. Aucun antécédent psychiatrique personnel ou familial n'était rapporté. À distance de 2 mois, alors qu'il a repris sa vie professionnelle et regagné le domicile familial, le patient exprime un soulagement à endosser ce nouveau statut tout en concevant le désarroi causé à son épouse et à ses enfants.

Les considérations diagnostiques et thérapeutiques complexes soulevées par ce cas, tant au plan de la clinique psychiatrique que psychologique nous permettront d'évoquer l'émergence de nouvelles cliniques dans le champ des automutilations.

### PO 033

#### SYNDROME D'EKBOM CHEZ UN LÉGIONNAIRE : CAS OU UNE INCISION SUS-PUBIENNE AUTO-INFLIGÉE REMPLACE LE SIGNE DE LA BOÎTE D'ALLUMETTE

S. MOROGE, F. PAUL, C. MILAN, M. PILARD

HIA Laveran, MARSEILLE, FRANCE

Le syndrome d'Ekbom, ou délire de parasitose, est une pathologie rare, aux frontières nosographiques floues et qui convoque plus souvent les médecins somaticiens que les

psychiatres. Cette conviction d'être infesté par des parasites touche typiquement les femmes d'âge mur, les patientes veulent apporter la preuve de leur infestation en recueillant des « spécimens » et en les apportant à leur médecin, c'est le classique signe de la boîte d'allumette.

Ce tableau clinique est rare et polymorphe, ce qui rend son recensement périlleux. Trabert réalisait en 1995 une méta-analyse portant sur « 100 ans de délire parasitaire ». Ses résultats retrouvaient un sex-ratio de 2,36 femmes pour un homme, une prévalence de 0,8/1000, un âge moyen de début de  $58 \pm 13,8$  pour les femmes et de  $54,8 \pm 15,7$  pour les hommes. L'isolement social touchait plus de 53 % des patients et Trabert soulignait que dans 60 % des cas, le syndrome d'Ekbom était secondaire à une autre maladie.

Comme le soulignent tous les auteurs, le syndrome d'Ekbom se caractérise par une hétérogénéité de tableaux cliniques, les traits de personnalités rencontrés sont variables selon les études : histrioniques, sensitifs, paranoïaques, psychasthéniques, obsessionnels... La frontière entre psychose et névrose est floue, la fausse croyance d'infestation semblant tantôt s'intégrer dans un fonctionnement psychotique, tant la conviction est inébranlable, tantôt dans un fonctionnement plus hystérisé comme peuvent en attester l'ambivalence, la théâtralisation et la suggestibilité du patient.

Nous avons rencontré le cas d'un légionnaire de 36 ans, qui, pour prouver son infestation par des vers, s'est infligé une incision hypogastrique de 10 cm de long au cours de sa consultation avec un médecin rééducateur. Au travers de ce tableau atypique, nous soulignerons le polymorphisme que l'on peut rencontrer dans le syndrome d'Ekbom, tant au niveau étiopathogénique qu'au niveau de la présentation clinique et de la prise en charge. On observe au travers de ce syndrome une tendance actuelle de la médecine qui s'épuise dans une clinique de la preuve, fonctionnant en miroir des patients souffrant d'un délire parasitaire ; les soignants également collectent les preuves pour pouvoir ranger leurs patients dans des « boîtes » nosologiques.

#### **PO 034** **QUAND LE CONTEXTE NOUS ÉGARE :** **À PROPOS D'UNE ÉPILEPSIE HIPPOCAMPIQUE**

M.T. BENATMANE, S. BENHABILES, D. MERAD,  
S. SINACEUR

CHU Alger Centre, ALGER, ALGÉRIE

*Introduction :* La diversité des manifestations psychiatriques ne cesse de nous surprendre régulièrement dans notre pratique quotidienne, en effet les états d'agitation et les troubles du comportement ne signifient pas toujours une psychose dont on a assez souvent la facilité de poser le diagnostic « à tort ». Nous proposons ici un cas clinique qui a posé un problème diagnostique des années durant ; en effet le patient a eu droit à pratiquement tous les diagnostics psychiatriques à chaque admission pour rechute sauf le diagnostic réel. En collaboration avec les neurologues et l'apport de la neuro-imagerie, l'épilepsie temporale hippocampique s'est avérée le diagnostic de certitude ; nous discuterons les difficultés rencontrées pour arriver à ce diagnostic rare.

**Mots clés :** Épilepsie ; IRM cérébrale ; Trouble du comportement.

#### **PO 035** **PSYCHOSE DÉLIRANTE AIGUË CORTICO-INDUITE** **AU COURS DE LA POLYANGÉITE MICROSCOPIQUE**

M. EL AMRANI, R. EL FAROUKI, D. KABBAJ, M. BENYAHIA

Hôpital Militaire d'instruction Mohamed V, RABAT, MAROC

*Introduction :* La corticothérapie est un traitement aux indications très larges notamment dans le cadre des maladies auto-immunes. La contrepartie du bénéfice thérapeutique est un éventail vaste d'effets indésirables comprenant entre autre des troubles neuropsychiatriques.

*Observation :* Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 43 ans, admise pour syndrome pneumorénal révélant une polyangéite microscopique sévère MPO-ANCA positive, mise sous traitement d'induction par cyclophosphamide et corticothérapie en bolus (3 x 700 mg) avec relais par voie orale à 60 mg/j. Au 18<sup>e</sup> jour du traitement, la patiente a présenté une agitation psychomotrice aiguë accompagnée d'un délire de persécution avec tachypsychie, angoisse et idées suicidaires. L'examen neurologique était normal. Le scanner et l'IRM encéphaliques, la ponction lombaire, et l'immunofixation du LCR n'ont pas objectivé de signes de vascularite cérébrale. La dégression précoce de la corticothérapie sous le couvert d'un traitement anxiolytique et antipsychotique a permis une évolution favorable avec amendement des signes psychiatriques en 10 jours de traitement sans rechute ultérieure.

*Discussion :* Les effets indésirables neuropsychiatriques de la corticothérapie touchent 15 % des patients avec un grand polymorphisme clinique. Ils surviennent indépendamment du terrain psychiatrique, et en dehors de tout surdosage. Les réactions sévères, observées dans 5 % des cas, se manifestent par des épisodes psychotiques aigus, associés à une humeur maniaque ou dépressive. Ces désordres s'avèrent entièrement réversibles après l'arrêt du traitement. Dans les situations où la poursuite de la corticothérapie est vitale, comme chez notre patiente, des études récentes ont montré qu'il pouvait être envisagé de la poursuivre malgré la survenue d'effets secondaires psychiatriques graves.

*Conclusion :* Ce cas illustre l'importance de dépister précocement les psychoses cortico-induites afin de proposer, dans l'éventualité où ce traitement s'avère indispensable, une stratégie de diminution posologique en association avec un traitement antipsychotique ou thymorégulateur.

#### **PO 036** **INGESTION DE CORPS ÉTRANGERS** **CHEZ LES DÉTENUS : À PROPOS D'UN CAS**

H. HLAL, N. BERHILI, M. BENBRAHIM, R. AALOUANE,  
I. RAMMOUZ

CHU Hassan II, FÈS, MAROC

L'ingestion d'un corps étranger peut représenter un défi aux approches pluridisciplinaires impliquant des équipes médicales, chirurgicales, neurologiques et psychiatriques. Elle survient fréquemment chez les patients psychiatriques et les prisonniers.

*Présentation du cas* : Un patient de 43 ans de sexe masculin ayant comme antécédents un abus de substances depuis l'âge de 16 ans, plusieurs incarcérations et des automutilations au niveau des avants bras et du tronc. Durant son incarcération, le patient a présenté une ingestion de métaux à maintes reprises (lames de rasoir, caches-briquet...). Selon lui, ces conduites parasuicidaires sont un moyen de se libérer de la tension induite par le stress et l'intolérance à la vie carcérale.

*Discussion* : L'ingestion de corps étrangers est fréquente chez les détenus et peut survenir de manière délibérée ou accidentelle. Lorsqu'elle est volontaire, le contexte est variable allant des troubles psychiatriques (schizophrénie, dépression, troubles de la personnalité, tendances suicidaires...) aux tentatives de trafic de drogue ou d'évasion par transfert à un hôpital ou une unité de soins psychiatriques. Notre cas illustre l'un des aspects cliniques et psychopathologiques.

**PO 037**  
**UN ACCÈS PSYCHOTIQUE AIGU SECONDAIRE : ENTRE L'IATROGÉNIE DES ANTITUBERCULEUX ET LA LOCALISATION NEUROMÉNINGÉE DE LA TUBERCULOSE ? À PROPOS D'UNE OBSERVATION**

S. RHARRABTI (1), S. KHLAFA (1), H. ZAMMAMA (1), I. RAMMOUZ (2), R. AALOUANE (1)

(1) Service de psychiatrie CHU Hassan II, FÈS, MAROC  
 (2) Service psychiatrie CHU Hassan II, FÈS, MAROC

*Introduction* : L'atteinte du système nerveux central est une des expressions les plus sévères de la tuberculose. L'accès psychotique aigu a été décrit comme un effet indésirable du traitement antibacillaire. L'isoniazide (INH) est le médicament le plus impliqué dans sa survenue. Il s'agit d'un effet indésirable exceptionnel.

*Observation* : Nous rapportons le cas d'une patiente de 20 ans avec notion de contagé tuberculeux, qui est traitée pour une tuberculose ganglionnaire retenue sur l'aspect radiologique et une intradermoréaction à la tuberculine (IDR) positive. La patiente a été mise sous antibacillaires. Un mois après le traitement, la patiente a présenté un accès psychotique aigu, avec un syndrome délirant et hallucinatoire compliqué d'une tentative de suicide. Le traitement est arrêté, la patiente a été mise sous traitement neuroleptique. Une TDM et IRM cérébrale ont objectivé un accident vasculaire ischémique. On a noté une diminution puis une disparition des symptômes psychiatriques au bout de quelques semaines. Quelques mois plus tard, vu la réapparition des douleurs thoraciques, une radio thoracique a montré deux opacités parahilaire et paratrachéale. La fibroscopie a confirmé la présence des bacilles de Koch. Une IRM cérébrale a montré la présence d'une lésion juxta-corticale temporale gauche mesurant 11 mm de grande axe. L'examen neurologique ainsi que la ponction lombaire étaient normaux. Le traitement antituberculeux a été réintroduit, avec diminution progressive du traitement neuroleptique jusqu'à l'arrêt.

*Discussion* : La psychose secondaire à l'INH a été rapportée depuis 1950 chez des patients avec ou sans antécédents psychiatriques. Chez notre patiente l'accès psychotique est

survenu un mois après le traitement antituberculeux, bien que l'examen neurologique ainsi que la ponction lombaire étaient normaux. L'imagerie cérébrale a montré des anomalies, ce qui pose la question de l'origine organique du trouble psychotique. Le diagnostic de certitude d'une tuberculose neuroméningée est difficile à obtenir.

*Conclusion* : L'accès psychotique aigu chez un malade tuberculeux peut poser un problème de diagnostic étiologique entre l'iatrogénicité du traitement et une localisation neuroméningée.

**PO 038**  
**DÉLIRE DE MATERNITÉ DANS LES SUITES D'UN PSEUDOCYESIS**

N. KETTANI, S. RHARRABTI, H. HLAL, I. RAMMOUZ, R. AALOUANE

Service de psychiatrie, CHU Hassan II, FÈS, MAROC

Le pseudocyesis est la conviction erronée d'être enceinte à laquelle s'associent des signes objectifs de grossesse. Décrit depuis l'antiquité, ce syndrome demeure peu connu car rare et insuffisamment abordé dans la littérature. La survenue d'un délire de maternité chez la patiente en question est encore plus exceptionnelle. Les processus à l'origine de ces troubles ne sont pas encore clairement établis.

Nous souhaitons présenter le cas original d'une patiente de 30 ans, sans antécédent psychiatrique notable, mère de deux enfants vivants et d'un troisième enfant décédé il y a deux ans dans des conditions s'apparentant à une mort subite du nourrisson, qui présente les signes sympathiques de la grossesse dans un contexte d'aménorrhée secondaire et de distension abdominale, avec perception de mouvements fœtaux. Sa consultation au Service de Psychiatrie du CHU Hassan II de Fès a été motivée par une angoisse importante. Cette première évaluation psychiatrique avait trouvé une patiente instable sur le plan psychomoteur, angoissée, avec un délire mal systématisé centré autour des thèmes de grossesse, de persécution et de sexualité. Un avis obstétrical, complété par des examens d'imagerie et de biologie ont permis d'exclure toute grossesse en cours. Mise sous neuroleptiques classiques, la patiente a été revue un mois plus tard avec un délire de maternité, et de ce fait, on a retenu le diagnostic de pseudocyesis compliqué d'un délire de maternité. Le traitement par neuroleptique fut maintenu, avec une psychothérapie prévue mais la patiente fut perdue de vue.

Le pseudocyesis est un trouble rare, néanmoins il reste relativement plus fréquent là où la société accorde une grande valeur à la fertilité, d'autant plus concernant la femme.

**PO 039**  
**L'ÉTAT D'INHIBITION : À PROPOS D'UN CAS CLINIQUE**

S. ELLINI, W. CHERIF, I. JALLOULI, L. CHENNOUFI, M. GHARBI, M. CHEOUR

Hôpital Razi, MANOUBA TUNIS, TUNISIE

*Introduction* : Le concept d'inhibition a acquis une importance considérable en neurologie puis en psychiatrie. Il s'agit d'un

processus actif de diminution ou de suspension d'une fonction psychique ou d'un comportement. C'est un syndrome qui peut faire partie de plusieurs pathologies psychiatriques.

**Objectif :** Faire une mise au point sur la clinique de l'état d'inhibition, ses difficultés diagnostiques et thérapeutiques en partant d'un cas clinique et en s'aidant d'une revue de la littérature des articles parus sur PubMed entre 2000 et 2012. Les mots clés sont : inhibition, troubles psychiatriques, dépression.

**Résultat :** Patient H.B. âgée de 29 ans, aux antécédents personnels de conversions hystériques, a été admise dans notre service de psychiatrie suite à une rupture d'un projet de mariage pour mutisme et refus alimentaire. L'examen avait objectivé un état d'inhibition psychomotrice profonde associant immobilité, mutisme, absence d'affect et de contact avec l'entourage, un négativisme, refus alimentaire et refus des soins. L'examen physique relevait une fièvre associée à des lésions de stomatite. Au bilan sanguin, on note une anémie et un taux de prothrombine bas. Après observation à la recherche de signes pouvant orienter le diagnostic, la patiente a été traitée par clomipramine et diazépam en intraveineux, avec amélioration au bout de trois jours et clarification du tableau clinique. Le diagnostic retenu était celui d'un épisode dépressif majeur avec caractéristiques mélancoliques sur personnalité de type hystérique avec très probablement un passage à l'acte suicidaire expliquant les troubles physiques et ceux du bilan sanguin.

**Conclusion :** L'état d'inhibition peut être considéré de façon transfonctionnelle dans ses aspects cognitifs, comportementaux et affectifs, de façon transnosologique puisqu'il appartient à différentes catégories diagnostiques, mais aussi de façon pluri-axiale associant les catégories diagnostiques et les troubles de la personnalité.

#### **PO 040** **TROUBLES ANXIODÉPRESSIFS RÉVÉLÉS PAR** **UNE TUMEUR CÉRÉBRALE, À PROPOS D'UN CAS**

M. ABBES, J. MASMOUDI, G. MTIBAA, I. FEKI, O. OUTA, A. JAOUA

CHU, Hédi Chaker, SFAX, TUNISIE

**Introduction :** La clinique des troubles de l'humeur peut masquer, ou se révéler par des affections somatiques en prenant des formes atypiques. La résistance aux antidépresseurs incite à multiplier les examens complémentaires et à réaliser une imagerie cérébrale.

**Matériels et méthodes :** Il s'agit d'une patiente âgée de 38 ans admise dans un service de neurologie pour fourmillements, paresthésies au niveau des deux membres inférieurs, une baisse progressive de la vision binoculaire avec apparition de troubles du sommeil et de l'appétit avec perte de l'élan vital et un ralentissement psychomoteur manifeste. Le diagnostic d'un état dépressif majeur a été posé, la patiente a été mise sous traitement antidépresseur à base d'Anafranil\* mais sans amélioration. Les suites ont été marquées par l'apparition d'épigastralgies d'évolution ascendante avec des vertiges ne durant que 2 à 3 min et l'apparition d'une dyschromatopsie. Une IRM avec spectroscopie a montré un pic

de choline avec effondrement de NAA a TE long en faveur d'un profil tumoral de localisation frontotemporale évoquant le diagnostic d'un gliome cérébral.

Nous avons réalisé une recherche bibliographique concernant le rapport entre les gliomes cérébraux et les troubles anxiodépressifs.

**Résultats :** Les gliomes de grade II (GGII) sont généralement diagnostiqués chez des patients jeunes. Les tumeurs frontales s'accompagnent d'une perte de l'élan vital et une fluctuation de l'humeur avec une indifférence affective évoquant un syndrome dépressif, mais parfois une hyperactivité maniaque.

Des déficits touchant préférentiellement les régions frontales, au niveau de l'aire motrice supplémentaire et insulaire, ont été notés, les atteintes temporales sont moins fréquentes.

L'apparition brusque, et de façon stéréotypé, d'une sensation de gêne épigastrique ascendante est en faveur d'une localisation temporale de la tumeur.

L'exérèse chirurgicale complète fait disparaître les crises dans 67 % des cas. La place de la radiothérapie et la chimiothérapie dans le traitement des GGII reste encore débattue.

**Conclusion :** La symptomatologie clinique des tumeurs intracrâniennes est riche, le caractère persistant et délétère des symptômes psychiatriques doit entraîner la pratique d'imagerie cérébrale.

#### **PO 041** **CATATONIE ET SYNDROME MALIN** **DES NEUROLEPTIQUES**

R. EL JARRAFI, M. ELKADIRI, A. ELMOUEFFEQ, S. BELBACHIR, F.Z. SEKKAT

Hôpital Ar-Razi, SALÉ-RABAT, MAROC

La catatonie se définit comme un syndrome fait de rigidité, maintien de posture, mutisme, négativisme et d'autres manifestations psychomotrices brutales. Son histoire clinique a connu une grande évolution autour de son étiopathogénie.

Kahlbaum, en 1874, décrit un syndrome catatonique d'étiopathogénie psychiatrique et organique. Puis Bleuler, en 1908, utilise le terme de schizophrénie et reconnaît la catatonie comme l'une de ses formes. Après, le DSM-IV étend la catatonie au trouble de l'humeur, causes toxiques et iatrogéniques et aux autres formes de psychose que la schizophrénie.

Dans la pratique clinique, le syndrome malin des neuroleptiques est le premier diagnostic différentiel à éliminer devant un syndrome catatonique et l'utilisation des neuroleptiques est formellement contre indiquée, rendant difficile la prise en charge d'un syndrome catatonique d'origine schizophrénique.

Une étude rétrospective des cas de catatonie et de syndrome malin des neuroleptiques admis à l'hôpital Ar-Razi au Maroc, en 2011-2012, va nous aider à avoir une conduite à tenir adapté à notre contexte.

**Résultats :** En cours.

**Mots clés :** Catatonie ; Schizophrénie ; Syndrome malin des neuroleptiques.

**PO 042**  
**POTOMANIE ET SCHIZOPHRÉNIE :**  
**À PROPOS D'UN CAS CLINIQUE**

M. CHHOUMI, O. BRAHAM, W. KRIR, H. BEN AICHA,  
B. AMAMOU, A. MRAD, A. MECHRI, L. GAHA

*CHU Fattouma Bourguiba, MONASTIR, TUNISIE*

*Introduction* : La potomanie consiste en un besoin permanent d'ingérer de très grandes quantités de liquides (> 3 l/j). Sa prévalence varie entre 6 % à 20 % des patients atteints d'une affection psychiatrique chronique, dont 8 % souffrent de schizophrénie et la prise en charge est complexe. Les données de la littérature suggèrent que les effets des antipsychotiques classiques sur la polydipsie sont variables alors que les antipsychotiques atypiques seraient utiles. Cependant, les résultats sont encore controversés.

Nous rapportons dans ce travail le cas d'un patient souffrant de schizophrénie présentant une polydipsie primaire difficile à gérer par les traitements antipsychotiques.

*Cas clinique* : F.M. est un homme de 27 ans, souffre d'une schizophrénie indifférenciée depuis dix ans. Il est stabilisé sous neuroleptique classique pendant plusieurs années. Admis actuellement pour rechute délirante et dissociative. Selon l'histoire fournie par sa famille, Mr F.M. a commencé à consommer tous les jours 6 à 7 litres de liquide depuis deux ans, il a présenté un état de mal épileptique depuis un mois secondaire à une hyponatrémie sévère ayant nécessité son hospitalisation en milieu de réanimation. À l'admission, l'apport hydrique du patient mesuré pendant une période de 24 heures était d'environ 6,5 l ; les explorations biologiques sont revenues normales. Le diagnostic de polydipsie primaire a été établi.

Nous avons opté pour la rispéridone à 4 mg avec une restriction hydrique. Après 4 semaines nous avons observé une amélioration partielle de la symptomatologie psychotique ainsi qu'une diminution du comportement polydipsique.

*Discussion-conclusion* : Dans ce travail, nous présentons un patient ayant une schizophrénie avec polydipsie qui a été traité par la rispéridone avec une restriction hydrique. Toutefois, l'efficacité de la rispéridone dans le traitement de la polydipsie primaire est controversée. Une approche comportementale avec un renforcement positif permettra d'assurer un meilleur contrôle de la consommation liquidienne.

**PO 043**  
**PRÉVALENCE DE TENTATIVE DE SUICIDE**  
**PAR IMMOLATION À LA CONSULTATION EXTERNE :**  
**ÉTUDE À PROPOS DE 6 CAS**

A. BELARBI, I. CHAABANE, O. MOULA, A. BOUASKER,  
R. GHACHEM

*Hôpital Razi, TUNIS, TUNISIE*

*Introduction* : Les conduites suicidaires constituent des phénomènes universels influencés par des facteurs biopsychosociaux et culturels. Mohamed Bouazizi dont la tentative de suicide par immolation est survenue le 17 décembre 2010 conduisant à son décès deux semaines plus tard, est à l'origine des émeutes qui concourent au déclenchement de la

révolution tunisienne. Sans doute, sa tentative a abouti par extension aux phénomènes pareils.

*Objectif* : Évaluer la prévalence des tentatives de suicide par immolation des malades adressés à la consultation externe de psychiatrie.

Étudier les caractéristiques sociodémographiques, cliniques et thérapeutiques des malades ayant fait des tentatives de suicide par immolation.

*Méthodologie* : Nous avons inclus dans notre étude tous les malades qui ont consulté le service de la consultation externe de l'hôpital Razi durant la période de 3 mois allant du mois de juillet 2012 jusqu'au mois de septembre 2012 et qui ont été adressés pour un complément de prise en charge d'une tentative de suicide par immolation.

*Résultats* : Nous avons retrouvé 6 malades. L'âge moyen de l'échantillon était 29,83 ans. La majorité étaient du sexe masculin (sex-ratio : 5), de niveau d'instruction primaire, sans profession (66,6 %), célibataires, ayant un niveau socio-économique défavorable. 66,6 % des patients consommaient des substances psychoactives. Quant à l'événement déclenchant, les tentatives de suicide étaient impulsives et survenues à la suite des revendications sociales. Pour les séquelles de l'immolation, la surface brûlée estimée oscillait entre 20 % et 45 % avec des lésions allant de deuxième degré au troisième degré. Les pathologies psychiatriques retenues chez ces patients étaient variables : épisode dépressif majeur dans 2 cas, trouble de l'adaptation type humeur dépressive dans 2 cas et trouble de la personnalité avec toxicomanie dans 2 cas.

*Conclusion* : Les comportements suicidaires font appel à un modèle plurifactoriel impliquant des facteurs socioculturels, environnementaux et psychopathologiques qui interagissent entre eux. L'évaluation du risque suicidaire doit prendre en compte le contexte socio-familial de l'individu et le processus suicidaire.

**PO 044**  
**TROUBLES PSYCHIATRIQUES ET TUBERCULOSE**  
**CÉRÉBRALE : À PROPOS D'UN CAS**

M. CHAACHOU (1), J. MOUNACH (2)

(1) *Hôpital militaire Moulay Ismail, MEKNÉS, MAROC*

(2) *Hôpital militaire d'instruction Mohamed V, RABAT, MAROC*

*Introduction* : L'atteinte du système nerveux central est une localisation rare de la tuberculose ; elle représente la forme la plus grave par un taux de mortalité très élevé, les complications et les séquelles neurologiques. La clinique est dominée par les symptômes neurologiques (céphalées, syndrome d'hypertension intracrânienne, syndrome cérébelleux...). Un tableau psychiatrique isolé est un mode révélateur rare de la maladie.

*Observation* : Il s'agit d'un patient de 53 ans, marié et père de 4 enfants, ayant dans ses antécédents pathologiques un épisode dépressif majeur traité il y a 3 ans et une tuberculose pulmonaire traitée il y a 23 ans. Il est admis dans le service de psychiatrie dans un tableau de tristesse de l'humeur, une anhédonie avec incurie, un ralentissement psychomoteur important, une anorexie avec perte de poids non chiffrée ainsi

que des troubles mnésiques. Le patient a été mis sous traitement antidépresseur sans amélioration de l'humeur et on a noté une aggravation progressive des troubles cognitifs. La réalisation d'une IRM cérébrale a permis de mettre en évidence des lésions cérébrales multiples. Une radiographie du thorax a montré des lésions pulmonaires bilatérales des lobes supérieurs. Le patient a été mis sous traitement antituberculeux avec une évolution favorable (Fig. 1).

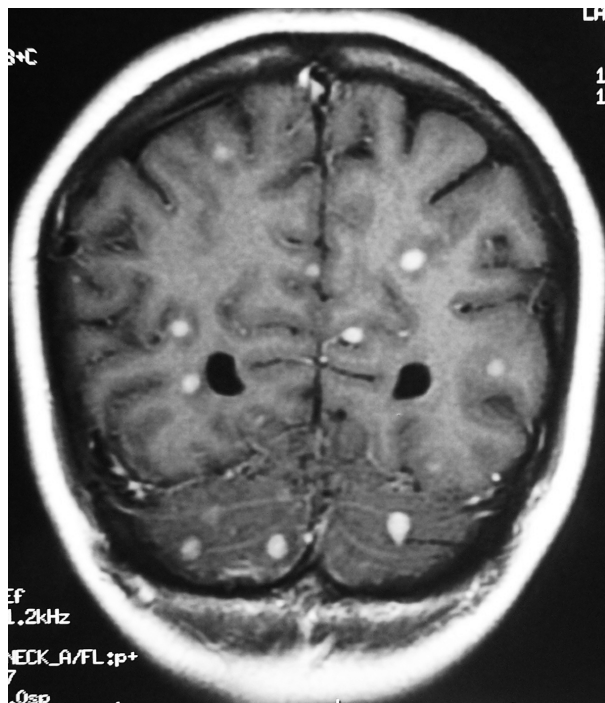


FIG. 1.

**Discussion :** L'atteinte neurologique se fait surtout par voie hémotogène, elle représente 2 à 5 % des tuberculoses. Son diagnostic n'est pas toujours aisé et il est souvent présomptif reposant sur un faisceau d'arguments cliniques, biologiques et radiologiques. La présence d'un foyer tuberculeux extra cérébral est parfois décisive. L'association à une atteinte pulmonaire ancienne ou active est retrouvée dans 50 % des cas. Dans notre observation, les manifestations psychiatriques étaient révélatrices et l'atteinte cérébrale était associée à un foyer pulmonaire. La mise en place d'un traitement antituberculeux a permis une amélioration significative de la symptomatologie.

**Conclusion :** La tuberculose du système nerveux central demeure une infection sévère pouvant engager le pronostic vital. La survenue de manifestations psychiatriques chez un patient ayant des antécédents de tuberculose doit inciter à réaliser un scanner ou une IRM cérébrale à la recherche d'une localisation neurologique.

#### PO 045 TROUBLE ANXIEUX ET MALADIE DE BEHÇET : À PROPOS D'UN CAS

F. FEKIH-ROMDHANE, S. OUANES, S. BEN YOUNES,  
W. HOMRI, R. LABBANE

Hôpital Razi, TUNIS, TUNISIE

La maladie de Behçet est une vascularite systémique d'étiologie inconnue. Les symptômes psychiatriques ont été décrits chez la moitié des patients ayant un neuro-behçet.

Cependant, les manifestations psychiatriques sont peu documentées et non spécifiques, dominées par la dépression. Quelques études font état de symptômes maniaques et délirants.

Nous rapportons l'observation de monsieur M. âgé de 56 ans, suivi dans notre service depuis 1991 pour trouble anxieux sévère à type de trouble panique compliqué de dépression chronique, sur un terrain somatique fragile, ayant fait découvrir après quelques années un neuro-behçet.

Une amélioration de la symptomatologie anxio-dépressive était progressivement notée après sa mise sous corticothérapie.

Nous discutons deux hypothèses : l'association fortuite de trouble panique et d'une maladie de Behçet, *versus* des troubles anxieux induits par une maladie systémique.

#### PO 046 DÉMENCE VITAMINIQUE À PROPOS DE CINQ CAS

S. HAMMAMI (1), B. AMAMOU (2), S. MAHJOUR (1),  
L. GAHA (2)

(1) Service de médecine interne, CHU F Bourguiba, MONASTIR, TUNISIE

(2) Service de psychiatrie, CHU F Bourguiba, MONASTIR, TUNISIE

**Introduction :** La carence en vitamine B12 affecterait plus de 20 % des personnes âgées. Les manifestations cliniques en sont rares et frustes dans la plupart des cas. La carence en vitamine B12 est fréquemment associée à des manifestations neurologiques dont la dégénérescence combinée de la moelle est la forme la plus classique. Les formes démentielles révélatrices sont exceptionnelles. Nous rapportons cinq observations.

**Résultats :** Il s'agissait de 3 femmes et 2 hommes avec un âge moyen de  $74,7 \pm 7,7$  ans. Tous les patients présentaient des signes en rapport avec l'anémie et des troubles des fonctions supérieures. Il convient surtout de souligner l'existence d'une dyspnée (supérieure à la classe II de la NYHA) et un état d'agitation chez deux patients. Un subictère conjonctival était noté chez trois sujets. Le taux moyen d'hémoglobine était de  $6,2 \pm 2,6$  g/dl, le VGM moyen de  $109 \pm 56$  fl. Une hémolyse était confirmée chez trois patients. Une patiente avait une bicytopenie et quatre une pancytopenie. Le *Mini Mental Test de Folstein* était compatible avec une démence dans tous les cas.

Toutes les patientes présentaient un déficit en vitamine B12 avec une concentration sérique médiane de 50 pg/ml (12-70) et une hyperhomocystéinémie médiane à 32  $\mu$ mol/l (16-54). Un déficit en acide folique associé est noté dans deux cas. Le myélogramme notait la présence de mégalo blasts dans tous les cas. Le bilan étiologique conduisait au diagnostic de maladie de Biermer ( $n = 3$ ) ou de carence mixte en B12 et en acide folique ( $n = 2$ ). L'administration parentérale de cyanocobalamine associée à l'acide folique ( $n = 2$ ) a entraîné une amélioration des troubles neurologiques dans tous les cas.



*Discussion et conclusion* : Malgré la rareté des cas de démence dus à une carence en vitamine B12 et ou acide folique ces dosages doivent faire partie du bilan étiologique d'une démence.

**PO 047**  
**SYNDROME FRONTAL POST-TRAUMATIQUE :**  
**À PROPOS D'UN CAS**

R. DJEBBI, L. CHANNOUFI, N. BANNOUR, W. CHÉRIF,  
S. ELLINI, M. CHEOUR

*Hôpital Razi, MANOUBA, TUNISIE*

*Introduction* : L'atteinte des lobes frontaux se traduit essentiellement par des troubles du comportement et des perturbations neuropsychologiques.

*Objectif et méthodologie* : À travers un cas clinique et une revue de la littérature, on se propose de décrire les spécificités sémiologiques et thérapeutiques du syndrome frontal post-traumatique.

*Vignette clinique* : M.A âgé de 45 ans sans antécédents particuliers, a présenté dans les suites d'un traumatisme crânien sévère avec coma post-traumatique, un changement de caractère avec des troubles du comportement à type d'incurie et de perte des convenances sociales (comportement d'urination, outrage à la pudeur et exhibitionnisme). Le patient est devenu égocentrique et agressif et parfois même indifférent et émoussé sur le plan affectif. Ces modifications ont été à l'origine de conflits familiaux et de difficultés sociales et professionnelles ayant nécessité son hospitalisation sous le mode d'office. L'examen a objectivé des troubles mnésiques discrets avec un mmSE conservé (26/30), des troubles du jugement et du raisonnement et un syndrome frontal clinique (comportement d'imitation, comportement d'utilisation). L'examen tomodensitométrique a révélé une atrophie frontale bilatérale. Devant la sévérité des troubles du comportement, le patient a été mis sous traitement antipsychotique (rispéridone à 2 mg/j). Un bilan neuropsychologique est prévu à la recherche d'un syndrome dyséxecutif.

**PO 048**  
**PSYCHOSES AIGUËS NUPTIALES :**  
**À PROPOS DE DEUX CAS**

R. DJEBBI, L. CHANNOUFI, N. BANNOUR, W. CHÉRIF,  
S. ELLINI, M. CHEOUR

*Hôpital Razi, MANOUBA, TUNISIE*

*Introduction* : Le mariage est événement de vie surinvesti dans notre contexte culturel arabo-musulman ; pour certains, c'est la clé de l'avenir et le régulateur psychologique attendu depuis le jeune âge. Bien que vécu dans un contexte festif, il constitue un facteur de stress intense pouvant engendrer, dans certains cas, des troubles psychiatriques majeurs d'ordre psychotique.

*Objectif et méthodologie* : À travers deux cas cliniques et une revue de la littérature, on se propose de décrire les spécificités cliniques de ces troubles psychotiques et de discuter les facteurs individuels et environnementaux incriminés dans leur genèse.

*Vignettes cliniques* : Nos deux patientes étaient âgées respectivement de 27 et 28 ans, toutes deux étaient indemnes d'antécédents psychiatriques. Il s'agissait de leur premier mariage.

Dans les deux cas, un facteur de stress durant la nuit de noces en rapport avec la sexualité et la virginité était apparu. Les troubles s'étaient installés brutalement en post-nuptial. Le tableau clinique était dominé par la composante délirante avec des thèmes à connotation culturelle (possession, ensorcellement, mystico-religieux). Les mécanismes étaient essentiellement hallucinatoire et interprétatif. Un passage par les tradithérapeutes avant l'hospitalisation a été relevé dans les deux cas. Nos deux patientes ont été mises sous traitement antipsychotique. L'évolution à court terme était favorable avec disparition des éléments délirants et hallucinatoires.

Mais un problème majeur s'est posé lors de la prise en charge de ces deux patientes ; il s'agissait d'une grande résistance de la part des familles à accepter une hospitalisation en milieu psychiatrique et la mise sous antipsychotiques pour une toute nouvelle mariée ; ceci ayant été vécu comme un drame social.

**PO 049**  
**LA SCHIZOPHRÉNIE À DÉBUT TRÈS PRÉCOCE :**  
**À PROPOS D'UN CAS**

F. OUERIAGLI NABIH, M. TOUHAMI, H. ABILKASSEM,  
F. ASSRI

*Équipe de recherche pour la santé mentale, Faculté de médecine et de pharmacie, université Caddi Ayyad, MARRAKECH, MAROC*

La schizophrénie à début précoce est une entité pathologique relativement rare dont la prévalence est estimée entre 0,01 % et 0,04 %. La schizophrénie qui se manifeste avant l'âge de 16 ans révolus est généralement appelée « Early Onset Schizophrenia (EOS) » ou schizophrénie précoce. Lorsqu'elle commence avant l'âge de 12 ans révolus on la désigne par « *Very Early Onset Schizophrenia (VEOS)* » correspondant à la schizophrénie très précoce ou la schizophrénie infantile de la littérature française. Selon la classification (DSM IV) les caractéristiques cliniques générales de la schizophrénie à début précoce ne diffèrent pas d'un point de vue sémiologique de la pathologie adulte. Elle semble par contre associée à une sévérité de la maladie plus importante et à une plus forte hérédité. Les symptômes prémorbides sont plus fréquents et plus sévères que ceux observés dans les formes à début tardif. Ces symptômes prémorbides ne sont pas spécifiques de la schizophrénie précoce. Ce que nous allons illustrer à travers ce cas clinique.

Il s'agit d'une fille de 11 ans, scolarisée en CE3 (elle a redoublé à 3 reprises), elle s'est présentée en consultation pédopsychiatrique pour troubles du comportement ayant débuté il y a une année à type de bizarrerie des gestes, une soliloquie avec des propos incohérents, retrait et repli sur soi. L'enfant avait présenté dès l'âge de 4 ans des troubles de la socialisation (elle ne cherchait pas à jouer avec les autres enfants ou à partager ses plaisirs), des stéréotypées motrices à type

de balancement du tronc, un jeu répétitif (elle jouait toujours seule avec une poupée en lui creusant l'œil) et des atypies langagières. De ses antécédents familiaux, son père était suivi pour un trouble bipolaire. Le diagnostic de schizophrénie à début très précoce fut posé et l'enfant a été mis sous neuroleptiques atypiques (risperdal 2 mg/j) avec une résolution partielle de la symptomatologie au bout de 6 mois.

La schizophrénie à début précoce, suscite un intérêt grandissant dans la recherche en pédopsychiatrie en raison, entre autre, de ses liens avec le développement neurologique et de la possibilité d'initier de façon précoce des interventions thérapeutiques potentiellement fructueuses.

### **PO 050 MALADIE DE HUNTINGTON ET CONDUITE SUICIDAIRE : À PROPOS D'UN CAS**

F. OUERAGLI NABIH, M. TOUHAMI, H. ABILKASSEM,  
F. ASSRI

*Équipe de recherche pour la santé mentale, Faculté de Médecine et de pharmacie, université Caddi Ayyad, MARRAKECH, MAROC*

Contrairement à la croyance populaire, le diagnostic de maladie mortelle n'aggrave pas, voire atténue le risque suicidaire. Malheureusement ce postulat ne se vérifie pas dans la maladie de Huntington. La tendance au suicide représente une particularité de la maladie. Ce que nous allons illustrer à travers ce cas clinique.

Monsieur R est un ressortissant français de 42 ans, marié et sans enfant. Il est amené aux urgences au décours d'une tentative de suicide par pendaison avortée par son épouse. Celle-ci nous apprend qu'il est atteint de chorée de Huntington diagnostiquée par test génétique il y a deux ans et qu'ils sont au sud du Maroc depuis deux semaines pour « booster » leur couple et aider Monsieur R à sortir d'une « déprime » qui dure depuis plusieurs mois. Madame R ne reconnaît plus son époux : il est devenu irritable, violent et abuse de l'alcool. Malgré une réticence prononcée, l'entretien conclut à un épisode dépressif majeur d'intensité sévère sans symptômes psychotiques et à un usage à risque d'alcool. Le couple est informé qu'une hospitalisation en milieu spécialisé est nécessaire. L'épouse épuisée et rongée par un sentiment de culpabilité demande un rapatriement sanitaire.

Le suicide dans la maladie de Huntington est un acte fréquent et polydéterminé. Le taux du suicide est variable mais toujours supérieur au taux de suicide dans la population générale (0,8 % à 13 %). Deux Périodes à haut risque : Lorsque les symptômes neurologiques apparaissent en faveur de la maladie, juste avant l'établissement du diagnostic et au stade de la maladie correspondant à une diminution notable de l'autonomie.

Dans sa genèse interviennent des facteurs intrinsèques et des facteurs extrinsèques. Ces facteurs sont la cible des actions préventives. La prévalence élevée du suicide chez les Huntingtoniens et aussi chez les porteurs asymptomatiques de la mutation interroge la part du déterminisme génétique de cet acte.

### **PO 051 PASSAGE À L'ACTE MÉDICO-LÉGAL CHEZ LES BIPOLAIRES : NATURE ET MOMENT DE SURVENUE**

A. BEN CHEIKH, R. CHIHANI, D. BECHEIKH, O. ZOUARI,  
A. BEN ROMDHANE, R. RIDHA

*Hôpital Razi, MANOUBA, TUNISIE*

*Introduction* : Les troubles mentaux graves sont connus comme étant pourvoyeurs de violence et de criminalité. Plusieurs études se sont intéressées à l'association entre la schizophrénie et les actes médico-légaux, mais rares sont celles qui ont étudié les conséquences médico-légales dans la maladie bipolaire. Pourtant cette dernière possède une particularité intéressante du fait de sa nature cyclique. Ainsi, chez un patient bipolaire, le passage à l'acte peut survenir aussi bien en phase maniaque qu'en phase dépressive.

*Objectif* : Le but de notre travail est d'étudier la nature des différents actes médico-légaux commis par des patients présentant un trouble bipolaire en fonction du moment de leur survenue dans le cours évolutif de la maladie.

*Méthodologie* : Nous avons mené une étude rétrospective au sein du service de psychiatrie légale de l'hôpital Razi. Nous avons examiné tous les dossiers des patients bipolaires hospitalisés dans le service depuis sa création.

*Résultats* : En cours.

### **PO 052 LA DÉPRESSION CHEZ LE DIABÉTIQUE : PRÉVALENCE ET CARACTÉRISTIQUES CLINIQUES**

S. HECHMI (1), R. JOMLI (1), Y. ZGUEB (1), Z. TURKI (2),  
F. NACEF (1)

*(1) Hôpital Razi, MANOUBA, TUNISIE*

*(2) Institut national de nutrition, TUNIS, TUNISIE*

*Introduction* : Le diabète est l'un des principaux problèmes de santé dans le Monde. Des estimations récentes de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) prédisent que si les tendances actuelles se poursuivent, le nombre de personnes atteintes de diabète sera doublé passant de 176 à 370 millions de personnes en 2030.

Par ailleurs, en Tunisie, selon l'enquête de santé mentale en population générale, en 2005, la prévalence de l'épisode dépressif est de 35 %.

La comorbidité du diabète et la dépression est associée à des conditions diabétiques défavorables, comparativement à des patients diabétiques non déprimés.

*Objectif* : L'objectif de notre travail a été de déterminer la prévalence de la dépression chez les patients diabétiques qui consultent à l'institut national de nutrition et d'en évaluer les facteurs de risque, ainsi que les caractéristiques cliniques et pronostiques.

*Méthodologie* : Étude transversale incluant une population de 50 patients diabétiques. Une fiche épidémiologique a été conçue pour le recueil des données et l'évaluation de la dépression en utilisant l'échelle de dépression de Hamilton (HAMD).

*Résultats* : Nos résultats préliminaires ont montré que 40 % des patients diabétiques ont une dépression modérée à

sévère, 13 % ont une légère dépression alors que 47 % ont des valeurs normales sur l'HAM-D. Une dépression modérée à sévère était présente chez 31 % des hommes et chez 42 % des femmes.

*Conclusion* : Les troubles dépressifs dans le diabète sont fréquents. Notre étude confirme l'intérêt de l'évaluation de la symptomatologie dépressive au cours du suivi des patients diabétiques moyennant l'utilisation de l'échelle de Hamilton dans l'objectif d'une prise en charge pluridisciplinaire précoce.

**PO 053**  
**COMORBIDITÉ ENTRE ALCOOLO-DÉPENDANCE, DÉPRESSION ET TROUBLES ANXIEUX**

A. ELMOUEFFEQ, J. DOUFIK, R. ELJARRAFI, M. SABIR, F. ELOMARI

*Hôpital Arrazi, SALÉ, MAROC*

La fréquence de la comorbidité entre addictions et troubles psychiatriques est importante, notamment l'alcoolo-dépendance et les troubles psychiatriques.

L'étude ECA a confirmé que les troubles anxieux et la dépression sont les principales comorbidités de la dépendance à l'alcool.

Cette comorbidité va poser problème de dépistage des troubles psychiatriques chez tous patient présentant un usage problématique d'alcool, le caractère primaire ou secondaire des troubles et les modalités de prise en charge thérapeutique surtout à long terme.

*L'objectif* de notre étude est de préciser la prévalence des troubles anxieux et dépressifs chez les patients consultant pour problème liés à l'alcool au niveau du centre national de traitement, prévention et recherche en addictologie de Salé (Maroc) et de spécifier le caractère primaire ou secondaire de ces troubles et d'identifier les particularités de prise en charge.

*Méthodologie* : Étude prospective sur des patients consultant au centre national de traitement prévention et recherche en addictologie en utilisant un hétéroquestionnaire qui va préciser les caractères sociodémographiques, le type de trouble anxieux selon les critères DSM IV, l'échelle HAD pour l'anxiété et la dépression, le début de l'installation du trouble par rapport à l'usage d'alcool ainsi que la prise en charge thérapeutique envisagée.

*Résultats* : En cours.

*Mots clés* : Alcoolo-dépendance ; Anxiété et dépression.

**PO 054**  
**ADDICTION À L'ALCOOL CHEZ LE SUJET ÂGÉ**

R. EL JARRAFI, A. ROCHDANI, M. ELKADIRI, M. SABIR, F. EL OMARI

*Hôpital Ar-Razi, SALÉ-RABAT, MAROC*

Les troubles liés à l'utilisation d'alcool chez le sujet âgé sont généralement sous-estimés.

Si la prévalence des troubles liés à l'utilisation d'alcool est moins élevée chez le sujet âgé que chez l'adulte jeune, le

vieillessement de la population fait que le nombre des patients âgés avec des problèmes d'alcool est en augmentation.

Les personnes âgées sont particulièrement vulnérables aux effets délétères de l'alcool même si les quantités consommées sont plus faibles que celles de l'adulte jeune et le mésusage d'alcool induit des perturbations significatives du fonctionnement social, physique, psychologique et cognitif.

Vu la présence élevée de comorbidités organiques et psychiatriques graves et l'absence de données épidémiologiques suffisantes ainsi que l'insuffisance des données sur l'efficacité et la tolérance des médicaments, il est recommandé de réaliser le sevrage alcoolique du patient âgé en milieu hospitalier.

L'objectif de ce travail est d'étudier les particularités de la prise en charge des patients âgés dépendant à l'alcool admis au centre national de prévention et de recherche de toxicomanie à l'hôpital Ar-Razi.

*Méthodologie* : Une étude rétrospective des cas de patients âgés dépendants à l'alcool admis au CNPRT à l'hôpital Ar-Razi au Maroc, en 2001-2012 va nous permettre d'étudier les particularités de la p.e.c de ces patients.

*Résultats* : En cours.

*Mots clés* : Addiction ; Alcool ; Sevrage ; Sujet âgé.

**PO 055**  
**ÉVALUATION DE L'ALLONGEMENT DE L'INTERVALLE QT CHEZ LES PATIENTS SOUS ANTIPSYCHOTIQUES**

R. HAMMAMI, S. EL HECHMI, S. CHARRADI, R. RAFRAFI, W. MELKI, Z. EL HECHMI

*Hôpital Razi, MANOUBA, TUNISIE*

La mortalité d'origine cardiovasculaire des patients schizophrènes est plus élevée que celle de la population générale et la plupart des morts subites inexplicables seraient dues à des arythmies ventriculaires ayant pour origine ou comme facteur prédisposant la prise d'antipsychotiques. En effet, la plupart des antipsychotiques présentent des effets électro physiologiques similaires aux anti-arythmiques de classe IA pouvant être responsables d'allongement de l'intervalle QT à l'origine de torsades de pointes.

Le but de notre étude est d'évaluer la prévalence de l'allongement de l'intervalle QTc sous différentes classes d'antipsychotiques en monothérapie et en polythérapie.

*Matériel et méthode* : Il s'agit d'une étude rétrospective incluant 100 patients âgés de 18 ans à 65 ans suivis pour schizophrénie selon les critères du DSM-IV au service de psychiatrie F de l'hôpital Razi. Ont été inclus les patients sous monothérapie et polythérapie antipsychotique depuis au moins six mois.

**PO 056**  
**LA SCHIZOPHRÉNIE TARDIVE À PROPOS D'UN CAS**

I. SAKR, W. HIKMAT, I. ADALI, F. MANOUDI, F. ASRI

*Équipe de recherche pour la santé mentale, service universitaire psychiatrique, CHU Mohamed VI, MARRAKECH, MAROC*

**Introduction :** La notion de « schizophrénie à début tardif » a fait durant les dernières décennies l'objet d'une grande controverse nosographique. Bien que les classifications actuelles l'intègre dans le groupe des schizophrénies, cette entité présente plusieurs particularités. À travers une vignette clinique et une revue de la littérature, on essaiera de mettre la lumière sur les éléments cliniques, paracliniques et sociaux permettant, actuellement, d'évoquer une schizophrénie tardive.

**Vignette clinique :** En février 2012, Mr A, 49 ans se présente aux urgences psychiatriques, pour la première fois, pour trouble de comportement et hétéro-agressivité. Deuxième d'une fratrie de 5, divorcé sans enfants, ancien chef de chantier, sans antécédents pathologiques particuliers. À l'admission, patient calme, bon contact, discours incohérent, pensée désorganisée, rapporte un automatisme mental et des hallucinations auditives. Il verbalise un délire à thématique mystique, de persécution et de grandeur à mécanisme intuitif et interprétatif. Par ailleurs, la sœur rapporte des bizarreries, un retrait social et un apragmatisme depuis deux ans. À l'entretien, pas d'éléments thymiques. Un bilan biologique et radiologique fait n'a pas révélé d'anomalies. Ce cas répond aux critères DSM-IV de la schizophrénie.

**Discussion :** Les revues récentes de la bibliographie et surtout la conférence de consensus de 1999 ont permis de dégager des caractéristiques cliniques, épidémiologiques, mais aussi de vie, laissant envisager l'existence d'une entité à part entière : la schizophrénie d'apparition tardive (40 ans) ou très tardive (60 ans). La prévalence serait d'environ 0,6 % entre 45 et 64 ans et de 0,1 % à 0,5 % après 65. Il y aurait par ailleurs plus de cas décrits chez les femmes que chez les hommes. Le tableau clinique est fait surtout d'idées délirantes paranoïdes avec hallucinations auditives et visuelles avec syndrome déficitaire mais par contre la dissociation est peu marquée.

**Conclusion :** N'importe quel âge de la vie pourrait donc être un âge d'apparition de la schizophrénie, mais les variations aux âges extrêmes, et du fait de la fragilité psychique et physique des personnes séniles, reste un vrai challenge pour les psychiatres.

**PO 057**  
**ÇA PEUT SERVIR UN JOUR ! :**  
**LE COLLECTIONNISME COMPULSIF**  
**À PROPOS D'UN CAS**

I. SAKR, H. ERRADI, I. ADALI, F. MANOUDI, F. ASRI

*Équipe de recherche pour la santé mentale, service universitaire psychiatrique, CHU Mohamed VI, MARRAKECH, MAROC*

Comme tout comportement humains, la collecte des objets peut varier du normal et adapté au compulsif et pathologique. Le psychiatre est amené à s'y intéresser quand il révèle dans certaines circonstances un trouble mental. Ce travail tente de montrer que le collectionnisme, sorte de comportement aberrant de l'activité de collectionner, est un symptôme que l'on trouve dans de nombreuses pathologies mentales : les psychoses, les démences et chez les patients cérébro-lésés ainsi que dans les troubles obsessionnels compulsifs (TOC) Le récent regain d'intérêt pour ces derniers a mis en évidence une forme particulière de compulsion nommée « amassement compulsif » où les patients accumulent de multiples

objets qu'ils ne peuvent s'empêcher de conserver ou qu'ils ramènent chez eux après les avoir trouvés ça et là.

Pour illustrer cela, nous décrivons un cas de collectionnisme compulsif, et à travers une revue de la littérature, nous ferons premièrement une synthèse de la controverse en pleine évolution sur le diagnostic de ce trouble : les arguments sont de plus en plus en faveur d'une meilleure conceptualisation du trouble comme syndrome à part. Deuxièmement, nous analyserons les éventuelles corrélations neuropsychologiques du collectionnisme compulsif, pour parler en dernier des moyens dont on dispose ainsi que les futures orientations pour prendre en charge ce genre de trouble

**PO 058**  
**EFFICACITÉ DE LA STIMULATION THETA BURST**  
**INTERMITTENTE APPLIQUÉE SUR LE CORTEX**  
**PRÉFRONTAL GAUCHE DANS LE TRAITEMENT**  
**DE LA FIBROMYALGIE : À PROPOS D'UN CAS**

N. BOUAZIZ, P. SCHENIN-KING, R. BENADHIRA, S. REGAT, D. JANUEL

*EPS Ville Evrard, NEUILLY SUR MARNE, FRANCE*

**Introduction :** La fibromyalgie est une maladie chronique caractérisée par des douleurs diffuses fréquemment associées à une symptomatologie dépressive, pour laquelle il n'existe pas actuellement une thérapeutique satisfaisante. Plusieurs études ont rapporté que la rTMS peut avoir un effet bénéfique sur cette pathologie.

La Theta Burst intermittente (iTBS) est une variante de la rTMS qui aurait les mêmes effets neuroexcitateurs de la rTMS haute fréquence avec un temps de traitement beaucoup plus court et une sécurité d'utilisation équivalente.

L'objectif de cette étude était d'évaluer l'effet de l'iTBS sur la douleur chez une patiente âgée de 46 ans présentant une fibromyalgie depuis 2006.

**Méthodologie :** Paramètre de l'iTBS :

Fréquence et nombre de trains : selon les paramètres décrits par Huang *et al.* (2005) : 33 cycles ; chaque cycle comprend trois pulses cadencés à 50 Hz répétés à une fréquence de 5 Hz pendant deux secondes avec un inter train 8 sec, intensité à 80 % du seuil moteur, pour un nombre total de pulses : 990

Nombre de séances/j : 2 espacées d'1 heure.

Zone stimulée : cortex préfrontal gauche (zone situé 6 cm en avant du cortex moteur gauche).

**Organisation du traitement par TMS :**

- 1<sup>er</sup> mois : 2 séances par jour, cinq fois par semaine ;
- 2<sup>e</sup> mois : 3 séances par semaine ;
- 3<sup>e</sup> mois : 2 séances par semaine ;
- 4<sup>e</sup> mois : 1 séance par semaine.

**Évaluation clinique :** Le critère principal d'évaluation : la douleur évaluée quotidiennement par une échelle visuelle analogique (EVA).

La patiente a été également évaluée sur le plan de l'humeur et l'anxiété par les échelles HDRS, BDI, HAS et CGI et ce d'une façon hebdomadaire pendant les 4 premières semaines puis d'une façon bimensuelle les trois mois suivants.

**Résultats :** Diminution de 50 % de la douleur (évaluée par l'EVA) au bout de 6 semaines de traitement (7,28 (0,95) en base line, *versus* 3,14 (0,37)) et qui s'est maintenue pendant les 10 semaines. Cette amélioration semble indépendante de l'humeur et de l'anxiété, l'évaluation psychométrique de ces deux paramètres n'ayant pas montré d'amélioration aussi importante et soutenue que celle de la douleur.

**Conclusion :** Ces résultats encourageants doivent être confirmés par des études contrôlées randomisées en double aveugle.

**PO 059**  
**TROUBLE PSYCHOTIQUE RÉVÉLANT**  
**UN SYNDROME DE GOUGEROT SJOGREN :**  
**À PROPOS D'UN CAS**

A. BAATOUT (1), M. OUMAYA (1), O. SIDHOM (1),  
 H. MAMI (1), R. MARISSA (2), R. BOUZID (1)

(1) *Hôpital Mohamed Tahar Maâmouri, NABEUL, TUNISIE*  
 (2) *Hôpital Militaire, TUNIS, TUNISIE*

**Introduction :** Les troubles psychiatriques dans le syndrome de Gougerot-Sjögren (SGS) sont fréquents, bien que souvent méconnus. Ils sont polymorphes et représentés essentiellement par les troubles de l'humeur, les troubles anxieux, les troubles cognitifs, les démences et plus rarement les troubles psychotiques. Ces dernières manifestations peuvent être révélatrices de la maladie. Les symptômes psychotiques inauguraux du SGS sont souvent associés à des signes d'atypicité mais peuvent rester isolés pendant une longue période avant l'apparition des autres symptômes systémiques. Ceci peut être à l'origine d'erreurs diagnostiques et thérapeutiques avec des conséquences néfastes sur le pronostic.

**Objectif :** Illustrer à travers un cas clinique l'intérêt d'évoquer le SGS devant un syndrome psychotique atypique ou résistant.

**Méthodologie :** Étude du dossier clinique d'une patiente hospitalisée dans le service de neurologie de l'Hôpital Militaire de Tunis en 2009.

**Résultats :** Il s'agit d'une patiente âgée de 39 ans, sans antécédents somatiques ou psychiatriques particuliers. Elle a été suivie pendant des années pour un tableau comportant une désorganisation de la pensée et du comportement associée à des hallucinations visuelles et auditives. L'évolution sous neuroleptiques et anxiolytiques a été marquée par l'aggravation du tableau clinique avec la persistance des manifestations psychotiques et l'installation d'un trouble de la marche. Un examen neurologique a mis en évidence un syndrome pyramidal, un syndrome extra pyramidal et un syndrome frontal. Le bilan biologique, immunologique et l'imagerie médicale ont permis de retenir le diagnostic d'un SGS primitif. L'évolution, après deux ans de suivi sous corticothérapie et immunosuppresseur seuls a été favorable avec disparition complète des symptômes psychotiques.

**Conclusion :** Le SGS peut se révéler par des symptômes psychotiques longtemps isolés, ceci peut être source d'un retard diagnostique mettant en jeu le pronostic fonctionnel et vital. Ces données soulignent l'importance d'une analyse rigoureuse des données anamnestiques et cliniques devant tout tableau psychotique.

**PO 060**  
**INTÉRÊT DU MÉTHYLPHÉNIDATE DANS LE**  
**TRAITEMENT D'UN ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR**  
**RÉSISTANT : DANS LE TROUBLE BIPOLAIRE**  
**DE TYPE 1 (BP1), À PROPOS D'UN CAS CLINIQUE**

M.A. LODOVIGHI

*Hôpital Sainte Marguerite, MARSEILLE, FRANCE*

Plusieurs études ont montré l'intérêt du méthylphénidate (MPH) comme thérapeutique complémentaire à un thymorégulateur, dans le traitement d'un Épisode Dépressif Majeur (EDM) résistant aux thérapeutiques conventionnelles dans les troubles bipolaires de type 1 (BP I) ou unipolaires. Cependant les résultats sont contradictoires et les recommandations pour la prise en charge d'un EDM résistant n'incluent pas cette possibilité thérapeutique non conventionnelle.

M.V. 42 ans, débute ses troubles thymiques en 1990 par un épisode maniaque, qui sera suivi de 5 EDM et 5 épisodes maniaques (SCID-DSM-IV-TR). La durée moyenne des EDM était de 6 mois. Le dernier épisode dépressif débute en 2009 à la suite d'un accès maniaque. La prise en charge a été réalisée suivant les recommandations canadiennes avec le divalproate de sodium comme traitement initial. Puis, plusieurs thymorégulateurs ont été prescrits (seul ou en association), sans efficacité, ou mal tolérés : carbonate de lithium, lamotrigine puis aripiprazole. La carbamazépine et la quétiapine n'ont entraîné qu'une amélioration partielle (titration en raison des interactions enzymatiques). Plusieurs antidépresseurs ont été successivement utilisés : paroxétine, duloxétine et agomélatine sans efficacité sur la symptomatologie anxio-dépressive.

Le patient a aussi bénéficié d'une cure de 30 séances de stimulation magnétique transcrânienne (Cx PFDL Gauche) en dehors d'un traitement anticonvulsivant, sans efficacité ni modification du débit sanguin cérébral.

Après 25 mois d'évolution, l'échec de toutes les thérapeutiques recommandées, il a été décidé de prescrire du MPH en maintenant de l'association thymorégulatrice carbamazépine/quétiapine.

L'efficacité du MPH (40 mg) a été évaluée grâce aux échelles de dépression MADRS et d'anxiété STAI Y-A à J1, J21, et J42 et a permis une amélioration symptomatologique accompagnée d'une reprise rapide des activités. L'électroconvulsivothérapie a pu être évitée.

Ce cas clinique suggère que l'ajout de MPH peut être une option thérapeutique adjuvante dans les cas de dépression bipolaire résistante ne répondant que partiellement à des associations médicamenteuses. Des études randomisées contrôlées doivent être conduites pour valider ce résultat.

**PO 061**  
**CHORÉE DE HUNTINGTON**  
**ET TROUBLE DE L'HUMEUR DE TYPE DÉPRESSIF :**  
**À PROPOS D'UN CAS**

T. SADKI, S. HAMZAOU, A. BELKHIRIA, L. DALLAGI,  
 I. JOHNSON, K. TABBANE

*Hôpital Razi, LAMANNOUBA, TUNISIE*

La maladie de Huntington est une maladie génétique à transmission autosomique dominante à pénétrance complète. Le tableau clinique associe des troubles moteurs de type choréique, des troubles cognitifs évoluant vers une démence cortico-sous-corticale et des troubles psychiatriques. Les troubles psychiatriques et notamment les troubles de l'humeur sont souvent d'apparition précoce. Ainsi des épisodes dépressifs sont communément observés aux cours des stades pré-symptomatiques de la maladie avec un taux de suicide particulièrement élevé. On se propose dans ce travail d'étudier les particularités étiopathogéniques, épidémiologiques, cliniques et évolutives des épisodes dépressifs dans la maladie de Huntington à travers l'analyse du cas clinique de Mme M.G et une revue de la littérature par recherche sur la base de données Medline sur une période allant de 2003 à 2011.

Mme M.G est âgée de 35 ans, issue d'un mariage non consanguin, cadette d'une fratrie de 6, scolarisée jusqu'en 6<sup>e</sup> année primaire, a des antécédents familiaux de père suivi pour trouble psychiatrique chronique sous traitement non précisé, ayant présenté des mouvements choréiques à l'âge de 30 ans et décédé à l'âge de 50 ans suite aux complications de sa maladie, et de cousin paternel suivi pour mouvements anormaux en neurologie. Mme M.G est suivie depuis 5 ans pour trouble dépressif. Elle présentait par ailleurs, depuis 4 ans des mouvements anormaux des membres et du tronc non explorés. Trois ans après le début des troubles, Mme M.G a été hospitalisée dans notre service pour une symptomatologie faite d'irritabilité, impulsivité, insomnie quasi-totale avec des idées suicidaires. L'examen a révélé : des mouvements anormaux du tronc et des membres supérieurs, une tristesse de l'humeur, une anxiété, une anhédonie, une insomnie, une anorexie et des idées suicidaires. Le diagnostic d'épisode dépressif majeur a été retenu et la patiente a été mise sous clomipramine (75 mg/j), lorazépam (5 mg/j) et vitamine E (1 200 mg/j). La patiente a été adressée à la consultation de neurologie, une chorée de Huntington a été suspectée et confirmée après avoir fait les explorations nécessaires. L'évolution sur le plan psychiatrique était favorable au bout de 10 jours de traitement.

#### **PO 062 ÉPILEPSIE TEMPORALE ET SCHIZOPHRÉNIE : À PROPOS D'UN CAS**

H. SNENE, M. OUMAYA, H. BEN YOUSSEF, O. SIDHOM,  
H. MAMI, R. BOUZID

*Hôpital Mohamed Tahar Maâmouri, NABEUL, TUNISIE*

*Introduction* : La schizophrénie (SCZ) et l'épilepsie en particulier temporelle bien qu'elles constituent deux pathologies de nature différentes, elles peuvent avoir des similitudes symptomatiques et même coexister ensemble. De ce fait, on peut être confronté à des difficultés diagnostiques dans le cas d'une comorbidité entre ces deux entités cliniques.

*Objectif* : Insister à travers l'étude d'un cas clinique sur l'intérêt de rechercher une comorbidité entre la SCZ et l'épilepsie temporelle.

*Méthodologie* : Étude du cas d'un patient suivi dans le service de consultation externe de psychiatrie de l'hôpital Mohamed Tahar Maâmouri de Nabeul, pendant l'année 2012.

*Résultats* : Monsieur BCH, âgé de 19 ans, sans antécédents personnels neurologiques, ni psychiatriques notables, a été adressé pour prise en charge de troubles du comportement et d'un syndrome hallucinatoire, évoluant depuis 3 ans. Un examen neurologique et un électroencéphalogramme (EEG) ont été normaux. L'examen psychiatrique a conclu au diagnostic de SCZ indifférenciée devant un tableau clinique associant : un émoussement affectif, des troubles du comportement, des idées délirantes, des hallucinations (auditives, cénesthésiques et visuelles) et un dysfonctionnement social. Le patient a été mis sous neuroleptiques incisifs et l'évolution a été marquée par l'amélioration partielle de la symptomatologie. Devant la persistance des hallucinations cénesthésiques paroxystiques, un deuxième EEG réalisé a été en faveur d'une épilepsie temporelle. Le patient a été mis sous carbamazépine à la dose de 800 mg/j avec une amélioration des hallucinations rapportées.

*Discussion* : Certaines manifestations cliniques au cours de l'épilepsie temporelle peuvent porter confusion avec celles notées au cours de la SCZ. De même, une comorbidité peut être méconnue devant une symptomatologie psychotique franche qui marque le tableau clinique ou devant des manifestations neurologiques atypiques (absence de paroxysme) ou un EEG intercritique sans anomalies.

*Conclusion* : Une comorbidité « épilepsie temporelle-SCZ » est souvent méconnue devant la similitude des manifestations cliniques. Un examen neurologique et un EEG jugés normaux ne doivent pas récuser la recherche hâtive d'une éventuelle épilepsie associée.

#### **PO 063 NEURO-BEHÇET ET DÉPRESSION : À PROPOS D'UN CAS**

N. HALOUI

*Hôpital Mohamed Tahar Maâmouri, HAMMAMET, TUNISIE*

*Introduction* : La maladie de Behçet a des manifestations neurologiques appelées neuro-behçet. La survenue des troubles psychiatriques au cours de neuro-behçet n'est pas rare. Les études montrent que 8 à 50 % des malades ayant un neuro-behçet présentent un syndrome dépressif. Ces manifestations ne sont pas toujours en rapport avec le retentissement psychologique de cette affection, mais peuvent précéder de plusieurs années les premiers signes neurologiques. Le lien entre les deux affections n'est pas encore bien clair dans la littérature.

*Objectif* : Analyser à travers une observation clinique et en fonction des données de la littérature le lien entre le neuro-behçet et la dépression.

*Méthodologie* : Dans ce travail, nous rapportons le cas d'un patient atteint d'un neuro-behçet et qui est suivi à la consultation externe de psychiatrie de l'hôpital Mohamed Tahar Maâmouri pour dépression depuis 2 ans.

*Résultat et discussion* : Monsieur SBS, âgé de 53 ans, est suivi pour un neuro-behçet depuis 16 ans au service de médecine interne de Nabeul. Depuis 2 ans, le patient rapporte une insomnie avec un réveil matinal précoce, une humeur dépressive non réactivable, une anhédonie et des

troubles de la concentration. Le diagnostic de la dépression a été retenu avec mise sous traitement antidépresseur. L'évolution a été marquée par la persistance de la symptomatologie dépressive. L'amélioration était franche suite à la mise sous psychotropes associés au bousolage de corticoïdes. Plusieurs hypothèses ont été avancées pour expliquer l'entre ces deux affections. En effet, elle peut survenir dans le cours de l'évolution de la maladie ou apparaître précocement dès le début. Elle peut être l'impact de l'affection chronique, ou être une manifestation de la pathologie elle-même.

#### PO 064

### QUAND LA MALADIE CANCÉREUSE ATTEINT LE COUPLE : À PROPOS D'UN CAS

H. BERGAOUI, A. VIGNES, S. MOUCHABAC, C.S. PERETTI

*Hôpital Saint-Antoine, PARIS, FRANCE*

*Introduction* : La maladie cancéreuse, de par son processus évolutif et la complexité des traitements préconisés, est une des maladies les plus susceptibles d'induire une détresse émotionnelle chez le patient et son entourage, en particulier le conjoint.

*Matériel & Méthodes* : Report et analyse d'une vignette clinique d'un couple atteint de maladies cancéreuses de façon concomitante. Étudier l'impact de cette maladie sur le vécu du couple en étayant les mécanismes de défense de chaque conjoint. Mme MD a été hospitalisée au service de psychiatrie de l'hôpital Saint Antoine.

*Vignette clinique et commentaires* : Patiente âgée de 46 ans, adressée au service d'oncologie pour angoisse massive et idées suicidaires. Elle a eu une tumorectomie du sein gauche il y a 5 jours. ATCDS familiaux de bipolarité. ATCDS personnels d'épisode dépressif majeur en 1990 dans un contexte de difficultés professionnelles et de conjugopathie. Elle a été traitée par lithium. Depuis 2000, la patiente ne bénéficie d'aucun suivi psychiatrique. Mariée en 2011 et mère de deux enfants. À l'admission, elle présentait une angoisse massive, une instabilité psychomotrice marquée sans syndrome dépressif franc.

Mr CD est âgé de 50 ans, souffre d'un glioblastome diagnostiqué un mois après la découverte du cancer de sa femme. À l'entretien, le patient présentait un syndrome dépressif.

*Mécanismes de défense* : À l'annonce de sa maladie, le mécanisme de défense de la patiente était la projection en choisissant comme bouc émissaire le médecin oncologue en l'accusant d'une mauvaise prise en charge thérapeutique. Par rapport à la maladie cancéreuse de son mari, la patiente était plutôt dans le déni. Les stratégies de défense de Mr CD sont centrées sur le problème. En effet, il arrive à parler de sa maladie et celle de sa femme.

Les mécanismes de défense de Mr et Mme D sont différents ce qui induit une relation problématique.

La pertinence est d'être à l'écoute des deux conjoints afin de pouvoir analyser leurs mécanismes de défense. L'intégration des différentes variables dans une pratique clinique de soutien et d'écoute en oncologie est primordiale car elle permet une meilleure appréhension de l'impact de la maladie dans la vie du couple.

#### PO 065

### LA SCHIZOPHRÉNIE INFANTILE : À PROPOS D'UN CAS

R. SELLAMI, J. MASMOUDI, I. FEKI, U. OUALI, A. JAOUA

*Service de psychiatrie « A », CHU Hédi Chaker, SFAX, TUNISIE*

La schizophrénie infantile est une forme rare de schizophrénie dont la prévalence est estimée à environ 0,03 % qui se manifeste pendant l'enfance ou l'adolescence. La schizophrénie de l'enfant demeure un diagnostic difficile même si les symptômes essentiels sont les mêmes quel que soit l'âge.

Nous rapportons le cas d'un jeune homme à développement psychomoteur normal qui, à l'âge de 12 ans, a présenté une symptomatologie délirante et hallucinatoire. Dans ses antécédents, on retrouve une relation fusionnelle avec sa mère. Le diagnostic de schizophrénie infantile confirmé et après maintes interrogations diagnostiques et thérapeutiques, un traitement par rispéridone s'avérera efficace. Durant deux années, l'évolution a été favorable permettant partiellement la reprise des activités institutionnelles. Vers l'âge de 19 ans, le sujet a été hospitalisé en raison d'une recrudescence de la symptomatologie hallucinatoire et de l'agressivité, dans un contexte de mauvaise observance. Un traitement par halopéridol puis une injection de Haldol Décanoas toutes les quatre semaines a permis une amélioration partielle mais lente tant sur le plan du comportement moteur que sur les phénomènes hallucinatoires.

À partir de cette observation, on discutera au vu des données de la littérature : l'importance des altérations retrouvées dans les antécédents des enfants schizophrènes, les difficultés thérapeutiques des formes à début précoces et leur devenir péjoratif.

#### PO 066

### CATATONIE ET SYNDROME MALIN DES NEUROLEPTIQUES : LIENS CLINIQUES ET HYPOTHÈSES ÉTIOPATHOGÉNIQUES

M.A. LAHMAR, L. MNIF, S. DEROUICHE, A. KHENFIR, O. MZIOU, H. ZALILA, A. BOUSSETTA

*Service de Psychiatrie D. Hôpital Razi, TUNIS, TUNISIE*

*Introduction* : L'évolution de la nosographie en Psychiatrie s'est faite vers une approche catégorielle essayant d'affiner, au maximum, les diagnostics. Il persiste, cependant, des intrications entre plusieurs entités diagnostiques qui restent sujettes à débats. Nous nous intéressons, dans ce travail, à travers un cas clinique, au problème diagnostique que pose la catatonie avec le syndrome malin des neuroleptiques (SMN) et les bases étiopathogéniques de ce débat.

*Vignette Clinique* : Mademoiselle S âgée de 21 ans a été admise dans un tableau associant : mutisme, échopraxie, échomimie, écholalie. Après explorations, le diagnostic de catatonie a été retenu. Elle a été mise sous faibles doses de neuroleptiques : halopéridol puis olanzapine. Au bout de quelques jours, la patiente a présenté une symptomatologie faite de symptômes extrapyramidaux, de fièvre, de troubles de la conscience avec une élévation importante des Créatine PhosphoKinases. L'arrêt des neuroleptiques associé à des

mesures de réanimation ainsi que l'association de benzodiazépines a fait régresser ce SMN.

*Discussion* : Longtemps considérée comme partie intégrante des tableaux schizophréniques, la catatonie est aujourd'hui perçue comme un syndrome pouvant avoir plusieurs étiologies. L'une de celles-ci étant le SMN. Certains auteurs vont même jusqu'à considérer ces deux entités comme les deux faces d'une même pièce, argumentant la présence d'une déplétion dopaminergiques dans les deux cas. Cependant, les études neuro-anatomiques montrent que les structures cérébrales impliquées dans l'une et l'autre condition sont de localisations différentes : corticales pour la catatonie et sous corticales pour le SMN. Ces constatations ont poussé d'autres auteurs à définir des critères de distinctions nets entre ces deux entités. Un autre point de vue considère le SMN comme étant une complication de la catatonie et propose des marqueurs biologiques pour surveiller cette évolution.

*Conclusion* : Si le dilemme diagnostique n'est pas encore résolu entre ces deux entités, les recherches menées ont permis de mieux cerner la symptomatologie que partagent ces deux tableaux ainsi que celle qui les différencie. Ceci a permis une meilleure codification de la prise en charge de ces deux tableaux sévères en Psychiatrie.

#### **PO 067 TROUBLES PSYCHIQUES CHEZ LES TUBERCULEUX**

B. TEFAHI

*EHS.A.Errazi, ANNABA, ALGÉRIE*

Les troubles psychiques caractérisés par des états dépressifs et anxieux sont fréquents dans la pathologie somatique tuberculeuse.

Le but de l'étude est d'évaluer l'importance des troubles psychiques (dépression et anxiété) chez les tuberculeux hospitalisés dans les services de médecine du centre hospitalo-universitaire de Annaba durant la période allant du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre 2010 à partir d'une enquête d'observation descriptive de type transversale au moyen d'un questionnaire (à l'admission et à la sortie) qui comportera une fiche résumée standard de sortie (RSS) et trois échelles d'évaluation psychiatrique de dépression de Montgomery et Asberg (MADRS), d'anxiété de Hamilton (HAMA) et de psychopathologie générale *Brief Psychiatric Rating Scale* (BPRS).

*Mots clés* : Anxiété ; Dépression ; Épidémiologie ; Tuberculose.

#### **PO 068 À PROPOS D'UN CAS D'AGUESIE**

A. GEORGESCU

*Cabinet privé, NYON, SUISSE*

Nous aimerions présenter cette vignette clinique en raison du cheminement inattendu entre une demande initiale d'évaluation médicale, psychiatrique et la solution qui a été une intervention de type psychothérapeutique.

Madame F est une femme âgée de 72 ans, mariée, mère et grand-mère. En bonne santé générale, volubile et de présen-

tation très soignée, Mme F m'est adressée par son M.G. pour l'investigation de troubles cognitifs apparus depuis 6 mois environ et qui inquiètent la patiente en raison d'antécédents de maladie d'Alzheimer de sa grand-mère maternelle. Son mmS a diminué de 28 à 25 en 3 ans. Mme F reçoit un anticholinergique et un antidépresseur depuis 6 mois.

Mme F se plaint lors du 1<sup>er</sup> entretien de la perte de son statut social, de la diminution de ses loisirs, de son rôle secondaire dans la famille, dans le village, de la solitude, de son isolement social et du fait que son mari ne l'entraîne plus dans des activités communes. Le tout, en opposition avec la « période de vie active ». Nous constatons des traits de personnalité de type hystérique, obsessionnelle et narcissique. Nous lui soumettons comme hypothèse de crise dans une approche psychodynamique, l'impact narcissique de ces pertes successives.

Lors du 2<sup>e</sup> entretien Mme F se présente métamorphosée. Tous les éléments dépressifs ont disparu et le fonctionnement social et familial a retrouvé une dynamique satisfaisante. C'est à l'occasion de ce 2<sup>e</sup> entretien que Mme F nous parle de la disparition d'un symptôme dont elle ne m'avait pas parlé la 1<sup>re</sup> fois : la perte du sens gustatif (agésie), qui s'était installée en même temps que la dépression (sans qu'elle en fasse le lien) et qui a fait l'objet d'investigations somatiques multiples, sans résultat.

*Discussion* : Nous nous sommes interrogés dans le cas décrit sur les éléments qui ont amené à cette rapide amélioration. Nous sommes du même avis que l'école lausannoise de psychothérapie, qu'il s'agit du modèle d'adéquation entre les interventions du thérapeute et le fonctionnement du patient ou au conflit évoqué, qui nous permet une meilleure compréhension de l'efficacité des thérapies brèves et ultra-brèves. Il peut également expliquer la disparition de l'agésie, probable symptôme conversif, qui n'avait pas été mentionnée comme plainte directe par la patiente.

#### **PO 069 SYNDROME DE COTARD : DÉNI D'ORGANE ? DÉNI DE MEMBRE ?**

R. TRIKI, I. DERBEL, S. HAJERI, L. DELLAGI, K. TABBANE

*Hôpital Razi, MANOUBA, TUNISIE*

*Introduction* : Le syndrome de Cotard est une entité transnosographique qui a été décrite initialement par Jules Cotard sous le nom de « délire hypocondriaque », ensuite de « délire de négation » puis, à l'initiative de Régis, a pris son nom définitif de « syndrome de Cotard ». Dans sa description clinique classique, il est caractérisé par une triade sémiologique : négation d'organe, délires d'immortalité, d'énormité, de possession et idées de damnation. Cette définition ainsi que les cas répertoriés dans la littérature n'évoquent pas le déni de membre comme variété du tableau. Ceci soulève la question si le délire de membre fait partie intégrante du Cotard étant par essence un délire de déni corporel. Apporter une réponse permettrait un affinement sémiologique du concept encore flou et modulerait le choix de l'antipsychotique pour une meilleure prise en charge thérapeutique.

*L'objectif* : Ce travail se propose d'étudier l'appartenance du délire de déni de membre au syndrome de Cotard et de



présenter les différentes alternatives thérapeutiques dans le cadre de la schizophrénie.

*Méthodologie* : Cas clinique.

*Résultats* : – S. T. est âgé de 22 ans. Il est suivi depuis un an pour schizophrénie indifférenciée. Il a été réhospitalisé pour repli sur soi, anxiété et insomnie. Tout au long de l'entretien, S. T. restait debout devant la porte. Il a le visage crispé, les yeux écarquillés, les bras croisés en position défensive, les doigts écartés en éventail. Son discours est pauvre centré sur un délire de négation de membre particulièrement l'auriculaire droit :

– notre recherche bibliographique n'a pas retrouvé de cas similaire. Les cas répertoriés rapportent une négation d'organe ou fonction d'organe principalement l'estomac, le cerveau, le cœur, le tube digestif.

– la prise en charge thérapeutique du syndrome de Cotard dans la schizophrénie est dominée par le sulpiride à faibles doses et l'électroconvulsivothérapie.

*Conclusion* : Bien qu'il ne soit plus tel qu'on le décrivait il y a plus d'un siècle dans les observations classiques, un syndrome de Cotard « modifié » reste bien présent sur la scène clinique psychiatrique. À l'heure actuelle, l'entité clinique décrite et isolée par Jules Cotard n'a toujours pas complètement livré sa signification et tous ses secrets.

#### **PO 070 SYMPTÔMES PSYCHIATRIQUES DANS LA SCLÉROSE EN PLAQUES : À PROPOS D'UN CAS**

N. SCHUFFENECKER, J. MARTIN, D. SEROT

*CH La Chartreuse, DIJON, FRANCE*

*Introduction* : La sclérose en plaques (SEP) se caractérise par une atteinte inflammatoire de la substance blanche entraînant des symptômes neurologiques et psychiatriques qui peuvent s'exprimer seuls ou associés. Parmi les symptômes psychiatriques, on retient habituellement la dépression (30 %), mais on occulte souvent d'autres symptômes tels que les troubles délirants qui peuvent être inauguraux et entraîner une errance diagnostique ainsi qu'un retard de prise en charge de la maladie.

*Le cas de Mme O* : Mme O, 40 ans, s'est présentée en consultation psychiatrique en avril 2011, adressée par son médecin traitant pour prise en charge d'une dépression sévère avec éléments délirants. Lors de la consultation nous retrouvons une tristesse de l'humeur, une anhédonie, une asthénie, une anorexie ainsi que des douleurs de type neurologique dans les membres supérieurs. Ces symptômes se majoraient depuis 6 mois, soit quelques semaines après son troisième accouchement. Depuis quelques jours, la patiente décrit des hallucinations à type de flashes visuels et auditifs, qui persistent quelques minutes. Elle critique ses hallucinations avec un ressenti douloureux et la peur de devenir folle. Lors des entretiens la patiente dit se sentir très irritable, ce qui l'a conduite à menacer son mari avec un couteau sans explication. Il existe un syndrome de persécution *a minima* s'exprimant par une méfiance, vis-à-vis des médecins notamment. Nous retrouvons la notion de « problèmes neurologiques » il y a 3 ans mais sans gravité et sans suivi actuel. L'installation rapide de

ces symptômes psychiatriques atypiques dans ce contexte somatique nous conduit à prescrire une imagerie cérébrale. L'IRM retrouve alors de nombreuses atteintes de la substance blanche au niveau sus tentorial, évoquant le diagnostic de SEP. Les symptômes se sont améliorés sous neuroleptiques et antidépresseurs (RISPERDAL<sup>®</sup> et LAROXYL<sup>®</sup>). Elle est actuellement suivie à la fois sur le plan psychiatrique et neurologique.

*Conclusion* : Le cas de Mme O, permet de rappeler l'attention qu'il faut accorder aux symptômes psychiatriques que l'on peut retrouver dans une SEP. Symptômes qui compliquent la prise en charge tant par leur diversité, que par leur expression qui influence l'observance et le suivi des patients.

#### **PO 071 PATHOMIMIE, SIGNAL D'ALERTE DÉVOILANT DES TROUBLES PSYCHOLOGIQUES : À PROPOS D'UN CAS**

H. HLAL, M. BARRIMI, N. KETTANI, I. RAMMOUZ,  
R. AALOUANE

*CHU Hassan II, FÈS, MAROC*

La pathomimie cutanée est une forme particulière de trouble factice caractérisée par des lésions cutanées entretenues pour satisfaire un besoin psychologique, dont le patient n'a pas conscience. Elle est plus fréquente chez les femmes. Le tableau est souvent stéréotypé avec des lésions bizarres, linéaires ou géométriques sur des zones accessibles et une histoire clinique « floue », la lésion cutanée étant secondaire à une anomalie du comportement, le trouble psychique primitif. La personnalité du pathomime est généralement pathologique, même sous des apparences de normalité.

On rapporte le cas d'une patiente âgée de 46 ans, qui a consulté pour des lésions étendues au niveau des pieds à type d'ulcérations irrégulières évoluant dès l'âge de 20 ans, et pour lesquelles elle a bénéficié de plusieurs hospitalisations et consultations dermatologiques, mais les lésions restent toujours récidivantes. Durant son hospitalisation en service de dermatologie, la patiente a été surprise en train de manipuler ses lésions, avec des conduites bizarres tel l'enlèvement des pansements et la consommation de tabac en cachette à deux heures du matin. Par ailleurs, la radiographie a montré des lésions osseuses au niveau des orteils une fracture de la dernière phalange du troisième orteil du pied gauche, absence de la dernière phalange du 2<sup>e</sup> orteil (sans notion de traumatisme), non attribuables aux lésions dermatologiques. Devant l'allure inhabituelle du tableau clinique et le contexte familial, l'évolution déroutante des symptômes, l'histoire médicale floue, avec une impossibilité de confirmer l'authenticité des lésions rapportées, on a suspecté le diagnostic d'un trouble factice.

#### **PO 072 ÉPILEPSIE ET CONDUITES SUICIDAIRES : À PROPOS DE DEUX CAS CLINIQUES**

H. HLAL, M. BARRIMI, F. LAHLOU, N. KETTANI,  
R. AALOUANE, I. RAMMOUZ

*CHU Hassan II, FÈS, MAROC*

Les patients atteints d'épilepsie ont des tendances suicidaires plus élevées que celles de la population générale. Il existe une controverse sur les mécanismes exacts du comportement suicidaire chez les épileptiques. Des variables telles que les antécédents familiaux, la stigmatisation du suicide, les événements stressants de la vie, le trouble dépressif, la psychose, l'abus de drogues, et la personnalité pathologique représentent des facteurs de risque de suicide chez ces patients. Nous présentons deux observations cliniques, la première d'une patiente âgée de 42 ans, divorcée, suivie depuis une vingtaine d'années pour une épilepsie confirmée à l'EEG, mise sous phénobarbital. La patiente présentait des troubles de comportement et des fugues répétées faisant évoquer un état confusionnel postcritique. Avant son admission, elle a essayé de se suicider par défenestration. La deuxième patiente, âgée de 48 ans, connue épileptique depuis l'âge de 22 ans mise sous carbamazépine et suivie pour un trouble dépressif récurrent avec cinq tentatives de suicide par ingestion de plantes toxiques, et dont la dernière a eu lieu avec prise de paraphylène diamine.

À la lumière de ces deux observations, nous illustrons les aspects psychopathologiques des conduites suicidaires chez les épileptiques, ainsi que les facteurs de risque impliqués.

### PO 073 PARTICULARITÉ DE L'EXPRESSION DE LA DÉPRESSION AUX ANTILLES À PROPOS D'UN CAS

I. EL MAHFOUDI, M. BLUM

*CHU Pointe-à-Pitre, POINTE-À-PITRE, GUADELOUPE*

*Introduction :* Selon certains auteurs, la dépression aux Antilles s'accompagne d'idées de persécution, d'ensorcellement et d'envoûtement avec des crises d'agitation et de l'agressivité. Ces manifestations puisent leurs sources dans les croyances culturelles.

*Cas clinique :* Nous rapportons le cas d'une patiente d'origine antillaise, âgée de 45 ans, qui présente un syndrome dépressif accompagné d'idées délirantes de persécution, d'ensorcellement et d'envoûtement avec des crises d'agitation et de l'agressivité.

*Discussion :* En tenant compte de la particularité des signes cliniques, de la thématique du délire et des antécédents, nous avons retenu le diagnostic de dépression « à expression antillaise » en ayant comme diagnostic différentiel un épisode psychotique aigu ou bouffée délirante aiguë. Après la gestion de la phase aiguë d'agitation, nous avons opté pour un traitement par un antidépresseur accompagné d'un anxiolytique. L'évolution a été rapidement favorable avec une disparition des signes d'allure psychotique et une amélioration des signes dépressifs.

*Conclusion :* La prise en compte de l'aspect culturel dans l'expression de la dépression nous a paru très importante car il a influencé notre stratégie thérapeutique et très probablement le pronostic.

*Bibliographie :* CIM 10 classification internationale des troubles mentaux et troubles du comportement. Organisation mondiale de la santé. Traduction de l'anglais par C.B. PULL. Masson, Paris 1994.

### Références

1. Raphaël F. L'ethnopsychiatrie haïtienne et ses particularités. In : Y. Lecomte & F.
2. Raymond MASSÉ, Culture et dépression à la Martinique : itinéraire épistémologique d'une recherche anthropologique. Revue : Innovations et sociétés, no 2, 2002, pp. 17-36.

### PO 074 DOULEUR ET SCHIZOPHRÉNIE : À PROPOS DE 4 CAS CLINIQUES

R. AZZEDDINE (1), H. EMIREL HASSANI (2)

(1) *CHU, ORAN, ALGÉRIE*

(2) *Hôpital militaire psychiatrique d'Oran, ORAN, ALGÉRIE*

Dans ce travail, nous rapportons les cas de 4 patients schizophrènes qui ont présenté, lors de l'une de leurs hospitalisations, des affections chirurgicales sans aucune plainte douloureuse.

*Cas n° 1 :* Monsieur B. K âgé de 37 ans est suivi chez nous pour une schizophrénie depuis plusieurs années, est hospitalisé dans le cadre de l'urgence pour une rechute psychotique avec une tentative de suicide par défenestration, cette tentative de suicide a entraîné chez lui une fracture comminutive de la jambe droite. Le patient arrive aux urgences psychiatriques en marchant sur la jambe fracturée et ne se plaint d'aucune douleur

*Cas n° 2 :* Mlle M. H âgée de 39 ans, schizophrène connue, S.D.F ramenée par la protection civile aux urgences psychiatriques. L'examen somatique retrouve un abdomen ballonné avec un arrêt des matières et des gaz depuis 10 jours. Le diagnostic d'occlusion intestinale a été posé et elle a été opérée en urgence, elle ne se plaignait d'aucune douleur.

*Cas n° 3 :* Le patient S. N âgé de 43 ans est hospitalisé dans le cadre de l'urgence pour une rechute psychotique, les infirmiers ont remarqué des tâches de sang sur son pyjama à chaque fois qu'il va à la selle, l'examen de la marge anale a objectivé des hémorroïdes thrombosées qui ont nécessité une intervention chirurgicale en urgence, le patient n'exprimait aucune douleur.

*Cas n° 4 :* Patient D.H âgé de 40 ans est hospitalisé dans le cadre de l'urgence pour une rechute psychotique suite à un arrêt thérapeutique. L'examen somatique retrouve un abcès dentaire purulent et le patient ne se plaint d'aucune douleur et ne demande aucun calmant.

*Conclusion :* L'explication du phénomène d'hypoalgésie chez le schizophrène est encore sujette de controverse. Certaines hypothèses suggèrent une élévation du seuil de la sensibilité douloureuse alors que pour d'autres ce seuil est le même, mais il s'agit plutôt d'une anomalie au niveau de l'expression de la douleur due à la pathologie elle-même. Une meilleure connaissance du phénomène douloureux chez le schizophrène aurait un impact positif sur la prise en charge médicale. L'insensibilité des schizophrènes à la douleur existe d'où l'intérêt de faire un examen somatique complet pour chaque schizophrène pour ne pas passer à côté d'une pathologie organique ou affection chirurgicale.

**PO 075**

**ÉPILEPSIE ET PERSONNALITÉ ANTISOCIALE :  
À PROPOS D'UN CAS**

S. OUANES, F. FEKIH-ROMDHANE, H. HASSINE, I. BELDI,  
S. YOUNES, W. HOMRI, R. LABBANE

*Hôpital Razi – La Manouba, TUNIS, TUNISIE*

Les liens entre épilepsie et troubles de la personnalité sont anciens. Si le concept de « personnalité épileptique » caractérisée par la violence, la bradypsychie et la viscosité des pensées et des émotions est désormais remis en question, les études récentes sur les liens entre l'épilepsie et les troubles de la personnalité viennent mettre l'accent de nouveau sur cette association.

Nous rapportons le cas d'une jeune femme de trente ans, suivie depuis l'adolescence pour une épilepsie cryptogénique avec des crises partielles complexes et des crises tonico-cloniques généralisées. La patiente présente depuis l'adolescence une grande impulsivité avec une incapacité à se conformer aux lois et aux normes sociales, un abus d'alcool, une tendance à l'hétéroagressivité, des automutilations, des accès d'agitation clastique, des comportements incendiaires avec absence totale de remords. Devant ces signes, sans rapport évident avec les crises et présents chez la patiente avant l'âge de quinze ans, le diagnostic de trouble de la personnalité antisociale a été retenu.

Nous tenterons d'analyser, à travers ce cas, les différents rapports entre l'épilepsie et la personnalité antisociale en soulignant les implications thérapeutiques d'une telle association.

**PO 076**

**UNE TRICHOTILLOMANIE SÉVÈRE ASSOCIÉE ?  
DES OBSESSIONS IDÉATIVES :  
PROPOS D'UNE OBSERVATION**

S. RHARRABTI, N. KETTANI, S. KHLAFA, I. RAMMOUZ,  
R. AALOUANE

*Service de psychiatrie CHU Hassan II, FÈS, MAROC*

La trichotillomanie est une pathologie quasiment féminine touchant selon les études 0,5 à 2 % de la population. Elle consiste en une conduite compulsive d'arrachage des cheveux, des sourcils ou autres poils survenant plus fréquemment en fin de journée, ce qui entraîne des plaques d'alopécie parfois très étendues. Elle est classée comme un trouble de contrôle des impulsions selon la classification de DSMIV.

Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 27 ans, céli-bataire, non scolarisée et sans antécédents psychiatriques notables, qui a présenté depuis cinq ans une symptomatologie faite d'un isolement, avec repli sur soi et des crises de pleurs accompagnée d'une trichotillomanie. La patiente arrachait ses cheveux, ses cils et ses sourcils de façon incontrôlée avec recrudescence nocturne et ceci était associé à une insomnie, une anorexie, un désintérêt et une perte de plaisir. La patiente sortait rarement de la maison et évitait toute rencontre avec l'entourage. La symptomatologie s'est aggravée, ce qui a motivé la famille à la ramener pour une consultation psychiatrique. L'examen psychiatrique a trouvé un syndrome dépressif franc, des obsessions idéatives. L'examen physi-

que a trouvé des plaques d'alopécie très étendues avec cheveux très courts. Les cils sont rares et les sourcils sont quasiment arrachés, avec quelques lésions d'excoriations sur la face postérieure des poignets. La patiente a été mise sous valproate de sodium à la dose de 400 mg associé à la sertraline à la dose de 100 mg. Une prise en charge psychothérapique cognitivo-comportementale était débutée. On a noté une disparition des symptômes dépressifs et une légère atténuation du comportement de trichotillomanie.

À la lumière de cette observation nous discuterons l'aspect psychopathologique de la trichotillomanie, ses aspects cliniques et sa prise en charge à travers une revue de la littérature.

**PO 077**

**HOMICIDE EN MILIEU INSTITUTIONNEL :  
À PROPOS D'UN CAS**

H. ZEMMAMA, H. HLAL, A. TLIJI, I. RAMMOUZ,  
R. AALOUANE

*Service de Psychiatrie CHU Hassan II Fès, FÈS, MAROC*

L'homicide est un acte dramatique qui suscite plusieurs interrogations. Les malades mentaux graves représentent à eux seuls, sans abus d'alcool ou de drogues, un risque de violence physique envers autrui beaucoup plus élevé que celui de la population générale. La même constatation vaut pour les homicides. La proportion des gestes homicides commis par les malades mentaux se situe entre 5 et 20 %.

Dans les homicides en milieu institutionnel, les agresseurs sont souvent des antisociaux violents ou des psychotiques délirants. La prévention de tous ces drames est difficile. Elle pose la question de la valeur des méthodes d'évaluation de la dangerosité, des conditions de la vie institutionnelle, des moyens humains et techniques dont disposent les hôpitaux psychiatriques.

Nous exposons à travers cette observation le cas d'un patient âgé de 36 ans suivi au service de psychiatrie du CHU Hassan II pour une schizophrénie paranoïde évoluant depuis 16 ans avec plusieurs hospitalisations antérieures, humeur coléreuse rendant le contact difficile. Le patient a été admis au service avec un délire à thèmes mystico-religieux ; le patient était convaincu d'être Jésus et s'est dirigé vers un autre patient en lui demandant de se prosterner et devant le refus de ce dernier le patient est devenu furieux ce qui a conduit l'auteur de l'homicide à frapper la tête de ce patient contre le sol violemment plusieurs fois et il ne l'a relâché qu'après s'être assuré que la victime est décédée.

À travers ce cas nous illustrons les facteurs de risques favorisant la survenue de l'homicide en institution, les caractéristiques psychopathologiques, et nous dégagerons par la suite les moyens à mettre en œuvre pour réduire les risques de survenue de tel acte.

**PO 078**

**MANIFESTATIONS PSYCHIATRIQUES DE  
SURVENUE BRUTALE RÉVÉLANT UNE ÉPILEPSIE  
TEMPORALE : À PROPOS D'UN CAS CLINIQUE**

M. CHAACHOUJ, J. MOUNACH

*Hôpital Militaire Moulay Ismail, MEKNÈS, MAROC*

**Introduction :** Les personnes atteintes d'un trouble neurologique ont une prévalence de trouble psychiatrique plus élevée que la population générale. Selon certaines études 44 à 88 % des patients atteints d'une épilepsie du lobe temporal ont un risque de présenter un trouble psychiatrique.

**Observation :** Patient de 32 ans, militaire, sans antécédents pathologiques notables, évacué sur l'Hôpital Militaire de Meknés pour troubles du comportement de survenue brutale. Aux urgences, le contact était difficile, le patient était méfiant, se montrait menaçant et insultait les soignants. Le courrier du médecin d'unité faisait état de conflits professionnels récents. L'examen somatique était sans particularités et le patient fut admis en service de psychiatrie et mis sous traitement sédatif : diazépam et lévomépromazine. Quelques heures après l'admission, on a observé un amendement de la symptomatologie initiale avec une amnésie totale de l'épisode.

Un électroencéphalogramme a objectivé une activité de fond normale avec inscription de pointes ondes bitemporales.

L'imagerie cérébrale fut normale. Un traitement antiépileptique a été instauré avec une évolution favorable (baisse de la fréquence puis disparitions des crises).

**Discussion :** Les données de la littérature ne permettent pas de mettre en évidence une corrélation entre la localisation d'un foyer épileptogène et un certain type de trouble psychiatrique. Cependant, il apparaît que les épilepsies temporales sont plus fréquemment associées à un trouble psychiatrique. Les manifestations psychiatriques précèdent, sont concomitantes ou se déclarent après l'épilepsie.

Dans notre observation les troubles ont été révélateurs. La réalisation d'un électroencéphalogramme a permis de poser le diagnostic d'épilepsie temporale et mettre en place un traitement antiépileptique efficace.

**Conclusion :** La survenue brutale de manifestations psychiatriques chez un patient sans antécédents pathologiques particuliers incite à rechercher une étiologie organique, notamment une épilepsie. Ceci est important car les mesures thérapeutiques ne seront pas les mêmes. Une bonne collaboration entre psychiatre et neurologue devient hautement profitable pour le patient épileptique.

#### PO 079

### PEINTURE D'UNE PATIENTE BIPOLAIRE, AYANT UN PASSÉ MARQUÉ DE MALTRAITANCE – LECTURE ATTACHEMENTISTE D'UN CAS CLINIQUE

A.M. SAJIN (1), A. CHOU BROUMAH (2), M. KHIAT (2), D. BENHEMLA (2)

(1) EPSDM, CHALONS-EN-CHAMPAGNE, FRANCE  
(2) CHHM, SAINT-DIZIER, FRANCE

**Introduction :** Le but de notre étude est d'« exemplifier » à travers l'expression picturale d'une artiste le fait que l'élaboration cognitive d'un conflit lié à la maltraitance diminue son importance dans l'économie psychique.

**Patients et méthodes :** L'hospitalisation de Mme M. a lieu lors d'une décompensation de type maniaque de sa maladie bipolaire. Sa désinhibition nous permet d'accéder aux souvenirs liées aux atouchements sexuels par son grand-père. Le tra-

vail d'élaboration des événements est fait en utilisant une « grille de lecture attachementiste » des symptômes personnels de la patiente et systémiques de sa famille. L'« exemplification » par sa peinture prend en compte 6 de ses tableaux.

**Résultats :** Au long des 4 mois d'hospitalisation sont acquises : une tolérance à l'anxiété, une baisse de la fréquence des passages à l'acte hétéro agressifs, une diminution des symptômes narcissiques, une amélioration de la mentalisation émotionnelle jugée selon l'expression par la parole. L'expression artistique ne change pas de sujet, mais elle change de contexte (couleurs, perspective, lignes, structure).

**Conclusion :** L'identification des éléments d'insécurité de l'attachement dans son comportement a favorisé une amélioration clinique chez Mme M. La peinture offre une possibilité d'évaluation empirique directe de l'acquisition du contrôle émotionnel.

#### PO 080

### VOYAGES ET TROUBLES PSYCHIATRIQUES : À PROPOS DE 22 CAS

B. AMAMOU, F. ZAAFRANE, M.W. KRIR, N. BOUBAKER, H. ELLOUMI, L. BEN AMOR, L. GAHA

Service de Psychiatrie, CHU Fattouma Bourguiba, MONASTIR, TUNISIE

**Introduction :** Les rapports entre voyage et pathologie mentale peuvent revêtir de nombreux aspects. Le voyage peut être sous tendu par un trouble psychiatrique avéré, précipiter une décompensation ou révéler un trouble psychiatrique.

**Objectif :** L'objectif de ce travail était de décrire les caractéristiques sociodémographiques et cliniques des patients hospitalisés au service de psychiatrie du CHU de Monastir au décours d'un voyage transfrontalier et de préciser les rapports entre pathologie mentale et voyage.

**Méthode :** Nous avons mené une étude rétrospective, incluant tous les sujets hospitalisés dans le service de psychiatrie du CHU de Monastir de janvier 1995 à décembre 2009, au décours d'un voyage transfrontalier.

La collecte des données a été réalisée grâce à une fiche préétablie, explorant les paramètres socio-démographiques et anamnestiques du patient, les caractéristiques du voyage, et les données cliniques et évolutives du trouble.

**Résultats :** Notre population d'étude était constituée de 22 sujets, répartis entre 16 hommes et 6 femmes, L'âge des malades a varié entre 27 ans et 73 ans, avec un âge moyen de 41 ans. Les sujets étaient essentiellement de nationalité : française (9 cas), allemande (4 cas), russe (2 cas) et anglaise (2 cas).

Le motif d'hospitalisation était l'existence de troubles de comportement dans 17 cas et d'un syndrome délirant dans 12 cas.

L'admission s'est faite dans la moitié des cas sans le consentement du patient, le plus souvent sous le mode d'office.

Les diagnostics psychiatriques étaient : un trouble schizophrénique (12 cas), un trouble dépressif majeur (3 cas), un épisode maniaque dans le cadre d'un trouble bipolaire (3 cas), et un délirium tremens (2 cas).

Ce trouble était précipité par le voyage (17 cas) et avait initié le déplacement (5 cas).

Le rapatriement sanitaire a concerné la moitié de nos patients.

**Conclusion :** Nos patients présentaient essentiellement des troubles psychotiques, des troubles de l'humeur et des troubles liés à l'usage de substances ; ces troubles étaient précipités par le voyage dans 17 cas sur 22. Ainsi anticiper les changements, se préparer aux adaptations nécessaires, imaginer comment répondre aux différents stress qui vont se présenter pourraient permettre de réduire les risques de décompensation.

#### PO 081

### LES COMPLICATIONS DIGESTIVES DE LA CLOZAPINE : À PROPOS D'UN CAS

C. COFFIN (1), A. GAILLARD (1), A. AMIOT (2), M. PLAZE (1), R. GAILLARD (1), H. LÔO (1)

(1) Centre Hospitalier Sainte-Anne, PARIS, FRANCE

(2) Hôpital Henri Mondor, CRÉTEIL, FRANCE

La clozapine est l'antipsychotique le plus efficace dans le traitement des troubles schizophréniques. Néanmoins, son profil de tolérance limite son usage aux schizophrénies résistantes. En effet si la clozapine n'est pas associée au risque de syndrome extra-pyramidal, elle expose entre autres au risque d'agranulocytose, de syndrome métabolique, de myocardite, de crises convulsives et de complications digestives.

Les effets secondaires digestifs de la clozapine sont potentiellement mortels. La clozapine est fréquemment associée à une constipation mais peut entraîner des altérations de l'ensemble du tractus digestif, et expose au risque d'occlusion intestinale, de lésions ischémiques, de perforation et de pneumopathie d'inhalation secondaire. Les mécanismes en cause sont probablement l'effet anticholinergique et antiserotoninergique de la clozapine.

L'introduction récente d'un traitement par clozapine, des posologies ou des dosages plasmatiques élevés, la prescription concomitante de traitements anticholinergiques et les pathologies intercurrentes pourraient constituer des facteurs de risque de complications digestives.

La prescription de la clozapine doit donc être associée à une surveillance étroite du transit, une prescription adéquate de laxatifs et une prise en charge précoce de la constipation avant que celle-ci ne constitue une menace vitale.

Nous rapportons le cas de M. B. 44 ans, schizophrène, traité depuis 1995 par clozapine et dont le traitement a dû être interrompu suite à plusieurs complications digestives (péritonite sur perforation colique, colectomie sigmoïdienne suite à une souffrance ischémique sur fécalome puis colite aiguë à éosinophiles). L'alternative thérapeutique choisie a été celle de la quétiapine.

#### PO 082

### HYPOTHYROÏDIE ASSOCIÉE À UN ÉPISODE MANIAQUE : À PROPOS D'UN CAS

W. LASSOUED, R. JOMLI, S. ARFAOUI, A. BEN HOUIDI, F. NACEF

Hôpital Razi, Service de Psychiatrie, MANOUBA, TUNISIE

**Introduction :** Les maladies thyroïdiennes peuvent provoquer des réactions émotionnelles. Les patients atteints d'hyperthyroïdie éprouvent souvent une nervosité ou une irritabilité inhabituelle. Les personnes atteintes d'hypothyroïdie peuvent, de leur côté, présenter un état dépressif. L'association entre manie et hyperthyroïdie a été largement décrite mais rares sont les cas d'hypothyroïdie associés à des épisodes maniaques ou hypomaniaques. Les mécanismes sous-jacents sont moins clairs. Ils peuvent concerner la dysrégulation de la sensibilité des récepteurs des catécholamines au niveau du système nerveux central, une thyroïdite associée, une thyrotoxicose ou une perturbation du rythme circadien.

**Méthode et Résultats :** Nous rapportons dans ce travail le cas d'un patient âgé de 34 ans présentant un épisode maniaque selon les critères du DSM IV-TR. Devant la sévérité des troubles et surtout la faible réponse aux traitements, la recherche étiologique a conduit à trouver une hypothyroïdie manifeste avec un taux de TSH supérieur à 60 mU/l et un taux de T4 bas. La symptomatologie était insidieuse, associant une prise de poids, une frilosité, une peau sèche, et une infiltration pseudo-cœdémateuse de la face et des membres. En dehors du traitement neuroleptique et thymorégulateur, notre patient a nécessité l'association d'un traitement substitutif par la levothyroxine pour voir l'épisode maniaque s'apaiser.

**Conclusion :** Ce cas illustre le fait que les anomalies de la fonction thyroïdienne, y compris l'hypothyroïdie, doivent être dépistées devant un patient présentant un trouble de l'humeur et l'épisode maniaque en particulier. La relation entre fonction thyroïdienne et trouble bipolaire doit être étudiée davantage pour mieux comprendre les mécanismes sous-jacents et identifier les implications sur le plan thérapeutique.

#### PO 083

### TENTATIVES DE SUICIDE CHEZ LES ADOLESCENTS DE LA RÉGION DE TANGER-TETOUAN AU MAROC

L. TOILABIYA (1), A. SOULAYMANI (1), H. HAMI (1), L. OUAMMI (2), A. MOKHTARI (1), R. SOULAYMANI-BENCHEIKH (2)

(1) Laboratoire de génétique et biométrie, Faculté des sciences, KENITRA, MAROC

(2) Centre Anti-Poison, RABAT, MAROC

**Objectif :** Les intoxications volontaires constituent un problème qui suscite une sérieuse attention. L'objectif de cette étude est d'évaluer la gravité des intoxications volontaires à travers une étude faite sur les tentatives de suicide à l'adolescence et de dresser le profil des suicidants.

**Méthode :** Une analyse rétrospective descriptive de tous les dossiers d'hospitalisation impliquant des intoxications volontaires, collectés par le Centre Anti-Poison et de Pharmacovigilance du Maroc dans les services sanitaires de la région de Tanger-Tétouan a été faite entre 1984 et 2008.

**Résultats :** Pendant ces 24 années d'étude, 268 adolescents ont tenté de se suicider. Les patients étaient âgés en moyenne de 17 ans. Le sex-ratio était de 5 femmes pour 1 homme. D'après les données déclarées, les médicaments (67 % des cas) suivis par les pesticides (22 % des cas) restent les produits les plus fréquemment absorbés. Les

symptômes observés lors de l'examen clinique sont très variés ; on a noté essentiellement des symptômes gastro-intestinaux : douleurs abdominales, nausées et vomissements ; neurologiques : céphalées et vertiges ; cardiaques auxquels s'associent souvent divers symptômes cardiovasculaires et des troubles de l'état général. Le traitement préconisé pour la plupart des patients était évacuateur (vomissements provoqués et lavage gastrique). Après traitement et prise en charge, 2 cas de tentatives de suicide réussies ont été enregistrés.

*Conclusion* : Le nombre réel des intoxications volontaires à but suicidaire est fort probablement supérieur au nombre de cas cités dans ce travail, en raison des cas non diagnostiqués et non déclarés.

#### PO 084

### CRISE BORDERLINE MALIGNE À L'ADOLESCENCE ? COMMENT LE MODÈLE DE L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE PEUT NOUS AIDER À PENSER LA PATHOLOGIE BORDERLINE ADOLESCENTE

M. ROBIN, M. CORCOS

*Institut mutualiste Montsouris, PARIS, FRANCE*

Le concept puis le diagnostic de personnalité borderline à l'adolescence posent de multiples questions aux cliniciens, comme en témoignent les divergences dans les classifications officielles. Les données issues des recherches des vingt dernières années concluent à une entité diagnostique polymorphe, fragile et mouvante, donnant un substrat aux cliniciens réticents à diagnostiquer ce trouble à un âge si transitoire.

Ainsi, la place de ce syndrome dans le DSM V est aujourd'hui remise en question. Les données de la recherche, et notamment du Réseau Borderline Adolescent, révèlent également le fait que les termes « limite » et « borderline » ne se recouvrent pas complètement. Comment, dès lors, penser aujourd'hui cette symptomatologie pourtant bien concrète et quotidienne en clinique de l'adolescent ? Les auteurs proposent de s'appuyer sur le modèle de l'hypertension artérielle pour penser ce que l'on pourrait appeler une « crise borderline à l'adolescence ».

#### PO 085

### DIALYSE CHRONIQUE : QUEL ÉTAT D'ÂME ?

S. OMRI, L. ZOUARI, J. BEN THABET, N. CHARFI,  
N. ZOUARI, H. MAHFOUDH, J. HCHICHA, M. MÂALEJ

*CHU Hédi Chaker, SFAX, TUNISIE*

*Objectif* : Évaluer la prévalence des troubles anxio-dépressifs chez les patients dialysés chroniques (DC) et préciser les facteurs associés.

*Sujets et méthodes* : L'étude était de type transversal réalisée, au service de néphrologie au CHU Hédi Chaker à Sfax en Tunisie, auprès de 97 insuffisants rénaux dont 71 étaient traités par hémodialyse chronique (HDC) et 26 par dialyse péritonéale (DP). Une fiche épidémiologique a été établie pour recueillir les données sociodémographiques, cliniques et biologiques.

Pour le diagnostic de la dépression et de l'anxiété, nous avons utilisé l'échelle : Hospital-Anxiety and Depression Scale (HADS). Il s'agit d'un questionnaire composé de 14 items : 7 items destinés à l'exploration des symptômes anxieux et les 7 autres pour les symptômes dépressifs. Le score d'anxiété est obtenu en additionnant les notes attribuées aux questions sur l'anxiété. Un score supérieur ou égal à 11 permet de définir l'anxiété. Le score de dépression est obtenu en additionnant les notes attribuées aux sept questions sur la dépression. Un score supérieur ou égal à 11 permet de définir la dépression.

*Résultats* : Chez les dialysés chroniques la prévalence de la dépression et de l'anxiété était respectivement de 57,7 % (63,3 % chez HDC et 15,3 % chez les patients traités par DP) et 53,6 % (63,3 % chez HDC et 26,9 % chez les patients traités par DP).

Les facteurs corrélés à la dépression étaient : un bas niveau scolaire ( $p = 0,018$ ), un bas niveau économique ( $p = 0,011$ ), l'absence d'autonomie ( $p = 0,032$ ) et le traitement par hémodialyse ( $p = 0,000$ ).

La présence d'anxiété était corrélée au traitement par hémodialyse ( $p = 0,004$ ) et au sexe féminin ( $p = 0,023$ ).

*Conclusion* : La présence d'un bas niveau économique et scolaire, le traitement par HDC, l'absence d'autonomie et le sexe féminin devrait faire rechercher un état anxio-dépressif sous-jacent ce qui permettrait d'optimiser la prise en charge, d'atténuer la souffrance des dialysés chroniques, et de les aider à mieux faire face à leur maladie et à mieux s'intégrer dans la vie familiale, professionnelle et sociale.

#### PO 086

### MALADIES TRANSMISSIBLES ET BUPRÉNORPHINE À HAUT DOSAGE EN TUNISIE

L. ROBBANA, H. BEN AMMAR, O. MOULA, A. BOUASKER,  
R. GHACHEM

*Service des consultations externes et des urgences, Hôpital Razi, TUNIS, TUNISIE*

*Introduction* : Depuis l'instauration, dans différents pays, de la buprénorphine à haut dosage, comme traitement substitutif des pharmacodépendances aux opiacés, le nombre de décès par overdose et la consommation de l'héroïne ont nettement diminué. Ce traitement a permis d'améliorer l'insertion professionnelle, les conditions de vie et l'accès aux soins des toxicomanes. Mais l'existence d'un usage non substitutif de ce traitement, essentiellement par voie intraveineuse, a fait naître un nouveau fléau de toxicomanie notamment en Tunisie. Outre le risque de surdosage il existe un risque de contamination virale.

*Matériels et méthode* : Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur vingt-trois (23) patients (23 hommes), injecteurs de la buprénorphine à haut dosage, ayant consulté à la consultation externe de l'hôpital Razi entre le mois de janvier et de juillet de l'année 2012.

*Résultats* : 8 patients étaient porteurs d'une maladie transmissible : 1 VIH, 5 hépatites C, 1 hépatite B, 1 syphilis. 4 patients avaient des complications infectieuses : 3 cas d'infections cutanées et 1 cas d'endocardite. 9 n'avaient

jamais fait de dépistage. 8 reconnaissent utiliser une seringue souillée.

**Conclusion :** L'addiction à la buprénorphine à haut dosage est un phénomène très répandu en Tunisie. Le manque d'information et de campagne de sensibilisation en Tunisie est à l'origine de complications infectieuses graves.

#### PO 087

### CRIMINALITÉ ET MALADES MENTAUX ÂGÉS À L'HÔPITAL PSYCHIATRIQUE RAZI DE TUNIS

A. MAAMRI, M. HADJ SALEM, S. CHARFI, W. MELKI, R. RIDHA

*Hôpital Razi. Manouba. Tunis, LA MANOUBA, TUNISIE*

**Introduction :** Peu de travaux scientifiques se sont consacrés à l'étude de la criminalité chez les malades mentaux âgés et ce malgré l'augmentation de leur nombre à travers le monde. Cependant toutes les études réalisées s'accordent sur l'importance de reconnaître les facteurs de risque associés à un passage à l'acte médico-légal chez le sujet âgé.

**Objectifs :** Les objectifs de notre travail sont de préciser le profil sociodémographique, clinique et médico-légal des malades mentaux âgés ayant commis des actes médico-légaux.

**Méthodologie :** Notre travail a porté sur tous les malades âgés de plus de 60 ans, hospitalisés d'office, entre 1995 et 2012, dans le service de psychiatrie légale de l'hôpital Razi selon l'article 29 de la loi 92-83 du 3 août 1992 modifiée par la loi 2004-40 du 3 mai 2004, suite à un non-lieu pour cause de démence au sens de l'article 38 du code pénal tunisien.

**Résultats :** Notre étude a porté sur 25 patients ; leur âge variait entre 60 et 90 ans. Ils avaient pour la plupart un faible niveau socio-économique (64 %), un bas niveau scolaire (48 %), un statut matrimonial de marié (64 %).

Tous les patients avaient une atteinte neuropsychiatrique :

- schizophrénie et autres troubles psychotiques dans 48 % des cas
- démence et délirium non spécifique dans 32 % des cas
- trouble de l'humeur dans 16 % des cas
- retard mental dans 4 % des cas.

L'acte médico-légal était un meurtre ou une tentative de meurtre dans 40 % des cas, des crimes sexuels dans 16 % des cas, des agressions contre les biens dans 16 %, des violences à l'encontre des personnes dans 8 % des cas et différents délits dans le reste des cas.

**Conclusion :** La recherche de facteurs de risque associés à un passage à l'acte médico-légal chez un sujet âgé présentant des troubles psychiatriques est primordiale pour bien prendre en charge ces malades et prévenir d'éventuelles récidives.

#### PO 088

### INSIGHT ET TROUBLE OBSESSIONNEL COMPULSIF : QUELLES CONSÉQUENCES ? EXEMPLE D'UNE OBSERVATION

N. KETTANI, A. TLIJI, H. HLAL, I. RAMMOUZ, R. AALOUANE

*Service de psychiatrie, CHU Hassan II, FÈS, MAROC*

Dans le trouble obsessionnel compulsif (TOC), l'insight est défini comme la conscience du caractère absurde des idées obsessionnelles et la capacité à y faire face. Ainsi, il représente un spectre allant de la résistance maximale à l'absence totale de résistance. Ce continuum concerne tout autant les patients TOC reconnaissant le caractère absurde et irraisonnable de leur pathologie, dits « avec bon insight » que ceux qui ne le reconnaissent pas, dits « avec faible insight ». De nombreux auteurs soulèvent l'existence d'une relation entre un faible insight et différentes variables cliniques telles qu'une durée de maladie plus longue, un nombre et une sévérité accrus des symptômes, un plus grand nombre de comorbidités ainsi qu'une plus faible réponse à la psychothérapie et/ou aux traitements psychotropes.

Nous souhaitons illustrer ce faible insight par le cas d'un patient de 39 ans, sans antécédent psychiatrique notable, victime d'un viol à l'âge de 10 ans, marié depuis 8 ans, père de deux enfants, admis au Service de Psychiatrie du CHU Hassan II de Fès pour des idéations suicidaires. Le début remonte à 4 ans par l'installation d'une obsession portant sur le viol de ses enfants, compliquée d'un état dépressif sévère, avec fugues répétées. À ses dernières retrouvailles avec sa famille, il manifesta un comportement agressif envers son plus jeune fils et confia ses idées à son épouse. L'examen psychiatrique mettait en évidence un état d'angoisse majeur, avec une pensée envahie par des idées de désespoir, d'inculpabilité, de culpabilité, de suicide et par l'obsession impulsive du viol de ses enfants avec pour seule solution l'exérèse chirurgicale de la verge. L'insight a été jugé faible. Le traitement proposé associait un antidépresseur à double dose, un neuroleptique atypique ainsi que des séances de thérapie cognitivo-comportementale. L'évolution a été marquée par l'amélioration des symptômes dépressifs mais avec la persistance des symptômes obsessionnels.

L'insight a une place centrale dans le trouble obsessionnel compulsif, il conditionne la prise en charge diagnostique et thérapeutique des patients souffrant de cette pathologie.

#### PO 089

### PRISE EN CHARGE DU PATIENT PSYCHOTIQUE ATTEINT DE CANCER : À PROPOS D'UN CAS

I. JALLOULI, I. DERBEL, S. ELLINI, R. CHIHANI, W. HOMRI, R. LABBENE

*Hôpital Razi, ARIANA, TUNISIE*

**Introduction :** Le cancer et la psychose restent deux pathologies très stigmatisées pour les malades qui en sont atteints. Toutes deux représentent un traumatisme intense pour le patient confronté à l'un de ces diagnostics que dire quand ces deux entités surviennent conjointement chez un même individu.

**Méthodologie :** À travers un cas clinique et une revue de la littérature, on se propose d'étudier les difficultés éventuelles de la prise en charge du patient psychotique atteint de cancer.

**Résultats :** Nous rapportons dans notre travail le cas d'un patient âgé de 39 ans, célibataire il travaille en agriculture, sans habitudes particulières, sans antécédents familiaux. Il est suivi depuis environ 16 ans (soit depuis l'âge de 23 ans) pour un trouble psychotique chronique, stabilisé sous

traitement neuroleptique classique associant antiproductif et sédatif. Un cancer du sein gauche à un stade avancé a été diagnostiqué il y a 2 ans. Le traitement associait chirurgie et chimiothérapie. Le patient a fait une première séance de chimiothérapie puis il refusait de poursuivre le reste des cures à cause d'un déni de l'état morbide.

Pour étudier les difficultés de la prise en charge du cancer chez le patient psychotique, on s'est basé sur une revue de la littérature concernant ce sujet.

**Conclusion :** L'association d'un cancer et d'une psychose chez un même individu pose des difficultés et confronte l'oncologue à une double prise en charge somatique et psychiatrique. Les troubles psychotiques et la schizophrénie en particulier interfèrent avec le dépistage et la prise en charge précoce du cancer. Toutefois, une fois instaurée, de manière générale, la plupart des patients psychotiques ne présentent pas de difficultés à être soignés, exception faite lors de poussée délirante.

#### PO 090

##### DIABÈTE TYPE 1 ET AUTISME

I. HADHRI, S. HALAYEM, A. HARRATHI, A. HARBAOUI, F. CHARFI, S. OTHMAN, A. BELHADJ, M.B. HALAYEM

*Hôpital Razi, TUNIS, TUNISIE*

Le diabète de type 1 résulte d'une destruction auto-immune des cellules bêta de Langerhans survenant sur un terrain génétique particulier et dont les facteurs de l'environnement, notamment viraux sont impliqués dans son déclenchement. Son incidence chez les enfants et les adolescents est en augmentation régulière depuis 20 ans et serait de 13,5 individus pour 100 000.

Parmi les hypothèses étiopathogéniques du trouble autistique figurent également les causes immunologiques et virales. Ainsi, le rôle de la vaccination contre la rubéole, les oreillons, la rougeole (ROR) a, comme dans le cas du diabète type 1, été impliqué dans le déclenchement d'un trouble autistique.

Actuellement il n'existe pas de preuve épidémiologique d'une augmentation de l'association autisme-diabète de type 1.

Cependant, à la lumière de 3 cas cliniques d'enfants présentant des troubles du spectre autistique et ayant un diabète de type 1, nous pouvons nous interroger sur les liens entre ces deux pathologies : association fortuite, simple comorbidité ou étiopathogénie commune ?

Nous nous proposons de développer les hypothèses virales et immunologiques de l'autisme et de rechercher à travers la littérature, la possibilité d'un lien entre diabète de type 1 et autisme.

#### PO 091

##### RÉCUPÉRATION DANS L'AUTISME : EFFET D'UN STRESS AIGU, À PROPOS D'UN CAS

I. HADHRI, S. HALAYEM, I. TRABELSI, M. HAJRI, Z. ABBES, F. CHARFI, S. OTHMAN, A. BELHADJ, M.B. HALAYEM, A. BOUDEN

*Hôpital Razi, TUNIS, TUNISIE*

Le pronostic du trouble autistique est décrit comme sombre, comme en atteste le terme de handicap qui lui est associé. Bien que les multiples prise en charges aient permis d'en modifier le profil évolutif, peu de travaux décrivent des états de guérison comme le célèbre cas de Temple Grandin. Dans ce cadre, les travaux utilisent le terme de récupération plutôt que de guérison, et ce du fait des hypothèses étiologiques sous-jacentes à ce trouble. Cependant, aucun travail n'a synthétisé les modalités ni les facteurs sous-jacents à cette récupération.

À travers un cas clinique, on se propose d'étudier l'effet d'un stress intense sur la trajectoire évolutive d'un trouble autistique à travers le cas d'un enfant diagnostiqué comme ayant un trouble autistique depuis l'âge de 15 mois, et ayant bénéficié d'une prise en charge régulière, avec une amélioration partielle. À l'âge de 6 ans, l'enfant a été victime d'un accident de la voie publique n'ayant pas occasionné de traumatisme crânien. L'évolution après cet accident était marquée, en un an, par une apparition du langage, la disparition des intérêts restreints et stéréotypés et la normalisation des interactions. Il ne remplissait plus les critères d'autisme à la fin de l'année ayant succédé à l'accident. Seuls persistaient des difficultés au niveau des apprentissages scolaires.

Ce travail se propose à partir de ce cas clinique d'étudier les profils évolutifs du trouble autistique et les facteurs qui peuvent l'influencer : niveau intellectuel, pathologie somatique associée, sévérité du trouble, environnement familial, type de prise en charge et événements de vie.

#### PO 092

##### LES TROUBLES COGNITIFS DES PATIENTS ATTEINTS DE SCHIZOPHRÉNIE : ÉVALUATION SUBJECTIVE, À PROPOS DE 32 CAS

M. MOALLA, F. CHARFEDDINE, N. SAMET, J. ALOULOU, S. ELLOUZE, M. BEN ELKAROUI, O. AMAMI

*CHU Hedi Chaker, SFAX, TUNISIE*

**Objectifs :** Évaluer le déficit cognitif chez des patients atteints de schizophrénie et repérer les facteurs de risque qui leur sont corrélés.

**Matériels et méthodes :** Notre étude, de type transversal descriptive et analytique, a été menée auprès de 32 malades répondant aux critères du DSM-IV de schizophrénie. Les participants ont été recrutés parmi les consultants suivis pour schizophrénie et stabilisés.

Pour chaque patient nous avons rempli :

- une fiche de données sociodémographiques et cliniques.
- l'échelle subjective d'évaluation des plaintes cognitives dans la schizophrénie SSTICS validée en langue arabe.
- l'instrument comporte 21 items, coté chacun de 0 à 4. L'échelle évalue la mémoire, l'attention, les fonctions exécutives, le langage et les praxies.
- le déficit cognitif est léger si le score est inférieur à 28, modéré entre 28 et 41 et sévère si supérieur à 41.
- l'échelle « positive and negative syndrome scale » PANSS pour l'évaluation de la sévérité des symptômes schizophréniques.



**Résultats :** L'âge moyen des patients a été de 39 ans et le sex-ratio H/F a été de 3.

La durée moyenne d'évolution de la maladie a été de 14,68 années et le nombre moyen d'hospitalisations a été de 4,5.

Le score moyen du SSTICS a été de 26,78 (SD 11,53) avec des extrêmes de 4 à 55. Le déficit cognitif subjectif a été léger dans 48,3 %, modéré dans 40,6 % et sévère dans 15,6 %.

Le score moyen du PANSS positif a été de 12,34 ; celui du PANSS négatif a été de 14,4 et celui du PANSS de psychopathologie générale a été de 32,09.

Nos résultats ont montré une relation statistiquement significative entre le score du SSTICS et celui du PANSS négatif d'une part ( $p = 0,01$ ,  $r = 0,713$ ) et le score du PANSS de psychopathologie générale d'autre part ( $p = 0,01$ ,  $r = 0,662$ ).

Par ailleurs, il n'y avait pas de corrélation entre le score du SSTICS et les paramètres suivants : l'âge, le sexe, la durée d'évolution, le nombre d'hospitalisations, la forme clinique et le type de neuroleptique.

**Conclusion :** La schizophrénie est une maladie pourvoyeuse d'une altération légère à moyenne des compétences cognitives du patient. De leur dépistage et leur prise en charge dépendent l'adaptation socioprofessionnelle du patient.

#### **PO 093 TROUBLE BIPOLAIRE TYPE I ET CONDUITES ADDICTIVES**

I. MARRAG, B. BEN SOUSSIA, L. ZARROUK,  
B. BEN MOHAMED, M. HADJ AMMAR, M. NASR

*CHU Mahdia, MAHDIA, TUNISIE*

L'association trouble bipolaire et conduites addictives constitue une comorbidité fréquente le plus souvent sous estimée en pratique clinique. Elle pose de multiples questions d'ordre étiopathogénique, clinique et surtout thérapeutique.

Les objectifs du présent travail étaient de décrire les caractéristiques sociodémographiques, cliniques et évolutives des patients bipolaires type I et de préciser les troubles addictifs associés.

C'est une étude rétrospective réalisée au service de psychiatrie du CHU Mahdia. Les renseignements ont été recueillis à partir des dossiers médicaux à l'aide d'une fiche préétablie comportant 52 items. Le DSM-IV-TR a été utilisé pour les critères diagnostiques.

104 patients ont été colligés. Les résultats ont permis de révéler une moyenne d'âge de 39 ans, un statut de célibataire dans 46,1 % des cas, une présence d'antécédents de tentatives de suicide et d'antécédents judiciaires respectivement chez 21,2 et 22,1 % des patients. La consommation de substances psychoactives a été notée chez 43,3 % des patients. Le tabac, l'alcool et le cannabis étaient les substances les consommées avec des taux respectifs de 49, 27 et 12,5 %.

La comorbidité addictive et particulièrement alcoolique est souvent associée au trouble bipolaire type I avec un impact important sur le cours évolutif de la maladie et sur le fonctionnement psychosocial des patients d'où la nécessité d'une prise en charge spécifique de ces troubles addictifs.

#### **PO 094 CORRÉLATION ENTRE UN TROUBLE PSYCHOTIQUE AIGU ET L'INTRODUCTION DE L'ACÉBUTOLOL CHEZ UNE FEMME DE 43 ANS**

I. EL MAHFOUDI, P. CHARBIT, J.A. GODET

*CHU Pointe-à-Pitre, POINTE-À-PITRE, GUADELOUPE*

**Introduction :** Parmi les effets secondaires décrits de l'acébutolol, bêtabloquant utilisé dans le traitement de l'HTA, on retrouve des effets sur le système nerveux central allant du vertige et des céphalées comme effets plus fréquents aux hallucinations, délire et agitation comme effets plus rares.

**Cas clinique :** Nous rapportons le cas d'une femme âgée de 43 ans admise aux urgences pour un trouble psychotique aigu. La patiente est divorcée, mère d'une fille de 10 ans, travaille dans une usine, sans d'antécédents médicaux, chirurgicaux particuliers à part une HTA récemment diagnostiquée. La patiente ne présente aucun antécédent psychiatrique, décrite comme une femme au comportement tout à fait adapté. L'acébutolol a été prescrit 48 h avant son admission aux urgences.

**À l'admission :** la patiente présente un état d'agitation, excitation psychomotrice, humeur labile, discours diffluent, hallucinations auditives et visuelles, délire polythématique.

Un traitement sédatif a été administré. Un examen général avec un bilan somatique n'ont objectivé aucune particularité.

**Évolution :** L'évolution fut rapidement favorable. La symptomatologie s'est normalisée après quelques jours sous faibles doses de neuroleptiques. L'état est encore stable dix mois après sans aucune rechute sous faibles doses de neuroleptiques.

**Discussion :** Le diagnostic de Trouble psychotique transitoire a été retenu avec la probabilité d'une induction par l'acébutolol vue la concomitance de l'apparition de la symptomatologie avec l'introduction de ce dernier avec l'absence d'antécédents psychiatriques.

#### **PO 095 TRAGÉDIE D'UNE PERSONNALITÉ LIMITÉE**

C. BEN CHEIKH, H. EL KEFI, M.A. AZOUZ, S. SOUISSI,  
S. EDHIF, A. OUMAYA, N. LAKHAL, S. GALLALI

*Hôpital militaire, TUNIS, TUNISIE*

**Introduction :** L'état limite est la personnalité pathologique la plus observée en Psychiatrie (11 à 15 % des patients suivis en ambulatoire et 15 à 50 % de ceux hospitalisés). Cette personnalité est à haut risque de passage à l'acte avec 40 à 85 % de tentatives de suicide, 50 à 80 % d'automutilations et 10 % de suicides.

**But :** À travers un cas et une revue de la littérature, on se propose d'étudier les critères d'une personnalité limite ainsi que ces complications évolutives et les moyens de prise en charge thérapeutique.

**Observation :** Nous rapportons dans notre travail le cas d'une patiente âgée de 25 ans qui présente une personnalité limite compliquée d'épisodes dépressifs récurrents, de multiples tentatives de suicides graves et d'automutilations des seins.

La prise en charge thérapeutique a associé antidépresseurs, neuroleptiques, thymorégulateurs et psychothérapie. L'évolution a été marquée par une stabilisation progressive malgré de nombreuses complications sociales et de lourdes séquelles gynécologiques.

#### PO 096

### TENTATIVE DE SUICIDE AU COURS D'UNE CRISE ÉPILEPTIQUE PARTIELLE : À PROPOS D'UN CAS

I. BELDI (1), S. YOUNES (1), H. HASSINE (1), S. OUANES (1), W. HOMRI (2), R. LABBENE (2)

(1) Hôpital El Razi, TUNIS, TUNISIE

(2) Hôpital El Razi, TUNIS, TUNISIE

*Introduction* : L'apparition de manifestations d'allure psychiatrique chez un sujet épileptique pose souvent le problème d'attribuer ces symptômes à la maladie épileptique ou à une affection psychiatrique associée.

Nous discutons dans ce cas clinique l'origine épileptique ou dépressive d'un acte d'allure suicidaire survenant chez une patiente épileptique.

*Observation* : Mlle B. R. âgée de 41 ans sans antécédents familiaux ni personnels psychiatriques, aux antécédents personnels d'épilepsie essentielle type grand mal depuis l'âge de 12 ans, et qui a été admise dans notre service pour « tentative de suicide ». La patiente présentait depuis six mois des crises faites d'un sentiment de boule épigastrique montant vers la tête, suivi d'un sentiment de déréalisation et de dépersonnalisation. Deux tentatives de suicide par égorgement ont eu lieu au décours immédiat des crises sus-décrites.

La patiente présentait par ailleurs une symptomatologie dépressive ayant rendu complexe la compréhension de la signification exacte de ce geste « suicidaire » : s'agit-il d'un geste « automatique » dans un cadre de dépersonnalisation et de déréalisation attribuées à une crise épileptique partielle ? Ou alors d'une tentative de suicide proprement dite d'origine dépressive ?

*Conclusion* : L'analyse rigoureuse des données anamnestiques et cliniques nous a guidés vers l'hypothèse que ces phénomènes sont l'expression des crises partielles avec un contenu psychique, même si une comorbidité psychiatrique n'a pas pu être formellement éliminée.

#### PO 097

### ÉTIOLOGIES ORGANIQUES DE TROUBLES PSYCHIATRIQUES : À PROPOS DE DEUX CAS

H. EL KEFI, M.A. AZOUZ, F. JOUINI, S. SOUISSI, S. EDHIF, A. OUMAYA, N. LAKHAL, S. GALLALI

Hôpital militaire, TUNIS, TUNISIE

*Introduction* : Plusieurs pathologies organiques peuvent donner des troubles d'allure neuro-psychiatriques. À travers deux cas clinique et une revue de la littérature, on se propose d'étudier les symptômes évocateurs d'une origine organique.

*Cas clinique N° 1* : Nous rapportons le cas d'un patient âgé de 47 ans, aux antécédents d'hypertension artérielle sous diurétiques depuis 3 ans. Le patient est suivi depuis 2 ans

en psychiatrie pour un trouble somatisation et mis sous traitement psychotrope. Une hypokaliémie profonde a été retrouvée. Après explorations et examens complémentaires, l'origine médicamenteuse de l'hypokaliémie a été retenue. Le changement de l'antihypertenseur avait permis la normalisation de la kaliémie avec régression des plaintes somatiques et arrêt du traitement psychotrope.

*Cas clinique N° 2* : Nous rapportons le cas d'un patient âgé de 42 ans qui a présenté un épisode de manie typique sans signe d'organicité. L'examen clinique ainsi que les explorations biologiques et électroencéphalographiques étaient sans anomalies. L'imagerie cérébrale a montré un processus expansif du sinus caverneux et supra-sellaire évoquant un méningiome clinoidien.

*Discussion* : Les causes organiques de souffrance cérébrale, les pathologies générales et les médicaments peuvent donner des troubles d'allure neuro-psychiatriques.

#### PO 098

### MÉNINGIOME ET/OU PSYCHOSE ?

Y. ZGUEB, R. JOMLI, A. BEN HOUIDI, I. FARHAT

Hôpital Razi, LA MANOUBA, TUNISIE

*Introduction* : Il n'est pas rare que les tumeurs cérébrales telles que les méningiomes, soient révélées par un tableau psychotique. Les plus fréquemment en cause, en pareil cas, impliquent les zones limbiques des lobes temporaux et les régions frontales. Un examen neurologique, ainsi qu'un scanner cérébral doivent être de règle dans le bilan paraclinique de toute symptomatologie psychotique. Par ailleurs la psychose peut évoluer pour son propre compte même après traitement chirurgical.

*Objectif* : Identifier le lien entre tumeur cérébrale et troubles psychotiques et en discuter les aspects évolutifs.

*Observation clinique* : Nous rapportons le cas d'un patient âgé de 65 ans. Décrit par sa famille comme fûté, méticuleux, et bien organisé, sans antécédents psychiatriques ni familiaux ni personnels. Hospitalisé en 2007 sous la contrainte pour des troubles du comportement d'aggravation progressive avec une rupture totale du fonctionnement antérieur. L'examen psychiatrique trouve un syndrome délirant de grandeur et de persécution, des hallucinations cénesthésiques (portait plusieurs chaussettes qu'il refusait d'enlever jusqu'à l'atteinte de mycoses très étendues). Le tableau psychotique était submergé d'angoisse, de réticence et d'hostilité envers le personnel soignant. Le patient a été mis sous antipsychotiques et anxiolytiques, et une tomodensitométrie cérébrale a été pratiquée qui a identifié un méningiome frontal. Le patient a été transféré en neurochirurgie où il a été opéré. L'évolution a été marquée par la persistance des symptômes psychotiques sévères, malgré l'absence des récives tumorales aux contrôles de l'imagerie cérébrale. Par ailleurs, une faible réponse aux antipsychotiques de première et seconde génération, et l'installation de dyskinésies tardives ont encore entravé le processus thérapeutique, et actuellement le patient est placé dans une structure pour malades mentaux à la demande de sa famille, vue la difficulté majeure de gérer les troubles à domicile.

**PO 099**  
**PERSONNALITÉ SCHIZOTYPIQUE EN MILIEU**  
**UNIVERSITAIRE À RABAT (MAROC)**

H. MAROUAN, W. JELLOULI, M. SABIR, F. ELOMARI

*Hôpital psychiatrique universitaire Ar-Razi, SALÉ, MAROC*

*Introduction* : L'étude de la personnalité schizotypique suscite un grand intérêt au sein de la communauté scientifique internationale, car elle nous fournit des indices sur les éventuelles étiologies de la schizophrénie, et peut nous permettre, à long terme, d'élaborer des stratégies pour la prévention et la détection précoce de ces troubles.

*Objectif* : L'objectif de notre étude est d'évaluer la prévalence des troubles de personnalité type schizotypique en milieu universitaire à Rabat (Maroc).

*Méthodologie* : Étude transversale réalisée auprès de 100 étudiants inscrits en premier cycle au niveau de la Faculté des Sciences Juridiques, Économiques et Sociales de Rabat choisis aléatoirement âgés entre 18 et 24 ans, au moyen d'un hétéroquestionnaire recueillant les données sociodémographiques, ainsi que le questionnaire de personnalité schizotypique de Raine (SPQ) évaluant les 9 traits de personnalité schizotypique comme décrit dans le DSM IV-R.

*Résultats* : En cours.

**Mots clés** : *Personnalité schizotypique ; Schizophrénie ; SPQ.*

**PO 100**  
**LA SCHIZOPHRÉNIE DANS SA FORME INFANTILE :**  
**UNE OBSERVATION CLINIQUE RARE**

B. AABASSI, I. ADALI, F. EL MANOUDI, F. ASRI

*Équipe de recherche pour la santé mentale, CHUMohamed VI, MARRAKECH, MAROC*

*Introduction* : La schizophrénie à début précoce, durant l'enfance, est un trouble rare et grave.

*Objectif du travail* : est de mettre l'accent sur une forme proche de celle rencontrée chez l'adulte et sur son devenir.

*Méthodologie* : On rapporte ici l'observation clinique d'une adolescente de 17 ans, suivie en consultation de psychiatrie au CHU Med VI, qui a développé un tableau clinique typique de schizophrénie depuis l'âge de 12 ans. Plusieurs points sont discutés au vu des données actuelles de la littérature : la rareté de ce tableau clinique typique, l'importance des altérations retrouvées dans l'histoire des enfants schizophrènes, l'importance des facteurs génétiques et environnementaux et les difficultés liées au traitement de ces formes à début précoce et leur pronostic mauvais, notamment en termes d'adaptation psychosociale.

**PO 101**  
**PLACE DE LA PATHOMIMIE DANS LA CLINIQUE DE**  
**LA DÉSADAPTATION : À PROPOS D'UN HYGROMA**  
**DU COUDE EN MILIEU MILITAIRE**

C. MILAN-CHERY, S. MOROGE, F. PAUL,  
F. GIGNOUX-FROMENT, M. PILARD

*Hôpital d'instruction des Armées Laveran, MARSEILLE, FRANCE*

Le vocable de « pathomimie » fut introduit pour caractériser des patients s'engendrant délibérément des pathologies avec des moyens détournés. Cette entité fait partie, au sein du DSM IV-TR, des troubles factices. Dans cette même classification, le trouble de l'adaptation apparaît souvent mineur. Ce qui n'est pas le cas en milieu militaire. En médecine générale, l'événement de vie jugé majoritaire dans l'apparition de ce tableau est l'ensemble des difficultés liées au travail.

L'histoire qui suit s'illustre en psychiatrie ambulatoire. Le jeune patient, pompier sur base aérienne, rencontré en raison d'un mal être, n'a ni antécédent psychiatrique, ni traitement en cours. Il avoue spontanément s'être engendré un hygroma du coude appuyant son discours revendicatif envers l'institution militaire contraignante. Il avait déjà souffert authentiquement de cette bursite et s'était infligé cette inflammation de l'articulation grâce au matériel paramédical qu'il pouvait trouver sur son lieu de travail. Intentionnellement, il s'était donc injecté du sérum physiologique. Sachant que cette maladie pouvait récidiver son artifice n'a pas soulevé le moindre soupçon auprès de son médecin. Au-delà du risque iatrogène, c'est bien la question de la norme dans un milieu « hypernormé » qui est posée.

Dans le cas qui nous intéresse, cette pathologie découverte et avouée *a posteriori* face au psychiatre, apparaissait avec des symptômes psychologiques prédominants en l'absence de conviction délirante et de mythomanie. Il s'agissait pour lui de produire une maladie « visible » en réaction à une souffrance émotionnelle indicible. Les ressources psychiques du patient semblaient mises à mal par les exigences du métier. Ce mobile traduisait donc une désadaptation dans une forme isolée. L'adresse au psychiatre aura finalement permis d'accueillir véritablement la plainte.

**Références**

1. Gorin C. Le mensonge en clinique : réflexions psychopathologiques et thérapeutiques, incidences en milieux civil et militaire Thèse de doctorat en psychiatrie. 2012.
2. Semaan W. et all. Étude transversale de la prévalence du trouble de l'adaptation avec anxiété en médecine générale. L'Encéphale, 2001 ; XVII : 238-44.

**PO 102**  
**DÉPRESSION RÉSISTANTE ET ORGANICITÉ :**  
**À PROPOS D'UN CAS**

C. GNAICHIA, L. CHENNOUFI, W. CHERIF, M. GHARBI,  
M. CHEOUR

*Hôpital psychiatrique El Razi, MANOUBA, TUNISIE*

*Introduction* : La dépression résistante se définit par l'absence ou l'insuffisance de réponse à deux antidépresseurs consécutifs de mécanismes d'action différents, utilisés à dose adéquate sur une durée suffisante de six à huit semaines.

Devant un tableau de dépression résistante, le clinicien doit toujours commencer par rechercher une comorbidité somatique à l'origine de cette résistance. Ces comorbidités organiques sont dominées par les lésions cérébrales qui peuvent générer une dépression résistante sans signes neurologiques associés.

**Objectif et méthodologie :** À travers le cas d'un patient présentant une dépression résistante révélatrice d'une malformation cérébrale et une revue de la littérature, nous proposons de décrire les caractéristiques sémiologiques d'un tableau dépressif secondaire à des lésions cérébrales et d'aborder également les particularités thérapeutiques.

**Observation clinique :** Un patient âgé de 42 ans aux antécédents judiciaires d'incarcération pour trafic de drogues a été hospitalisé pour un épisode dépressif majeur avec des idées suicidaires. L'examen somatique a mis en évidence une dysmorphie faciale sans autres signes associés. Le bilan biologique étiologique initial était négatif. Le diagnostic de dépression réactionnelle aux problèmes judiciaires a d'abord été retenu. Le tableau dépressif ne s'est pas amélioré malgré sa mise successive sous deux antidépresseurs à dose efficace pendant au moins trois mois chacun (venlafaxine à 225 mg, amitriptyline à 125 mg).

Devant la notion de céphalées chroniques et de vertiges associés, un scanner cérébral fait a mis en évidence une cavité parenchymale frontobasale gauche avec une atrophie cortico sous corticale et une dilatation triventriculaire redressant ainsi le diagnostic de dépression réactionnelle.

**Conclusion :** La méconnaissance d'une atteinte cérébrale lésionnelle sous jacente à un trouble dépressif retarde le diagnostic et la prise en charge thérapeutique. Cette observation souligne la nécessité d'éliminer une étiologie organique devant toute atypie sémiologique ou résistance sous traitement.

### **PO 103 THROMBOCYTOSE, HYPERÉOSINOPHILIE ET CYTOLYSE HÉPATHIQUE SOUS CLOZAPINE**

A. BRAHAM, A. BEN ROMDHANE, S. BEN NASR,  
B. BEN HADJ ALI

*Service de Psychiatrie, CHU Farhat Hached, Faculté de Médecine de Sousse, SOUSSE, TUNISIE*

**Introduction :** La clozapine est le traitement de choix de la schizophrénie résistante. Toutefois, sa prescription reste limitée du fait de la nécessité d'une surveillance clinique et biologique au long cours et de la gravité des effets indésirables. Nous rapportons le cas de Mr A., traité pour une schizophrénie résistante par la clozapine, qui a présenté des effets secondaires à type de thrombocytose, d'hyperéosinophilie, d'hyperleucocytose et de cytolysse hépatique.

**Cas clinique :** Mr A, âgé de 37 ans, est suivi pour une schizophrénie indifférenciée selon les critères du DSM-IV-R. Durant les six ans de suivi, Mr A a été mis sous plusieurs molécules neuroleptiques classiques et atypiques à des doses efficaces et durant des périodes suffisantes. Malgré la prise régulière du traitement, l'amélioration n'était que partielle. Devant la résistance au traitement neuroleptique, Mr A a été admis pour sa mise sous clozapine. Un bilan pré-clozapine a été réalisé.

L'instauration de la clozapine était progressive. Une surveillance hebdomadaire de la NFS a été réalisée. Mr A.C a présenté un pic fébrile avec à la biologie une hyperleucocytose. Cet état infectieux était dû à une infection urinaire qui a été traitée par ciprofloxacine. Au bout de sept jours de trai-

tement antibiotique, il y a eu retour à l'apyrexie avec un ECBU de contrôle négatif mais il y a eu persistance d'une hyperleucocytose. En plus de l'hyperleucocytose, il y a eu apparition d'une hyperéosinophilie à  $23,500/\text{mm}^3$ , une thrombocytose à 706,000 ainsi qu'une cytolysse hépatique avec des ALAT à sept fois la normale et des ASAT à douze fois la normale. La clozapine, incriminée dans l'apparition de ces anomalies, a été arrêtée. Il y a eu normalisation de ces perturbations au bout de 10 jours.

**Conclusion :** Cette association d'une hyperéosinophilie, d'une thrombocytose, d'hyperleucocytose et d'une cytolysse hépatique secondaire à la clozapine est une complication rare mais très grave. Ces complications ont été rapportées sous forme de cas sporadiques. Ils nécessitent une recherche systématique avec un arrêt immédiat de la clozapine dès leur apparition car ils restent réversibles si l'arrêt du traitement se fait à temps.

### **PO 104 LA PSEUDODÉMENCE DÉPRESSIVE : À PROPOS D'UN CAS**

H. MAMI, M. OUMAYA, O. SIDHOM, A. BAATOUT, N. HALOUI,  
R. BOUZID

*Hôpital Nabeul, NABEUL, TUNISIE*

**Introduction :** La dépression et la démence sont deux pathologies fréquentes chez le sujet âgé. Elles peuvent avoir des similitudes symptomatiques et même coexister ensemble. De ce fait, nous sommes souvent confrontés à des difficultés diagnostiques devant l'intrication de symptômes dépressifs et de symptômes cognitifs.

**Objectifs :** Illustrer les particularités cliniques de la pseudodémence dépressive permettant de la différencier de la démence, à travers la présentation d'un cas clinique.

**Cas clinique :** MR F âgé de 75 ans est marié et sans antécédents médicaux ni psychiatriques notables. Il a été ramené par sa famille en consultation psychiatrique dans un tableau d'aggravation rapide associant troubles mnésiques, retrait social et troubles instinctuels à type de troubles du sommeil et de refus alimentaire. À l'entretien, Mr RF avait une bonne orientation temporo-spatiale, un contact laborieux, une humeur triste, des troubles mnésiques touchant les faits récents et les faits anciens et un ralentissement moteur. Il n'y avait pas de syndrome aphaso-apraxo-agnosique. L'examen neurologique était normal. Le mmSE à l'admission montrait un score de 13 sur 30. Le bilan biologique, le bilan thyroïdien et la sérologie syphilitique étaient négatifs. Le diagnostic de pseudodémence dépressive a été retenu et le patient a été mis sous traitement antidépresseur d'épreuve associé à un anxiolytique. Au bout de trois semaines de traitement, on a noté une amélioration des troubles cognitifs avec un score au mmSE qui est passé à 26, une réactivation de l'humeur et une disparition des troubles instinctuels. Notre illustration concorde avec les données de la littérature concernant cette entité clinique qui prête à confusion avec la démence et nous permet ainsi de dégager les particularités cliniques de la pseudodémence dépressive. Cette dernière a généralement un début brutal avec une aggravation rapide contrairement à la démence. L'état affectif se colore de tristesse et de

désespoir et non d'indifférence. Les troubles mnésiques touchent à la fois les faits récents et les faits anciens contrairement à la démence où les troubles portent surtout sur les faits récents. On note également une orientation temporo-spatiale respectée avec absence de syndrome aphaso-apraxo-agnosique.

### **PO 105 MANIE SECONDAIRE : À PROPOS D'UN CAS**

M.A. BEN MUSTAPHA, A. DRIDI, R. BÉJI, F. ELLOUZE, S. ELLINI, K. BEN SALAH, M.F. M'RAD

*Hôpital Razi, TUNIS, TUNISIE*

Généralement, lorsqu'une affection organique se manifeste par une manie, celle-ci est rarement typique. Souvent, la note confusionnelle est importante, le retentissement somatique est massif et il existe des signes physiques lors de l'examen clinique (neurologiques, endocriniens) ou des explorations biologiques.

Nous rapportons dans notre travail, un cas de manie où aucun signe n'orientait vers une étiologie organique.

Il s'agit d'un patient âgé de 60 ans, sans antécédents pathologiques particuliers, qui a présenté une installation progressive une excitation psychomotrice et une insomnie avec à l'entretien un syndrome d'excitation psychique et un délire de grandeur avec des idées mégalomaniaques.

L'examen clinique, notamment neurologique, était sans anomalies ainsi que les explorations biologiques et électroencéphalographiques. L'imagerie cérébrale était en faveur d'un hygroma frontal bilatéral.

Toute manie même typique impose un bilan organique complet.

### **PO 106 PARAPHRÉNIE – ÉTUDE D'UN CAS**

J. DOUFIK, A. ELMOUAFFEQ, S. BELBACHIR, F.Z. SEKKAT

*Hôpital Arrazi, SALÉ, MAROC*

La paraphrénie fait partie des délires chroniques non schizophréniques, Le concept de paraphrénie a pratiquement disparu des classifications officielles pour être quasiment relégué au chapitre de l'histoire de la psychiatrie.

Il semble que le terme de paraphrénie soit apparu pour la première fois sous la plume de Kahlbaum en 1863, mais c'est Kraepelin qui en fait la description en 1912. Toutefois, ce concept n'a cessé d'être décrit sous des acceptions diverses (paranoïa hallucinatoire de Séglas, délire d'imagination de Dupré, psychose hallucinatoire chronique de Ballet, psychose fantastique de Ey, etc.).

Ce sont des délires rares, survenant chez des sujets âgés dont le mécanisme délirant prédominant est l'imagination ; le début est progressif marqué par les troubles du comportement, de bizarreries ou de troubles affectifs.

À propos de ce cas exceptionnel, il nous a semblé donc intéressant d'étayer cette entité clinique et de l'illustrer à travers une étude d'un cas clinique d'un patient suivi en consultation à l'hôpital AR-RAZI de Salé, Maroc.

Une partie importante de la description de l'observation est centrée sur l'analyse sémiologique fine de ce cas. Dans un second temps, une revue de la littérature est présentée dans le but de fournir ainsi une étude psychopathologique de l'observation.

### **PO 107 PÈLERINAGE ET TROUBLE PSYCHOTIQUES : À PROPOS DE DEUX CAS**

I. ANES, M. ELHAJ KHLIFA, H. BENAICHA, F. ZAAFRANE, L. GAHA

*Hôpital Monastir, MONASTIR, TUNISIE*

*Introduction :* Les représentations sociales de la maladie mentale sont influencées par des déterminants culturels dont le patrimoine religieux. Comme dans la plupart des religions monothéiques, le pèlerinage à la Mecque, est un acte de culte important qui fait partie des aspects fondateurs de la religion musulmane. C'est un moment important dans l'affirmation de la religiosité des peuples. Il s'accompagne de rituels religieux et cérémonieux autour des valeurs de tolérance, de solidarité et d'entraide.

Bien que les endroits visités semblent déjà connus et les significations présentes sont à calmer l'anxiété du pèlerin, il est classique que de tels voyages initiatiques peuvent au contraire générer une crise psychotique qui aurait besoin d'un rapatriement sanitaire.

*Objectif :* Nous tenons à travers ce travail d'étayer cette réflexion par deux vignettes cliniques.

*Vignettes cliniques :*

– cas n° 1 : il s'agit d'une patiente âgée de 30 ans sans antécédents psychiatriques notables qui à l'occasion du pèlerinage a présenté un syndrome délirant aigu ayant nécessité son retour immédiat.

– cas n° 2 : il s'agit d'un patient âgé de 28 ans ayant l'antécédent de trouble bipolaire type I et stabilisé sous traitement thymorégulateur depuis deux ans qui a présenté pendant le pèlerinage à la Mecque un épisode maniaque nécessitant son rapatriement en urgence.

*Conclusion :* À travers deux illustrations cliniques, et en se référant aux données de la littérature nous proposons d'étudier le lien entre le pèlerinage à la Mecque comme figure symbolique de la religion musulmane et la genèse de troubles psychotiques.

### **PO 108 HOMICIDE SEXUEL INCESTUEUX COMMIS PAR UN ADOLESCENT DE 16 ANS**

W. HIKMAT, B. AABASSI, Z. ENNACIRI, I. ADALI, F. MANOUDI, F. ASRI

*Équipe de recherche pour la santé mentale, Service Universitaire Psychiatrique, CHU Mohamed VI, MARRAKECH, MAROC*

*Introduction :* L'expertise psychiatrique, dans sa réalisation classique, se révèle insuffisante pour éclairer valablement la justice sur les criminels violents. L'évaluation pénale correcte d'un agresseur nécessite obligatoirement, en plus des données psychopathologiques de l'expertise, l'analyse

criminologique et criminalistique de la scène du crime, du dossier judiciaire, de la reconstitution et de l'observation médico-psychologique.

**Objectifs du travail :** Nous rapportons le cas d'un homicide sexuel commis par l'adolescent, âgé de 16 ans contre sa sœur, en essayant d'en analyser les circonstances psychopathologiques.

**Observation clinique :** L'adolescent X est amené par les gardiens de prison, sur la demande du procureur du roi pour avis psychiatrique suite à l'étrangeté de son crime (Fig. 2).



FIG. 2.

À l'entretien : X rapporte avec un discours cohérent et une froideur affective extrême, ses actes à savoir : le fait d'étrangler sa sœur jusqu'à ce que mort s'en suive, suite à une dispute banale, reconnaissait le fait qu'il l'a violée au moment de son agonie (pénétration vaginale).

**Résultats :** Le type de cet homicide est désorganisé, les causes susceptibles d'entraîner la mort dans ce cas : par accident, pour réaliser le viol, par réaction coléreuse, pour assouvir les pulsions criminelles, par motivations délirantes ? L'investigation psychologique (Rorschach) (dont ne nous disposons pas dans notre formation) peut montrer que les meurtriers sexuels se distinguent des psychopathes non agresseurs sexuels par un niveau élevé de pensées obsessionnelles et une maladresse à se désengager des stimuli environnementaux.

**Conclusion :** Tout au long de ce travail de recherche, nous avons essayé de sortir des sentiers battus afin d'illustrer notre point de vue. À notre époque, dans les affaires graves, ou complexes, on ne doit plus se contenter de la classique expertise psychiatrique pour déterminer l'état mental d'un suspect, son implication psychopathologique dans le crime, sa responsabilité pénale.

### PO 109 PELADE ET DÉPRESSION

N. GUEROUZ, H. BENHIBA, M. AIT OURHOUI, B. HASSAM  
CHU Ibn Sina Rabat, RABAT, MAROC

**Introduction :** La pelade est une dermatose chronique inflammatoire non cicatricielle. La co-morbidité psychiatrique cons-

titue une composante importante. La prise en charge des symptômes dépressifs chez ces patients constituent la pierre angulaire de l'arsenal thérapeutique. L'objectif de cette étude, est d'apprécier la corrélation pelade-dépression.

**Matériels et méthodes :** Il s'agit d'une étude prospective sur une période de 12 mois (août 2011-août 2012) menée au centre de consultation de dermatologie du CHU Ibn Sina de Rabat. Notre étude incluait tous les adultes jeunes présentant une pelade, toutes formes cliniques confondues. Les critères d'exclusion étaient les patients âgés moins de 15 ans, et tous les patients ayant reçu un traitement antidépresseur antérieur. L'évaluation de la dépression était mesurée par l'échelle de Beck en langue française. Le questionnaire nécessitait une tierce personne pour les patients analphabètes. L'étude statistique était réalisée par le logiciel SPSS V12.0.

**Résultat et discussion :** Nous avons colligé 40 patients. Les deux sexes ont été atteints de façon égale. La dépression était d'autant plus importante que le niveau d'éducation est moins élevé. Il s'agissait surtout de dépression d'intensité moyenne à modérée avec quelques cas de dépression sévère. Les signes cliniques retrouvés étaient soit des plaintes énoncées par le malade à type de fatigue, troubles du sommeil, anorexie., soit des éléments rapportés par son entourage. La sévérité de la dépression corrélait avec la sévérité de la poussée, et l'amélioration des patients était associée à une amélioration des symptômes dépressifs. Inversement, les patients rapportaient une amélioration très nette de leur état cutané lorsque leur équilibre psychique s'améliore. Ainsi, au cours de la pelade, la dépression découle de facteurs intérieurs et extérieurs. L'alopécie perturbe l'image du soi, d'une part, et d'une autre part le patient est l'objet d'un rejet par mise à distance voire une agression de part notamment leur différence.

**Conclusion :** En passant du somatique au psychique, la dépression joue un rôle important dans le maintien voir l'aggravation des épisodes de pelade d'où l'intérêt d'une prise en charge aussi bien clinique que psychologique.

### PO 110 L'APPORT DE L'EXPRESSION ARTISTIQUE DANS LES ÉTATS DE STRESS POST-TRAUMATIQUE

W. HIKMAT, Z. ENNACIRI, I. ADALI, F. MANOUDI, F. ASRI

Équipe de recherche pour la santé mentale, Service Universitaire Psychiatrique, CHU Mohamed VI, MARRAKECH, MAROC

**Introduction :** L'état de stress post-traumatique est la principale conséquence psychopathologique résultant de l'exposition à un événement majeur. C'est la complication la plus fréquente en cas de maltraitance physique ou sexuelle chez l'enfant.

**Objectifs du travail :** Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 16 ans, victime de kidnapping et de viol.

À travers ce cas et une revue de la littérature, on se propose d'étudier les caractéristiques cliniques de ce syndrome, tout en insistant sur l'apport de l'expression artistique dans la prise en charge thérapeutique.

**Observation clinique :** Nous exposons le cas d'une patiente L.B âgée de 16 ans, adressée par un médecin légiste suite

à la découverte de lésions annales évoquant des sévices sexuelles.

À l'admission la jeune L.B était très angoissée, instable, en larme, avait une mimique figée, un discours pauvre.

Après la mise en confiance de la patiente, elle a raconté spontanément son histoire.

Hormis la prise en charge classique du PTSD, j'insiste dans ce travail sur l'apport du dessin dans la prise en charge de L.B, tout en exposant une partie de ses œuvres, en essayant de les interpréter très prudemment.

*Discussion* : Tout d'abord l'art-thérapie privilégie un mode d'expression autre que le langage verbal. Ensuite, en plus de permettre des prises de conscience, elle peut elle-même être une source de libération. Enfin, c'est une approche dynamique qui favorise l'éveil du potentiel créatif, l'affirmation de soi et qui entraîne souvent un sentiment de bien-être.

Dans le cadre du stress post-traumatique, les études cliniques ont mis l'accent sur la contribution de l'art-thérapie au traitement du stress post-traumatique. Selon les chercheurs, l'art-thérapie pourrait aider les personnes, qu'elles soient victimes ou témoins, à mieux gérer l'ensemble de leurs symptômes de stress post-traumatique d'ordre physique, cognitif, émotif et comportemental.

*Conclusion* : L'expression non verbale notamment artistique, semble jouer un rôle important dans la prise en charge des états de stress post-traumatique, de plus elle peut même contribuer au diagnostic positif chez les enfants.

#### PO 111

### LES PRESCRIPTIONS DE LA CLOZAPINE CHEZ UNE POPULATION DE PATIENTS ATTEINTS DE SCHIZOPHRÉNIE AYANT COMMIS DES ACTES MÉDICO-LÉGAUX : (INDICATIONS, DOSES EFFICACES, TRAITEMENTS ASSOCIÉS)

L. EUCHI, L. EUCHI, S. JRIDETTE, O. MZIOU, H. ZALLILA, R. RIDHA, A. BOUSSETTA

*Hôpital Razi, MANOUBA, TUNISIE*

Les patients suivis pour schizophrénie et qui présentent des comportements violents avec des passages à l'acte auto et hétéroagressifs, et éventuellement des actes médico-légaux, constituent un groupe à part. Ils sont souvent polymédiqués avec des difficultés à assurer leur contrôle symptomatique d'une part et à maîtriser leur potentiel de dangerosité d'autre part. Dans cette perspective, la clozapine, antipsychotique atypique indiquée dans les schizophrénies résistantes, aurait également des propriétés agressivolytiques.

Nous allons nous intéresser dans ce travail aux modalités de prescription de la clozapine à savoir les indications, les doses efficaces et les traitements associés pour optimiser l'effet de la molécule chez une population particulière de patients suivis pour schizophrénie ayant commis des actes médico-légaux et hospitalisés dans le service de psychiatrie légale de l'hôpital Razi pour cause de démence au sens de l'article 38 du code pénal tunisien et mis sous clozapine à travers une étude rétrospective et descriptive sur dossiers portant sur la période de janvier 2000 jusqu'en janvier 2012.

Notre population comporte treize patients de sexe masculin. L'âge moyen de notre population était de 42 ans avec des extrêmes allant de 25 à 55 ans.

Le diagnostic retenu chez la plupart des patients de notre population était celui d'une schizophrénie indifférenciée.

L'acte médico-légal commis était un homicide dans 46,2 % des cas ( $n = 6$ ). L'indication de la mise sous clozapine était une résistance à la symptomatologie psychotique pour 61,5 % ( $n = 8$ ) des patients. Les doses efficaces de la clozapine oscillaient entre une minimale de 400 mg et une valeur maximale de 600 mg. La dose moyenne prescrite chez ces patients étant de 492,31 mg. Une benzodiazépine a été associée à la clozapine chez 15,4 % ( $n = 2$ ) des patients et un thymorégulateur dans 38,5 % ( $n = 5$ ) des cas. Un neuroleptique atypique type amisulpride et un thymorégulateur ont été associés à la clozapine chez deux autres patients (15,4 %).

Une standardisation de l'utilisation de cette molécule serait utile afin d'établir des critères opérationnels de cette indication pour optimiser son efficacité d'une part et pour garantir une meilleure évolution pour ces patients d'autre part.

#### PO 112

### MALADIE DE HUNTINGTON ET DÉPRESSION

A. BEN HOUIDI, S. ELLINI, I. FARHAT, F. ELLOUZE, M.F. M'RAD

*Hôpital Razi, MANOUBA, TUNISIE*

*Introduction* : La maladie de Huntington est une maladie génétique qui associe une triade clinique : troubles moteurs, troubles cognitifs et troubles psychiatriques. Les manifestations psychiatriques varient entre troubles du comportement, des troubles de l'humeur et des troubles psychotiques.

*Objectif* : Étudier la relation entre la maladie de Huntington et la dépression à travers un cas clinique et une revue récente de la littérature.

*Cas clinique* : Mme WZ est âgée de 50 ans, issue d'un mariage non consanguin, scolarisée jusqu'en sixième année primaire, mariée, mère de 2 enfants. Aux antécédents familiaux démentiels chez les parents et de mouvements anormaux chez les deux sœurs et le père. La patiente n'a pas d'antécédents particuliers. Admise en milieu psychiatrique pour tableau dépressif évoluant depuis un mois avec passage à l'acte suicidaire récurrent (tentative d'immolation et de défenestration).

L'examen psychiatrique a relevé un syndrome dépressif sévère, des hallucinations hypnagogiques et des troubles mnésiques.

L'examen neurologique a objectivé des mouvements choréiques touchant les membres, le tronc et la face, une hypotonie axiale, un syndrome quadripiramide avec signe de Hoffman positif.

Les tests neuro-psychiatriques ont mis en évidence une baisse de la fonction cognitive globale, des troubles mnésiques, et un syndrome dysexécutif.

Les examens complémentaires n'ont pas objectivé d'anomalie. L'enquête familiale a révélé la même symptomatologie neurologique chez le père et les deux sœurs. Le diagnostic d'une maladie de Huntington a été posé. Une étude génétique a

été entamée. La patiente a été traitée par 7 mg d'halopéridol/j avec 100 mg de clomipramine/j. L'évolution a été marquée par une amélioration de l'humeur au bout de deux semaines de traitement, un rétablissement du sommeil, une disparition des hallucinations hypnagogiques et avec diminution des mouvements choréiques.

*Conclusion* : La dépression semble être plus fréquente au cours de la maladie de Huntington. Qu'elle soit une complication de la maladie ou un signe annonciateur, cette constatation mérite une attention particulière de la part du clinicien pour une meilleure prise en charge de cette pathologie.

### PO 113 AUTOMUTILATION GÉNITALE ET SCHIZOPHRÉNIE : ÉTUDE DE CAS

M. BENAÏSSA, W. JELLOULI, J. DOUFIK, S. BELBACHIR,  
F.Z. SEKKAT

*Hôpital Arrazi Salé, SALÉ, MAROC*

Les actes d'automutilation des organes génitaux externes masculins sont rares mais potentiellement graves par leurs complications urinaires ou sexuelles. Elles surviennent dans la majorité des cas sur un terrain psychotique mais peuvent aussi être secondaires à l'abus de drogue ou d'alcool. Le traitement et la prise en charge varie en fonction de la sévérité des lésions, du délai de consultation et de l'état mental du patient, nécessitant souvent une intervention chirurgicale et une collaboration étroite avec le psychiatre vu le terrain particulier où elles se produisent.

À travers le cas clinique d'une automutilation de la verge, chez un jeune schizophrène et une revue récente de la littérature, nous avons choisi d'analyser les différents aspects de ce phénomène, et l'importance d'une collaboration étroite entre psychiatres et urologues.

**Mots clés** : Appareil génital ; Automutilation ; Schizophrénie.

### PO 114 MANIFESTATIONS PSYCHIATRIQUES INAUGURALES D'UNE MALADIE DE FAHR

A. BEN HOUIDI, F. ELLOUZE, I. FARHAT, Y. ZGUEB,  
M.F. M'RAD

*Hôpital Razi, MANOUBA, TUNISIE*

Le syndrome de Fahr se réfère aux pathologies avec calcifications des ganglions de la base du cerveau dont la forme idiopathique est la maladie de Fahr. C'est une pathologie rare à diagnostic radiologique qui peut avoir différentes manifestations psychiatriques. 40 % des patients se présentent avec des manifestations psychiatriques : manifestations psychotiques ou troubles cognitifs ou troubles de l'humeur. La prise en charge des manifestations psychotiques est souvent délicate parce que ces patients répondent de façon variable aux neuroleptiques avec souvent une intolérance neurologique à ces médicaments et risque plus important de syndrome malin selon la littérature.

*Cas clinique* : Il s'agit d'un patient âgé de 52 ans sans antécédents particuliers admis dans notre service pour un délire de jalousie et des hallucinations visuelles évoluant depuis 9 mois avec une hétéroagressivité vers son épouse.

*À l'examen* : Le patient est irritable, réticent. Il ne présente ni troubles cognitifs ni éléments dépressifs. Il a été mis sous neuroleptiques Moditen à dose progressive jusqu'à une dose de 200 mg. Il a présenté une intolérance neurologique avec une rigidité et un tremblement non corrigés par les anticholinergiques ce qui a nécessité l'arrêt des neuroleptiques pendant quelques jours. Un bilan biologique a objectivé une hypocalcémie sévère à 1,1 mmol/l avec une hyperphosphorémie à 1,88 mmol/l ce qui a nécessité une correction en collaboration avec les internistes par le gluconate de calcium. On a pu atteindre une calcémie à 2,11 mmol. Le patient a été gardé sous Calpéros 2 cp/J et Stérogyl 5 gouttes/J. Un scanner cérébral réalisé dans le cadre de l'exploration d'un premier épisode psychotique a montré des calcifications des ganglions de la base du cerveau. Un syndrome de Fahr a été retenu. On l'a adressé en médecine interne pour exploration. Bien que le Moditen ait été introduit à faible dose : 50 mg/j, le patient a présenté de nouveau un parkinsonisme, d'où sa mise sous amisulpiride 400 mg et correcteur. Au suivi à la postcure, il y a eu une mise à distance du délire et une disparition des troubles du comportement mais le patient a présenté de nouveau une rigidité avec une asthénie.

En conséquence, on était obligé d'arrêter de nouveau le neuroleptique.

### PO 115 PRISE EN CHARGE PAR TCC D'UN TROUBLE PANIQUE AVEC AGORAPHOBIE

A. BOULEÇANE, A. BEKKOUCHE

*EHS A/Errazi, ANNABA, ALGÉRIE*

Ce travail consiste en une prise en charge spécifique en thérapie cognitive et comportementale d'un patient présentant un trouble panique avec agoraphobie, qui m'a été adressé par un interne en psychiatrie qui a jugé insuffisant le traitement anti-dépresseur.

Il s'agit de Mr. K âgé de 38 ans ; on rappelle ses antécédents personnels et familiaux puis l'anamnèse. La thérapie a débuté par une information concernant le trouble et l'importance de l'évitement dans l'apparition et le maintien de l'agoraphobie.

Techniques comportementales : relaxation, exposition intéroceptive, exposition en imagination aux situations anxiogènes, exposition graduée *in vivo*.

*Techniques cognitives* : information sur les attaques de panique (explication de la physiologie, apprentissage du rôle de l'hyperventilation et réattribution des symptômes en s'aidant de la fiche de Salkovskis ; contrôle respiratoire technique de Valsalva) ; restructuration cognitive (auto-observation, mise en évidence et remise en question des pensées automatiques et des postulats de base).

Tâches à domicile.

L'évolution favorable des troubles est objectivée par les diverses évaluations réalisées, tous les objectifs ont été atteints au bout de 6 mois (12 séances).

Les deux dernières séances qui avaient pour objectif principal la surveillance de l'état du patient et la vérification du maintien des acquis montrent des résultats stables à un mois et à trois mois, et le patient doit être revu dans six mois.



**PO 116**  
**MANIFESTATIONS PSYCHIATRIQUES AU COURS**  
**DU TRAITEMENT DE L'HÉPATITE VIRALE C**

B. EL MOHSNI (1), H. EL KEFI (2), N. NAIJA (1),  
Y. MAHMOUD (1), N. BELKAHLA (1), H. CHAABOUNI (1),  
N. MAAMOURI (1), N. LAKHAL (2), S. GALLALI (2),  
N. BEN MAMI (1)

(1) *Hôpital la Rabta, Service de Gastro-entérologie B, TUNIS, TUNISIE*

(2) *HMPIT, Service de Psychiatrie, TUNIS, TUNISIE*

*Introduction* : Les troubles psychiatriques induits par le traitement de l'hépatite chronique C (HVC) sont fréquents (20 à 30 %) et sont probablement l'une des causes principales de mauvaise observance ou d'interruption du traitement anti-VHC. Il s'agit le plus souvent de dépression (11 %) ou de troubles anxieux (7 %) plus rarement d'un trouble bipolaire (0,4 %).

*But* : Le but de notre étude est de déterminer les manifestations psychiatriques sévères observées au cours du traitement de l'hépatite virale C grâce à deux cas cliniques et une revue de la littérature.

*Observation 1* : Il s'agit d'une patiente âgée de 53 ans sans antécédents pathologiques particuliers, suivie dans notre service pour une hépatite virale C au stade de cirrhose compensée. La patiente a été mise sous traitement anti viral C Interféron pegylé associé à la Ribavirine. À deux mois de traitement elle a présenté un épisode dépressif majeur ayant bien évolué sous 20 mg de fluoxétine et arrêté temporaire de la bithérapie antivirale. Un mois après la stabilisation thymique la patiente a été remise sous traitement anti-viral sous couvert d'antidépresseur sans récurrence des manifestations psychiatriques.

*Observation 2* : Il s'agit d'une patiente âgée de 41 ans traitée par bithérapie pegylée pour une hépatite virale C. Après trois mois de traitement elle a présenté un épisode maniaque nécessitant sa mise sous valproate de sodium et tiapride avec arrêt du traitement antiviral. Six ans après, une deuxième tentative de traitement antiviral a été essayée mais à trois mois de traitement la patiente a présenté un syndrome dépressif majeur nécessitant sa mise sous thymorégulateur et arrêt définitif du traitement anti-viral d'autant plus qu'il n'y avait pas de réponse virologique.

*Conclusion* : Du fait de la diversité des pathologies psychiatriques rencontrées au cours du traitement antiviral C et de leurs influences sur le pronostic thérapeutique et évolutif de la maladie virale (HVC), une évaluation et une prise en charge précoce et adaptée de ces effets secondaires psychiatriques est nécessaire afin de garantir une réponse virologique optimale.

**PO 117**  
**LE DOUBLE DIAGNOSTIC DE MALADIE MENTALE**  
**SÉVÈRE ET TOXICODÉPENDANCE : LA NÉCESSITÉ**  
**D'UNE SENSIBILISATION DANS LES MILIEUX**  
**PSYCHIATRIQUES**

A. RADY (1), H. SALAMA (1), O. ELKHOLY (1), A. SHAWKY (2)

(1) *Université d'Alexandrie, ALEXANDRIE, ÉGYPTÉ*

(2) *Hôpital psychiatrique Mamoura, ALEXANDRIE, ÉGYPTÉ*

*Introduction* : Le diagnostic double d'abus de substance et de maladie mentale sévère a été proposé par quelques auteurs pour souligner la fréquence de telle association. Notre objectif était de déterminer la prévalence de diagnostic double parmi les malades mentalement malades et, comme but secondaire, de décrire le profil de malade au plus haut risque de diagnostic double.

*Méthode* : 683 patients ont été recrutés à l'Hôpital Psychiatrique el Mamoura. Ils ont été évalués par la version arabe de 6 articles K6 échelle. Ceux qui ont eu un score au-dessus de 13 ont été soumis à un SCID-I, entretien clinique structuré pour porter un diagnostic DSM-IV TR (les Modules A-E). L'urine a été analysée à la recherche de drogues d'abus.

*Résultats* : 22 % de l'échantillon justifie un diagnostic de diagnostic double. Les résultats révèlent le plus haut risque chez les malades plus jeunes, avec bas niveau socio-économiques, bas niveau d'éducation. Ceux qui ont un diagnostic double ont tendance à avoir un début plus jeune, la durée plus longue de maladie, une couche sociale défavorisée et un taux augmenté de rechutes.

**PO 118**  
**LA SANTÉ MENTALE DES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE**

S. RICHA

*Hôtel-Dieu de France, BEYROUTH, LIBAN*

Nous présenterons trois études effectuées auprès des étudiants en Médecine à la Faculté de Médecine de l'Université Saint-Joseph de Beyrouth depuis 2005 jusqu'en 2011.

La première concerne les troubles anxio-dépressifs, la deuxième étudie les addictions chimiques et comportementales et la troisième a trait au jeu pathologique.

Nous comparerons nos résultats à la littérature internationale concernant la santé mentale des étudiants en Médecine.

**PO 119**  
**ÉPIDÉMIOLOGIE DES INTOXICATIONS MORTELLES**  
**PAR MÉDICAMENTS AU MALI**

T. DIALLO (1), H. HAMI (2), A. MAÏGA (1), B. COULIBALY (3),  
A. MOKHTARI (2), R. SOULAYMANI-BENCHEIKH (4),  
A. SOULAYMANI (2)

(1) *Faculté de médecine, de pharmacie et d'odonto-stomatologie, BAMAKO, MALI*

(2) *Laboratoire de génétique et biométrie, Faculté des sciences, Université Ibn Tofail, KÉNITRA, MAROC*

(3) *Pharmacie de la Côte, BAMAKO, MALI*

(4) *Centre Anti-poison et de pharmacovigilance du Maroc, RABAT, MAROC*

*Introduction* : La présente étude vise à déterminer les principales caractéristiques des intoxications aiguës mortelles par médicaments au Mali, afin d'élaborer des stratégies de prise en charge clinique et biologique permettant de diminuer la morbidité et la mortalité.

*Méthodes* : Nous avons mené une étude rétrospective d'une série de cas de décès liés à l'intoxication médicamenteuse enregistrés dans trois Centres Hospitaliers Universitaires et six Hôpitaux Régionaux ainsi que dans les six Centres de

Santé de Référence de Bamako entre 2000 et 2010. Elle s'est portée sur les dossiers médicaux et les registres de consultation.

**Résultats :** Durant la période de l'étude, 66 cas de décès dus à l'intoxication aiguë aux médicaments sont enregistrés, soit 45,2 % des intoxications mortelles. La ville de Bamako a enregistré 45,5 % des cas suivie de Sikasso (27,3 %), Ségou (13,6 %), Kayes (6,1 %) et Mopti (4,5 %). L'âge moyen des victimes était de 24 ans avec un sex-ratio (F/H) de 2,3. D'après les données de l'étude, les circonstances étaient volontaires dans 68 % des cas, dominées par le suicide (47 %) et l'avortement provoqué (19,7 %) et 24 % des cas sont dus à des erreurs thérapeutiques. La Chloroquine était la plus utilisée avec 24,2 % des cas, suivie par les associations médicamenteuses (13,6 %). La prise en charge a eu lieu en moyenne 11 heures après l'ingestion. Les signes cliniques étaient multiples et variés et le traitement était symptomatique et évacuateur.

**Conclusion :** La mise en place d'un Centre Anti-Poison au Mali permettra de diminuer la morbidité et la mortalité secondaires aux intoxications en participant à l'amélioration de la prise en charge thérapeutique des patients intoxiqués.

#### PO 120

### SANTÉ MENTALE ET ÉDUCATION : ÉTUDE CAS-TEMOIN DES FACTEURS DE RISQUE PSYCHOSOCIAUX ASSOCIÉS AU DÉCROCHAGE SCOLAIRE AU LUXEMBOURG

P. ESCH (1), V. BOCQUET (1), L. FOND-HARMANT (1), C. PULL (2), M. ANSSEAU (3)

(1) Centre de recherche public de la santé, STRASSEN, LUXEMBOURG

(2) Centre de Recherche Public de la Santé, STRASSEN, LUXEMBOURG

(3) Université de Liège, LIÈGE, BELGIQUE

**Contexte :** Au Luxembourg, le taux de décrochage scolaire est de 9 % pour l'année scolaire 2009/2010, avec une augmentation du décrochage répété et un taux élevé de jeunes sans occupation.

Des études montrent que 50 % des troubles mentaux chroniques débutent à l'adolescence. Ainsi, notre étude cherche à analyser le lien entre santé mentale et décrochage scolaire afin de proposer des pistes de prévention.

**Objectifs :** L'objectif premier consiste à déterminer la prévalence et le type de troubles psychiatriques dans une population de décrocheurs scolaires et à comparer ces résultats à un groupe témoin apparié.

Les objectifs secondaires évaluent les effets et interactions du statut socio-économique et de certaines variables familiales.

**Méthode :** La population d'étude, exhaustive sur une période de 6 mois, se compose de décrocheurs répertoriés pendant l'année scolaire 2010/2011 et âgés de 16 à 25 ans.

Le recrutement, en cours, prévoit 100 participants dans chaque groupe.

Les outils de recueil de données permettent d'établir un bilan : « Youth Self-report »/« Adult Self-report », « MINI Internatio-

nal Neuropsychiatric Interview », « Internet Addiction Test », « Familienbögen » et « Family Affluence Scale ».

Des analyses statistiques préliminaires réalisées avec SPSS 20.0 portent sur 50 décrocheurs et seront réactualisées.

**Résultats :** Une différence dans la répartition homme/femme ( $p = 0,04$ ) a été détectée entre répondants et non-répondants, dans la mesure où les filles acceptaient plus souvent de participer.

Cependant, les participants étaient représentatifs de l'échantillon éligible en ce qui concerne âge, sexe, type et année de spécialisation scolaire.

48 % des décrocheurs présentaient au moins un trouble mental. Les troubles anxieux étaient les plus fréquents, suivis des troubles de l'humeur et de la personnalité antisociale. 18 % des décrocheurs ont signalé des pensées suicidaires.

Pour 48 % des décrocheurs, au moins une des 7 variables familiales analysées était perçue comme problématique.

**Perspectives :** Dans une perspective de santé publique, notre recherche en cours apportera des pistes d'interventions stratégiques de prévention et de promotion de la santé mentale, qui impliqueront tous les acteurs du triptyque éducation, santé et famille.

#### PO 121

### LA SANTÉ MENTALE DES ÉTUDIANTS : À PROPOS D'UNE ENQUÊTE MENÉE À L'UNIVERSITÉ LYON 1

P. ESTINGOY (1), E. FORT (2), J.C. NORMAND (3)

(1) Praticien hospitalier CH Le Vinatier et psychiatre MPU Université Lyon 1, LYON, FRANCE

(2) UMRESTTE-Université Claude Bernard Lyon 1, LYON, FRANCE

(3) MPU Université Lyon 1, LYON, FRANCE

Deux ans après notre première étude sur la prévalence des risques de dépression et de schizophrénie chez le jeune adulte étudiant, nous avons reproduit notre enquête en y ajoutant les dimensions d'estime de soi et de déficit attentionnel. Ce nouveau questionnaire a été proposé via le portail internet de l'université à l'ensemble des étudiants de L'université LYON I (filiales sciences et santé) de septembre 2010 à juin 2011.

**Objectifs :** Confirmer les tendances perçues lors de notre première enquête, affiner les dimensions les plus déterminantes en croisant les résultats avec de nouvelles dimensions afin de mieux cibler les actions de prévention.

**Méthode :** Un questionnaire en ligne est resté à disposition des étudiants une année universitaire, avec possibilité de répondre une seule fois complètement. Il comprenait des renseignements généraux (âge, niveau d'étude, filière, antécédents et suivi éventuel en cours) et les items, indépendants de 4 tests reconnus au plan scientifique en matière de dépistage psychopathologique à savoir :

– l'inventaire abrégé de dépression de BECK pour la dépression (BECK 13) ;

– l'échelle de Mc GLASHAN pour les prodromes de la schizophrénie (Scale Of Prodromal Symptoms) ;

– l'échelle estime de soi de Rosenberg ;

– l'ASRS-V1 pour le dépistage du TDAH de l'adulte.

**Résultats :** Nous avons pu étudier les réponses de 1 899 étudiants d'une moyenne d'âge de 21 ans dont 2/3 de filles et 2/3 de niveau licence en cours.

Tout d'abord les tendances étudiées deux ans auparavant se confirment avec environ 5 % de risque de dépressions sévère et 5 % de risque d'ordre psychotique chez les étudiants ayant répondu à l'enquête avec un différentiel notable entre filles et garçons. De plus 20 % d'entre eux ont une estime de soi très basse et 20 % encore ont de troubles d'attention significatifs. Enfin, il apparaît que près d'un jeune sur 5 a déjà fait l'objet d'un suivi et que parmi ceux-ci encore 1/3 a un suivi en cours pour des problèmes psychologiques.

## **PO 122 VULNÉRABILITÉ PSYCHIQUE ET SANTÉ AU TRAVAIL**

D. CARPENTIER, L. BLANCHARD, M. MAZODIER

*G.H. Paul Guiraud, VILLEJUIF, FRANCE*

La souffrance au travail devient un fait social de plus en plus fréquent. Cette situation préoccupe le monde de la santé au travail mais aussi celui de la psychiatrie, qui prend souvent en charge ces troubles. Aussi, plusieurs espaces de recherche et de traitement du stress au travail se sont développés. Les facteurs individuels de personnalité peuvent influencer de manière positive ou négative la réponse au stress.

Les auteurs proposent de rechercher la part des facteurs individuels de personnalité dans le déclenchement des troubles psychiques dans le monde du travail. Face à un monde professionnel en pleine évolution, le travailleur peut se retrouver soumis à des contraintes et à un environnement qui dépassent ses capacités d'adaptation, surtout s'il a une personnalité fragile, souvent encore méconnue. Le stress peut alors déclencher des tableaux psycho-pathologiques, le plus souvent des états anxio-dépressifs à l'expression diverse.

L'INRS (Institut national de recherche et de sécurité) identifie six familles de facteurs de stress que nous développerons. Ces facteurs sont d'autant plus négatifs sur la santé qu'ils sont durables, nombreux, subis, ou inadaptés.

Les travaux menés par Karasek montrent que l'association de différents facteurs psycho-sociaux a des effets sur la santé des travailleurs. Le questionnaire issu de ces travaux nous aidera à évaluer la part des risques psycho-sociaux.

La BFI (Big Five Inventory) évalue la personnalité selon cinq traits centraux de la personnalité empiriquement mis en évidence par la recherche.

Nous avons travaillé en collaboration avec un service de santé au travail inter-entreprises, où a été proposé à des salariés le questionnaire de Karasek associé à la BFI.

L'objectif était de rendre compte d'éventuelles corrélations entre la personnalité du travailleur et la tension au travail, et de s'interroger sur les éventuelles implications des facteurs de personnalité dans l'adaptation au travail.

Un tableau résumera les évaluations de ces salariés et son analyse tentera de dégager des facteurs pouvant aider dans la démarche de prévention qui pourrait débiter le plus précocement possible dans le parcours de tout travailleur.

## **PO 123 PRIMO-PRESCRIPTIONS D'ANTIPSYCHOTIQUES CHEZ LES 15-24 ANS. TAUX DE RÉTENTION DEUX ANS APRÈS**

L. PLANCKE (1), T. DANIEL (1), A. AMARIEI (1), E. BENOIT (2), G. VAIVA (3)

(1) *Fédération régionale de recherche en santé mentale (F2RSM), LILLE, FRANCE*

(2) *Service médical régional de l'Assurance-maladie Nord-Picardie, VILLENEUVE D'ASCQ, FRANCE*

(3) *Université Lille Nord de France, LILLE, FRANCE*

La F2RSM dispose, par convention avec le service médical régional de l'assurance-maladie, des bases de remboursement des médicaments psychotropes (régime général qui couvre environ 90 % de la population) (1).

Nous avons documenté pour les années 2008, 2009 et 2010 les primo-prescriptions des antipsychotiques suivants : amisulpride, aripiprazole, halopéridol, olanzapine, rispéridone, chez les 15-24 ans, sur une période de 12 mois, alors que les 24 mois précédents étaient libres de prescription d'antipsychotiques (2,3).

L'incidence annuelle calculée est 19,3 pour 100 000 habitants en 2008, de 21,2 pour 100 000 habitants en 2009 et de 21,5 pour 100 000 habitants en 2010 (4).

Les taux retrouvés avec notre méthode sont à la fois cohérents avec les données de la littérature (5,6) et comparables d'une année sur l'autre. Nous avons proposé que la primo-prescription d'antipsychotiques chez les 15-24 ans était un indicateur de l'entrée dans un trouble psychotique (4).

Le travail que nous présentons concerne le taux de rétention de ces prescriptions après leur introduction en 2008 et 2009, au 31 décembre 2010 sur les 15-24 ans n'ayant pas connu de délivrance d'une des 5 molécules susnommées pendant un an :

- 8,1 % ont eu des prescriptions durant au moins 4 trimestres consécutifs ;
- 15,8 % durant au moins 3 trimestres consécutifs et ;
- 37,1 % durant au moins 2 trimestres consécutifs.

La rétention en traitement antipsychotique est donc assez faible parmi la population étudiée.

### **Références**

1. Plancke L, Amariei A, Daniel T, *et al.* Les facteurs qui influencent la consommation intensive et régulière de médicaments psychotropes. *Thérapie* 2009 ; 6 : 371-381.
2. Vaiva G *et al.* Primo-prescriptions d'antipsychotiques : un indicateur d'incidence de schizophrénie ? Communication orale, Congrès Français de Psychiatrie, Lyon, 2010.
3. Daniel T, Amariei A, Plancke L *et al.* Antipsychotiques chez l'adulte jeune comme indicateur du besoin de soins en psychiatrie. *Thérapie* 2012 ; 67 (3) : 271-273.
4. Hautecouverture S, Limosin F, Rouillon F. Epidemiology of schizophrenic disorders. *Presse Med.* 2006 ; 35 (3 Pt 2) : 461-8.
5. McGrath J, Saha S, Chant D *et al.* Schizophrenia : a concise overview of incidence, prevalence, and mortality. *Epidemiol Rev.* 2008 ; 30 : 67-76.

**PO 124**  
**PRÉVALENCE DES TENTATIVES SUICIDAIRES**  
**DANS LE TROUBLE DÉPRESSIF RÉCURRENT**

M. CHHOUMI, O. BRAHAM, R. HSSINE, K. NEILA,  
 A. MECHRI

*CHU Fattouma Bourguiba, MONASTIR, TUNISIE*

*Introduction* : Le risque suicidaire représente le principal défi de la santé mentale. En effet, plus de 90 % des conduites suicidaires surviennent chez des patients souffrant de troubles psychiatriques en particulier des troubles dépressifs.

L'objectif de cette étude était de déterminer la prévalence des tentatives de suicide (TS) dans un groupe de patients suivis pour trouble dépressif récurrent (TDR).

*Méthodologie* : Il s'agit d'une étude transversale descriptive réalisée à la consultation externe de psychiatrie de l'hôpital universitaire de Monastir et portant sur 124 patients suivis pour trouble dépressif récurrent en rémission partielle ou complète selon les critères diagnostiques du DSM IV.

*Résultats* : L'âge moyen des patients était de  $46,7 \pm 10,7$  ans, 80 % d'entre-deux était de sexe féminin. Le nombre moyen d'épisodes dépressifs antérieurs était de  $4,6 \pm 2,5$ . Les suicidants représentaient 29 % de notre population d'étude dont 75 % étaient des récidivants. Le nombre moyen de TS était de 2,2 avec des extrêmes de 1 à 7 tentatives de suicides. Dans 80,5 % les TS étaient commises au cours d'un épisode dépressif. Le conflit conjugal était incriminé dans 33,3 % des cas. Le moyen le plus utilisé était l'intoxication médicamenteuse chez 33,3 % des suicidants.

*Conclusion* : Confrontés aux données de la littérature, nos résultats ont permis de confirmer la fréquence des suicidants parmi les patients souffrant de dépressions récurrentes. Le risque de TS est plus important au cours d'un épisode dépressif majeur. L'ensemble de ces données justifie la mise en place des stratégies préventives réduisant le risque suicidaire chez les patients avec TDR.

**PO 125**  
**PRÉVALENCE DES DIFFICULTÉS**  
**PSYCHOLOGIQUES DES ÉTUDIANTS, RECOURS**  
**AU GÉNÉRALISTE OU AU « PSY »**  
**ET RETENTISSEMENT SUR LE FONCTIONNEMENT**  
**SCOLAIRE : 1<sup>ers</sup> RÉSULTATS D'UNE ENQUÊTE**  
**MENÉE AU SERVICE INTERUNIVERSITAIRE**  
**DE MÉDECINE PRÉVENTIVE ET DE PROMOTION DE**  
**LA SANTÉ DE PARIS AUPRÈS DE 2 886 ÉTUDIANTS**

Y. MORVAN (1), A. LOUIS (2), C. BREBANT (3),  
 D. MONCHABLON (3), D. WILLARD (4), M. PLAZE (5),  
 I. AMADO (5), M.O. KREBS (5)

(1) Université de Reims Champagne Ardenne – Laboratoire C2S – Inserm U894-LPMP, REIMS, FRANCE

(2) Université de Reims Champagne Ardenne, REIMS, FRANCE

(3) SIUMPPS – FSEF, PARIS, FRANCE

(4) SHU – Hôpital Sainte-Anne, PARIS, FRANCE

(5) SHU – Hôpital Sainte-Anne – Inserm U894-LPMP – Université Paris Descartes, PARIS, FRANCE

*Contexte* : Un service de prévention primaire en milieu étudiant : le SIUMPPS et un service spécialisé dans la prise en charge précoce des troubles : le C'JAAD ont défini un protocole permettant de mieux évaluer les difficultés psychologiques en population générale étudiante pour favoriser, si nécessaire, le recours aux soins.

*Méthode* : Un auto-questionnaire évaluant de manière anonyme les principales dimensions psychopathologiques sur la vie et les 12 derniers mois a été proposé à partir de 44 items du CIDI. Le CRAAFT-ADOSPA a également été utilisé afin d'évaluer les conduites à risques addictives. Le recours au généraliste ou au « psy » pour les difficultés psychologiques ainsi que le retentissement ont été évalués. Ce dernier a été mesuré à l'aide du SF-36 auquel un item a été ajouté concernant l'impact sur le travail et les résultats scolaires.

*Résultats* : 2 886 étudiants ont accepté de remplir ce questionnaire. Le risque d'épisode dépressif concerne 9,1 % des étudiants et s'accompagne de pensées morbides pour 4,5 %. On retrouve une symptomatologie de type maniaque dans 1,9 % des cas. Dans le registre des troubles anxieux, on retrouve un risque d'attaque de panique dans 10,1 % des cas, un risque de TOC pour 9,5 % et un risque d'anxiété généralisée pour 4,6 % des étudiants. Le risque de présence d'un TCA touche 3,2 % des étudiants tandis que le risque psychotique concerne 0,8 % d'entre eux. Les taux de recours au médecin généraliste sont compris entre 20,9 et 41,3 %. Les plus faibles taux concernent les conduites à risques addictives et le risque de TOC. Pour le recours à un « psy » ces mêmes taux varient entre 15,4 et 34,8 %. Les plus faibles taux concernent les risques de TOC, de dépression et de manie ainsi que l'anorexie. Enfin, le retentissement sur le travail et les résultats scolaires concerne entre 21,9 et 47,7 % des étudiants présentant un risque de trouble. Les niveaux de retentissement les plus élevés concernent les risques dépressif et suicidaire ainsi que l'anxiété généralisée.

*Conclusion* : Ces premiers résultats confirment un risque non négligeable de troubles non pris en charge par les dispositifs de soins, impactant potentiellement le devenir des étudiants de par le retentissement des troubles sur le travail et la réussite scolaire.

**PO 126**  
**MORT SUBITE EN PSYCHIATRIE : QUEL PROFIL**  
**DE PATIENTS ?**

S. JRIDETTE, H. ZALILA, L. EUCHI, H. ACHECHE,  
 A. KHANFIR, A. BOUSSETTA

*Hôpital Razi, MANOUBA, TUNISIE*

*Introduction* : Il existe une surmortalité chez les patients suivis en psychiatrie par rapport à la population générale. Certes, leur espérance de vie s'allonge régulièrement avec l'amélioration des traitements mais cet allongement est moins important que celui de la population générale surtout pour les patients souffrant de schizophrénie. Une mortalité par mort subite est souvent incriminée.

L'objectif de notre étude est de décrire le profil socio-démographique et clinique d'une population de patients suivis en psychiatrie et décédés à la suite d'une mort subite.

**Matériel et méthodes :** Il s'agit d'une étude rétrospective et descriptive auprès de 90 patients suivis à l'hôpital Razi la Manouba et décédés par mort subite entre les années 2000 et 2010. Le recueil des données s'est appuyé sur les rapports d'autopsies et les dossiers médicaux. Ont été relevées les caractéristiques socio-démographiques et cliniques. L'analyse des données a été réalisée à l'aide du logiciel SPSS dans sa version 18.0.

**Résultat :** L'âge moyen de notre échantillon était de 45,2 ans. Plus de la moitié étaient célibataires, sans profession avec des conditions socio-économiques précaires. Un quart des patients (25,6 %,  $n = 23$ ) avaient des antécédents de maladies somatiques. Le dernier examen somatique avant le décès datait de plus de 03 mois chez 41,1 % ( $n = 37$ ) des cas. Plus de la moitié (52,1 %,  $n = 47$ ) des patients étaient suivis pour une schizophrénie. Le sous type indifférenciée était le plus représenté (46,8 %,  $n = 22$ ). Un épisode dépressif était présent dans 15,6 % ( $n = 14$ ) des cas. On n'a pas trouvé de diagnostic sur l'axe I chez 7,8 % ( $n = 7$ ) des cas.

**Conclusion :** Des moyens de prévention sont nécessaires afin de minimiser le risque de mort subite et ainsi de la mortalité globale des patients suivis en psychiatrie.

#### **PO 127 PRÉVALENCE DU STRESS POST-TRAUMATIQUE ET DE LA DÉPRESSION CHEZ LES SOIGNANTS EXERÇANT AUX SERVICES DES URGENCES DANS LA PÉRIODE DE LA RÉVOLUTION TUNISIENNE**

L. LTAIEF, A.S. BANNOUR, S. BEN NASR, Y. EL KISSI,  
B. BEN HADJ ALI

*Service de psychiatrie, CHU Farhat Hached, Faculté de médecine, SOUSSE, TUNISIE*

**Introduction :** Le personnel de santé, notamment ceux qui exercent aux services des urgences, est souvent confronté à des événements stressants. Dans la période de la révolution populaire tunisienne, marquée par un manque important de sécurité, le personnel des urgences était soumis à un stress important et exposé, par conséquent, à un risque de complications anxieuses et dépressives.

**Objectif :** L'objectif de notre travail était de déterminer la prévalence de l'ESPT et de la dépression chez le personnel des services des urgences confrontés aux incidents survenus lors de la révolution tunisienne.

**Méthodologie :** Il s'agit d'une étude descriptive qui a porté sur 68 personnels de santé (infirmiers et médecins) parmi ceux qui ont travaillé aux services des urgences de Monastir et de Sousse durant la période de la révolution tunisienne.

Le recueil des données a été fait par questionnaire composé de deux parties : une première partie comportant des questions relatives au recueil des données sociodémographiques des soignants et une deuxième partie composée d'un questionnaire pour les symptômes du SPT (QSPT), de l'inventaire de dépression de Beck (BDI) pour évaluer la dépression et de l'échelle WCC-R pour évaluer les stratégies de gestion utilisées.

**Résultats :** 55,9 % des interrogés étaient de sexe masculin. 75 % étaient représentés par les infirmiers. 15 % avaient des

antécédents personnels psychiatriques et 7,4 % avaient consulté un psychiatre après la révolution. Les événements les plus stressants étaient les agressions (26,5 %) et les brûlures (25 %). Les prévalences de l'ESPT et de la dépression étaient de 27,9 % et de 21,8 % respectivement.

**Conclusion :** L'ESPT était diagnostiqué chez 27,9 % de notre population et la dépression chez 21,8 %. 7,4 % avait consulté un psychiatre. La majorité de la population étudiée a continué l'exercice de leur profession avec des symptômes non traités.

#### **PO 128 LE PROFIL SOCIODÉMOGRAPHIQUE DES FEMMES PRÉSENTANT UNE PSYCHOSE PUERPÉRALE AU SERVICE DE PSYCHIATRIE DU CHU DE MARRAKECH**

H. ERRADI, Z. ENNACIRI, I. ADALI, F. MANOUDI, F. ASRI

*Hôpital Ibn Nafis, CHU Med VI, MARRAKECH, MAROC*

**Introduction :** On regroupe classiquement sous le terme de psychose puerpérale « tous les accidents psychiatriques de la grossesse, de la puerpéralité et de l'avortement ».

**Objectifs de l'étude :** Déterminer le profil sociodémographique des femmes présentant le diagnostic de psychose puerpérale et ressortir les entités cliniques les plus fréquemment observées au service de psychiatrie du CHU de Marrakech.

**Matériel et méthodes :** C'est une étude rétrospective analytique portant sur 50 patientes suivies pour psychose puerpérale au sein du service psychiatrique du CHU Mohamed VI de Marrakech sur une période de 8 mois allant du mois février au mois septembre 2012.

**Résultats :** La majorité des patientes recrutées avaient moins de 30 ans (60 %). Ces accidents psychiatriques atteignent souvent les femmes mariées (76 %) et de niveau socio-économique bas. Les primipares sont les plus concernées avec 44 % de la cohorte. Les troubles apparaissent généralement après l'accouchement (62 %), mais l'on observe quand même des cas pendant la grossesse (36 %). La grande particularité de cette étude est l'importance des psychoses du post-partum précoce. Les psychoses aiguës sont de loin les plus fréquentes (72 %) suivies des dépressions (24 %) et des accès maniaques (4 %).

**Conclusion :** La psychose puerpérale reste une pathologie assez fréquente en psychiatrie. Plusieurs facteurs de risque prédisposent à cette pathologie.

#### **PO 129 CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES DÉTENUS SUIVIS À LA CONSULTATION EXTERNE DE PSYCHIATRIE DE L'HÔPITAL RAZI**

K. HOUSSANI, O. MEZIOU, E. KHELIFA, H. BEN MARIEM,  
S. DEROUICHE, L. MNIF, H. ZALILA, A. BOUSSETTA

*Hôpital Razi Manouba, MANOUBA, TUNISIE*

La morbidité psychiatrique touche une grande proportion de la population carcérale. En effet la condition carcérale peut révéler, amplifier ou même déclencher une maladie mentale. L'objectif de notre étude est de décrire les principales caractéristiques sociodémographiques des détenus suivis à la consultation externe de psychiatrie.

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive portant sur une population de 93 détenus suivis à la consultation externe de psychiatrie de l'hôpital Razi sur une période allant de janvier 2010 jusqu'en décembre 2011.

La population est de 93 détenus de sexe masculin dans 95,7 % des cas. L'âge moyen est de 32 ans. Les célibataires représentent 74,2 % des cas. L'origine urbaine est retrouvée dans 68,8 % des cas. Le niveau d'instruction est bas dans la majorité des cas, ainsi 58 % des patients n'ont pas accédé à un enseignement secondaire. Quarante-trois pour cent de la population étudiée était sans profession et 37,6 % travaillaient comme ouvrier. Le niveau socio-économique est faible dans 52,7 % des cas et 10,8 % des patients ont essayé au moins une fois d'immigrer clandestinement vers les pays de l'Europe. Concernant la cohésion familiale, seulement 41,9 % des patients ont vécu avec les deux parents sous le même toit. Le décès d'un parent a été noté dans 43,1 % des cas et un divorce parental a été trouvé chez 19,9 % des cas. Onze pour cent de notre population vivent seuls. Une violence intrafamiliale a été relevée dans 21,5 % des cas.

Notre population est principalement représentée par un profil de jeune âge, majoritairement masculin et célibataire, de bas niveau d'instruction, de statut professionnel désavantagé, vivant dans des conditions socio-économiques et familiales précaires et fragilisantes. Ces caractéristiques ont été également retrouvées dans la littérature qui, par ailleurs, avancent que ces dernières représentent des facteurs de risque de dangerosité et de passage à l'acte criminel, en plus de la maladie mentale.

Une prise en charge multidisciplinaire notamment une réinsertion sociale et professionnelle doit être envisagée chez les détenus souffrant de maladies mentales, qui présentent plusieurs facteurs de risque de passage à l'acte afin d'éviter la récurrence à leur sortie de la prison.

### **PO 130 INHIBITION COGNITIVE ET DÉPRESSION PRÉCOCE ET TARDIVE CHEZ LA FEMME ÂGÉE : UNE ÉTUDE PILOTE**

F. DEGUIGNE (1), F. JOLLANT (2), J.P. LHUILLIER (1),  
S. RICHARD-DEVANTOY (2)

(1) Centre Sant. Mentale Angevin CESAME 27, SAINTE GEMMES SUR LOIRE, FRANCE

(2) McGill University, Department of Psychiatry & Douglas Mental Health University Institute, MONTRÉAL, CANADA

**Objectif :** La dépression de la personne âgée reste sous-diagnostiquée et insuffisamment traitée au plan pharmacologique et psychothérapeutique, en raison notamment d'altérations au premier plan de l'inhibition cognitive. L'objectif de l'étude était de comparer les capacités d'inhibition cognitive de femmes déprimées (HDRS-17  $\geq$  18), âgées de plus de 60 ans, selon l'âge de leur première occurrence dépressive (avant ou après 60 ans).

**Méthode :** L'inhibition cognitive (Stroop, Hayling, Go/No-Go), la flexibilité mentale (TMT), la mise à jour en mémoire de travail (WAIS) et les fonctions exécutives globales (BREF) ont été évaluées entre 10 femmes primo-déprimées (dépression tardive), 10 contrôles déprimées (dépression précoce), et 10 contrôles sains.

**Résultats :** Les trois groupes étaient appariés pour l'âge, le niveau d'éducation, et le score mmSE ( $\geq$  24). Les femmes âgées déprimées présentaient un déficit de l'inhibition cognitive par rapport à des sujets contrôles sains ( $p < 0,001$ ), sans différence significative selon l'âge d'apparition du premier épisode dépressif. Toutefois, un âge d'apparition tardif du premier épisode dépressif était significativement corrélé positivement à un déficit de l'inhibition cognitive ( $r_s = 0,55$ ;  $p = 0,012$ ).

**Conclusion :** L'évaluation des fonctions exécutives devrait être intégrée aux stratégies de prévention de la dépression gériatrique, en repérant les sujets les plus vulnérables aux rechutes dépressive et à la résistance anti-dépressive.

### **PO 131 DOULEUR PSYCHIQUE ET PHYSIQUE, SYMPTÔMES PHYSIQUES ET RALENTISSEMENT CHEZ LE DÉPRESSIF. ÉTUDE PROSPECTIVE SUR 100 PATIENTS PRÉSENTANT UN ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR**

J.L. DUCHER (1), F. KWIATKOWSKI (2), M. RENOUX (3)

(1) Clinique de l'Auzon, LA ROCHE-BLANCHE, FRANCE

(2) Centre Jean Perrin, CLERMONT-FERRAND, FRANCE

(3) CDR Pasteur, CLERMONT-FERRAND, FRANCE

**Contexte :** La douleur psychique est au cœur de la dépression. De nombreux symptômes physiques appartiennent à la symptomatologie dépressive, en particulier le ralentissement, la fatigue, les troubles de l'appétit et du sommeil. Bien que retrouvées dans plus de 50 % des EDM, les douleurs corporelles sont rarement recherchées par les cliniciens. Pourtant, elles sont des facteurs de mauvais pronostic. Cette étude se propose d'apporter un nouvel éclairage sur la relation entre douleur, symptômes physiques et dépression.

**Matériels et méthodes :** Deux auto-questionnaires répertoriant les symptômes douloureux et physiques ont été créés à partir des données de la littérature :

- un auto-questionnaire sur les douleurs physiques
- un auto-questionnaire sur les symptômes physiques

Ils permettent au patient d'imputer sa douleur ou ses symptômes soit à un problème physique, soit à son trouble dépressif lui-même.

Une étude prospective a inclus 100 patients présentant un épisode dépressif majeur, qui ont répondu à ces deux questionnaires, ainsi qu'à plusieurs autres échelles :

- MADRS
- HAD
- CGI
- Échelle d'évaluation du risque suicidaire RSD
- Échelle numérique de la douleur psychique

**Résultats :** Notre évaluation de la douleur psychique (échelle numérique de 0 à 10) est corrélée avec les échelles évaluant la dimension dépressive, en particulier la MADRS ( $r = 0,61$ ,  $p < 10^{-7}$ ), et la dimension suicidaire : RSD ( $r = 0,49$ ,  $p < 10^{-6}$ ). La dépression semble plus souvent à l'origine de symptômes physiques que les problèmes physiques : fatigue (71 % vs 24 %), ralentissement (68 % vs 19 %)... Idem pour certaines

douleurs physiques : abdomen (36 % vs 17 %), tête (33 % vs 7 %)...

En régression logistique, la perte d'appétit, les troubles de la concentration, les palpitations et les douleurs dorsales déparagent le mieux les dépressions sévères et modérées (seuil MADRS à 30).

*Conclusion* : Cette étude montre les corrélations entre douleur psychique, douleurs et symptômes physiques, ralentissement, intensité de la dépression et du risque suicidaire. Elle confirme l'importance des phénomènes physiques habituellement retrouvés dans la dépression, mais permet également de connaître l'attribution des patients quant à leur origine, dépressive ou physique.

**PO 132**  
**EXPRESSION DU GÈNE RNF123**  
**DANS LA DÉPRESSION : LA QUESTION DU CENTRE**  
**ET DE LA PÉRIPHÉRIE**

R. REY, J.R. TEYSSIER, S. RAGOT, J.C. CHAUVET-GÉLINIER, B. TROJAK, B. BONIN

CHU de Dijon, DIJON, FRANCE

*Introduction* : L'expression lymphocytaire de RNF123 a été récemment identifiée comme un potentiel facteur prédictif à long terme (12 à 15 ans) de la survenue de troubles dépressifs. L'objectif de cette étude est d'évaluer le statut de biomarqueur de l'état dépressif du gène RNF123 à travers deux hypothèses alternatives : les variations d'expression lymphocytaire de RNF123 pourraient (1) être le reflet périphérique de phénomènes neuronaux centraux, (2) illustrer une anomalie systémique affectant les mécanismes moléculaires fondamentaux de la réponse cellulaire au stress.

*Matériel et méthodes* : Par PCR quantitative en temps réel, nous avons mesuré l'expression génique de RNF123 ainsi que celle de : STMN1 et P16INK4a (biomarqueurs de la sénescence cellulaire), TERT et OGG1 (impliqués dans le dysfonctionnement télomérique et le stress oxydatif), FOS et DUSP1 (réponse précoce au stress biopsychologique), DRD1 et DRD2 (paramètres fonctionnels cérébraux) au niveau périphérique dans les leucocytes sanguins et au niveau central dans le cortex préfrontal dorsolatéral, chez des patients déprimés et des sujets contrôles appariés.

*Résultats* : Nous n'avons pas retrouvé de variation significative de l'expression de RNF123 dans les leucocytes ou dans le cortex préfrontal dorsolatéral (DLPFC) des patients déprimés. Nous avons cependant mis à jour des réseaux de co-expression des gènes d'intérêt incluant RNF123 dans les leucocytes et dans le DLPFC des patients déprimés. De façon inattendue DRD1 et DRD2 sont co-exprimés avec STMN1 et TERT dans le DLPFC des patients déprimés. Enfin, STMN1, P16INK4a et OGG1 sont surexprimés dans les leucocytes des patients déprimés.

*Conclusion* : Ces résultats suggèrent l'implication des mécanismes de sénescence cellulaire, de dysfonctionnement télomérique et de stress oxydatif dans les troubles dépressifs au niveau cérébral ainsi qu'au niveau périphérique. La mise à jour de réseaux de co-expression génique permet d'associer le rôle fonctionnel du gène RNF123 à ces mécanismes fondamentaux. Nous n'avons cependant pas confirmé chez des

patients symptomatiques le statut de biomarqueur de l'état dépressif de RNF123. Ces résultats amènent à considérer la maladie dépressive comme une entité pathologique impliquant une importante composante somatique.

**PO 133**  
**ÉVALUATION DES FONCTIONS COGNITIVES**  
**CHEZ LES PATIENTS DÉPRIMÉS EN PÉRIODE**  
**DE RÉMISSION**

A. MTIRAOU, A.S. BANNOUR, J. MANNAI, A. BEN ROMDHANE, S. BEN NASR, Y. EL KISSI, B. BEN HADJ ALI

Service de Psychiatrie, CHU Farhat Hached, Faculté de Médecine de Sousse, SOUSSE, TUNISIE

*Introduction* : Une altération des performances cognitives dans les domaines de la mémoire, de l'attention soutenue et des fonctions exécutives durant les épisodes dépressifs majeurs est actuellement bien établie. La réversibilité de ces troubles après rémission reste cependant controversée.

*Objectif* : L'objectif de notre travail était d'évaluer les fonctions cognitives chez un groupe de patients suivis pour Trouble Dépressif Majeur (TDM) après rémission.

*Matériels et méthode* : Durant la période allant de juin 2011 à septembre 2012, nous avons recruté de manière consécutive et prospective, 24 patients portant le diagnostic de TDM selon les critères du DSM-IV, âgés entre 18 et 60 ans et euthymiques depuis au moins trois mois au moment de l'évaluation (HAMD-21 < 8). Les patients ayant des comorbidités sur l'axe 1, un antécédent de traumatisme crânien ou une affection neurologique pouvant altérer les performances cognitives ont été exclus. Nous avons, de même, recruté 24 témoins indemnes de troubles psychiatriques appariés pour l'âge, le sexe, le niveau d'instruction et l'intelligence.

L'évaluation neuro-psychologique a été réalisée grâce aux matrices progressives de Raven (PM-38), aux Reitan trail-making tests A et B (TMT-A et TMT-B), aux tests de fluence verbale phonémique et catégorielle, aux tests de l'empan de chiffres direct et inversé et à la figure complexe de Rey (ROCF).

*Résultats* : Une altération significative des performances cognitives des patients par rapport aux témoins a été objectivée au TMT-A ( $p = 0,002$ ), au TMT-B ( $p < 10^{-3}$ ), au test de fluence phonémique ( $p = 0,002$ ), à la copie et à la reproduction de mémoire de la ROCF ( $p = 0,039$  ;  $p = 0,022$ , respectivement).

*Conclusion* : Les résultats de notre étude confortent l'hypothèse de la persistance de dysfonctions cognitives après rémission d'un TDM. Des études longitudinales, sur de plus larges échantillons, sont nécessaires afin de confirmer ces résultats

**PO 134**  
**FACTEURS LIÉS À LA RUPTURE PRÉMATURÉE**  
**DES SOINS CHEZ LES PATIENTS TRAITÉS**  
**EN AMBULATOIRE POUR UN TROUBLE DÉPRESSIF**

L. BEN AMOR, M. TRIFI, Z. GHATTASSI, S. BOUHLEL, S. BEN NASR, B. BEN HADJ ALI

Service de Psychiatrie, CHU Farhat Hached, Faculté de Médecine de Sousse, SOUSSE, TUNISIE

**Introduction :** La dépression est un problème de santé publique du fait de sa prévalence et de son coût élevés. Un traitement insuffisant pourrait être à l'origine de récurrences et de passage à la chronicité. Or, dans la littérature près de la moitié des patients traités n'observaient pas leur traitement.

**Objectif :** L'objectif de ce travail était d'étudier les facteurs sociodémographiques, cliniques et thérapeutiques liés à un arrêt prématuré du traitement chez les patients suivis pour un trouble dépressif.

**Matériel et méthode :** Il s'agit d'une étude rétrospective et descriptive portant sur 60 patients consultant pour la 1<sup>re</sup> fois à la consultation externe du service psychiatrie du CHU Farhat Hached de Sousse durant la période de janvier à mars 2011 et remplissant les critères d'un Épisode Dépressif Majeur selon les critères du DSM IV. Les données sociodémographiques, cliniques et thérapeutiques ont été recueillies à partir des dossiers médicaux. Nous avons considéré comme rupture prématurée des soins tout arrêt de traitement ou de suivi avant six mois.

**Résultats :** La moyenne d'âge de notre population était de 38,77 ans [ ± 14,84]. Une prédominance féminine a été notée (63 %). 26 % des patients présentaient un trouble de la personnalité (histrionique 50 %, borderline 18,75 %, obsessionnels 12,5 %) et 10 % avaient une comorbidité anxieuse (50 % Trouble Panique et 50 % Trouble Anxiété Généralisée). La durée moyenne des symptômes dépressifs avant la consultation était de 10 mois avec un minimum de un mois et un maximum de 42 mois [ ± 9,45 mois]. Au bout de six mois, seulement 63 % des patients continuaient à être suivis à la consultation. Parmi ces derniers, 44 % d'entre eux étaient en euthymie, 40 % avaient une amélioration partielle alors que dans 16 % des cas il y avait une réapparition des symptômes dépressifs après une courte amélioration. L'étude analytique a montré une corrélation positive entre une durée des symptômes dépressifs dépassant six mois avant la consultation et une adhésion au suivi pour au moins six mois ( $p < 0,001$ ). Les autres caractéristiques cliniques ainsi que les variables sociodémographiques et thérapeutiques étaient sans influence.

**Conclusion :** Notre étude montre l'impact de la durée de la dépression avant l'instauration du traitement sur l'adhésion ultérieure aux soins.

### **PO 135 FACTEURS ASSOCIÉS À LA RÉCURRENCE DÉPRESSIVE CHEZ LES PATIENTES HOSPITALISÉES POUR TROUBLE DÉPRESSIF**

L. BEN AMOR, Z. GHATTASSI, J. NAKHLI, S. BEN NASR,  
B. BEN HADJ ALI

*Service de psychiatrie, CHU Farhat Hached, Faculté de médecine de Sousse, SOUSSE, TUNISIE*

**Introduction :** La récurrence dans les troubles dépressifs atteint souvent 75 % des cas. Cependant, les études évaluant les facteurs prédictifs de cette récurrence restent peu fréquentes en Tunisie.

**Objectif :** L'objectif de ce travail était de déterminer les facteurs associés aux récurrences dépressives en comparant les caractéristiques sociodémographiques, cliniques et évolutives

chez une population hospitalière de patientes ayant présenté un trouble dépressif.

**Méthodologie :** Il s'agit d'une étude rétrospective comparative portant sur 350 patientes hospitalisées au service de psychiatrie CHU Farhat Hached Sousse depuis janvier 1999 jusqu'à septembre 2012, suivies pour trouble dépressif majeur selon les critères DSM-IV et réparties en deux groupes :

– Groupe I : ayant le diagnostic de trouble dépressif majeur récurrent (TDMr,  $n = 211$ ).

– Groupe II : ayant un trouble dépressif majeur, épisode isolé (TDM,  $n = 139$ ).

**Résultats :** La moyenne d'âge des patientes était  $47,7 \pm 14,1$  ans. L'origine était urbaine dans 70 % des cas. 35 % des patientes étaient célibataires. 58 % des patientes souffrant de dépression avaient des troubles de la personnalité. Il en est ressorti que les facteurs suivants étaient corrélés à la récurrence dépressive : l'absence de travail ( $p = 0,006$ ), l'âge tardif de la première hospitalisation ( $p = 0,001$ ), la présence de facteurs déclenchant ( $p = 0,023$ ), la sévérité de l'épisode dépressif ( $p = 0,003$ ) et la présence de caractéristiques endogènes ( $p = 0,0015$ ).

**Conclusion :** Notre travail a permis d'identifier les facteurs pouvant prédire la récurrence d'un trouble dépressif majeur. Ceci nous permet d'améliorer notre prise en charge de tout patient ayant un trouble dépressif majeur.

### **PO 136 TROUBLE DYSPHORIQUE PRÉMENSTRUEL CHEZ LA FEMME MAROCAINE**

W. SOULAMI, M. ELKADIRI, I. ENNAKR, M. SABIR,  
A. OUANASS

*Hôpital Arrazi, SALÉ, MAROC*

**Introduction :** Le trouble dysphorique prémenstruel est une sorte de trouble de l'humeur qui touche 3 à 5 % des femmes. Il se manifeste durant la phase lutéale du cycle menstruel par une humeur dépressive, une anxiété, une labilité émotionnelle et une diminution de l'intérêt pour les activités, l'ensemble de ces signes altérant notablement la qualité de vie et le fonctionnement personnel. Les hormones stéroïdiennes et la sérotonine jouent probablement un rôle dans l'étiopathogénie de ce trouble.

**L'objectif de notre étude** est de rechercher la prévalence de ce trouble et d'évaluer son impact psychosocial sur une population donnée.

**Méthodologie :** Passation d'un hétéroquestionnaire reprenant les critères diagnostiques du DSM IV du trouble dysphorique prémenstruel chez un échantillon aléatoire représentatif de la population féminine marocaine de 18 ans à 45 ans en plus des caractéristiques socio-démographiques de l'échantillon.

**Critères d'inclusion :** – Femmes pubères non ménopausées – Non suivies au moment de l'étude pour trouble psychiatrique.

**Résultats :** En cours.

**Mots clés :** Femmes ; Menstruation ; Qualité de vie ; Trouble de l'humeur.



**PO 137****ÉVALUATION LONGITUDINALE DU BIAIS MNÉSIQUE IMPLICITE CONGRUENT À L'HUMEUR CHEZ DES PATIENTS SOUFFRANT DE DÉPRESSION RÉSISTANTE : PREMIERS RÉSULTATS**

I. JALENQUES (1), D. DEVAUX (2), C. AUXIETTE (2),  
V. FLAUDIAS (2), C. FENOGLIO (1), S. YAKIN (1),  
E. POULET (3), M. MERMILLOD (2), P. CHAMBRES (2),  
G. LEGRAND (1)

(1) CHU de Clermont-Ferrand, CLERMONT-FERRAND, FRANCE

(2) Université Blaise Pascal, CLERMONT-FERRAND, FRANCE

(3) CH Le Vinatier, BRON, FRANCE

**Introduction :** Les résultats concernant l'existence d'un biais mnésique implicite congruent à l'humeur chez le patient dépressif, sont contrastés. Les types de tâche effectuée, de population étudiée, l'existence ou non d'un traitement anti-dépresseur (AD) et la période d'évaluation au cours de la dépression semblent intervenir dans ces divergences. À notre connaissance, aucun auteur n'a évalué de façon longitudinale le biais mnésique implicite congruent à l'humeur chez le patient souffrant de dépression résistante (DR) au moyen d'une tâche de décision lexicale simple avec amorçage de répétition au moyen de mots de différentes valences émotionnelles en contrôlant le facteur traitement AD.

**Objectif :** L'objectif principal de notre étude était d'évaluer le biais mnésique implicite au cours d'un protocole de traitement de la DR permettant le contrôle du traitement AD de la phase dépressive aiguë jusqu'à la guérison clinique en passant par les périodes de traitement précoce et de rémission clinique.

**Méthode :** Les patients ont été évalués au moyen d'une tâche de décision lexicale avant tout traitement (J0) après une période de *wash-out* de traitement AD de 7 jours minimum. Les témoins sains étaient appariés, sujet par sujet, sur le genre, l'âge et le niveau d'études.

**Résultats :** 21 patients souffrant de DR (6 hommes, 15 femmes ; âge moyen  $57,76 \pm 12,62$  ans) et 21 témoins sains appariés (6 hommes, 15 femmes ; âge moyen  $59,29 \pm 13,18$  ans) ont été inclus dans l'étude. À partir de l'analyse des temps de réaction (TR) sur les mots, nous mettons en évidence un traitement automatique de l'information émotionnelle chez les patients souffrant de DR (en dehors de toute influence du traitement AD) comparable à une population témoin ne souffrant pas de trouble thymique. Ceci est confirmé par un effet de l'amorçage, les TR pour les mots amorcés étant plus rapides que ceux pour les mots non amorcés. En revanche, nous n'observons aucun effet de la valence émotionnelle des mots.

**Conclusion :** Cette étude, forte d'un contrôle systématique d'un grand nombre de variables pouvant influencer la décision lexicale, montre un comportement quasi identique chez les patients souffrant de DR et les témoins appariés.

**Mots clés :** Biais congruent à l'humeur ; Dépression ; Mémoire implicite ; Traitement antidépresseur.

**PO 138****ANALYSE POOLÉE DE 4 ÉTUDES CLINIQUES RANDOMISÉES COMPARANT L'EFFICACITÉ ET LA TOLÉRANCE DE L'AGOMÉLATINE VERSUS ESCITALOPRAM, FLUOXÉTINE ET SERTRALINE APRÈS 6 MOIS DE TRAITEMENT**

K. DEMYTTENAERE (1), F. PICAREL-BLANCHOT (2)

(1) Centre Psychiatrique Universitaire Catholique, LOUVAIN, BELGIQUE

(2) I.R.I.S., SURESNES, FRANCE

L'efficacité anti-dépressive de l'agomélatine a été démontrée à court terme (6-8 semaines) et à long terme (6 mois) *versus* placebo ainsi que jusqu'à 10 mois dans la prévention des rechutes.

Ce travail présente les résultats de la méta-analyse de l'effet à long terme de l'agomélatine *versus* des ISRS dans 4 études comparatives : *versus* fluoxétine, sertraline et deux fois escitalopram, avec un design identique (une phase aiguë suivie par une phase d'extension de 24 semaines).

De façon générale, une approche méta-analytique a été utilisée pour évaluer l'efficacité et 1 262 patients traités pour un EDM ont été inclus (627 sous agomélatine, 635 sous ISRS).

À la dernière évaluation sur la période de 24 semaines, le score final à l'HAM-D était significativement plus faible chez les patients traités par agomélatine que chez ceux traités par ISRS, avec une différence de 1,08 (0,44) point ( $p = 0,014$ ) dans la population totale étudiée (FAS) et de 1,01 (0,50) point ( $p = 0,040$ ) dans le sous-groupe de patients ayant une dépression sévère (HAM-D initial  $\geq 25$ ).

À 24 semaines les taux de réponse à l'HAM-D (diminution d'au moins 50 % du score total de l'HAM-D) étaient significativement plus élevés chez les patients traités par agomélatine que chez ceux traités par ISRS. La différence des taux de réponse était de 5,09 % ( $p = 0,031$ ) dans la population FAS et de 5,11 % (2,59) ( $p = 0,048$ ) dans le sous-groupe de patients sévères. Les taux de rémission à l'HAM-D (HAM-D  $\leq 6$ ) étaient également numériquement mais pas significativement plus élevés chez les patients traités par agomélatine que chez ceux traités par ISRS avec une différence de 4,12 % (2,79) ( $p = 0,139$ ) dans la population FAS.

Le pourcentage de patients rapportant au moins un événement indésirable dû au traitement était identique avec l'agomélatine et les ISRS (65,9 % *versus* 67,4 %). Le pourcentage de patients ayant eu au moins un événement indésirable conduisant à l'arrêt du traitement était de 9,4 % chez les patients traités par ISRS et de 6,6 % chez ceux traités par agomélatine ( $p = 0,065$ ).

Cette analyse poolée de 4 études, à 24 semaines, comparant l'agomélatine à la fluoxétine, la sertraline et l'escitalopram montre que l'agomélatine est au moins aussi efficace que les ISRS étudiés.

**PO 139**  
**IMPACT DE LA DOULEUR À L'ACCOUCHEMENT SUR LE RISQUE DE DÉPRESSION DU POST-PARTUM : ÉTUDE D'UNE COHORTE DE 264 FEMMES**

A. GAILLARD (1), Y. LE STRAT (2), L. MANDELBROT (2), H. KEITA (2), M.O. KREBS (1), C. DUBERTRET (2)

(1) Centre Hospitalier Sainte-Anne, PARIS, FRANCE  
 (2) Hôpital Louis Mourier, COLOMBES, FRANCE

*Introduction* : La dépression du post-partum (DPP) constitue un problème majeur de santé publique. Elle touche environ 13 % des femmes accouchées et retentit à la fois sur la mère et sur son enfant. Certains facteurs de stress ont été identifiés comme augmentant le risque de DPP. La douleur de l'accouchement peut être considérée comme un facteur de stress.

*Objectif* : Notre étude avait pour objectif principal d'étudier le risque de DPP chez les femmes accouchant sans péridurale (donc ayant un accouchement douloureux). Nos objectifs secondaires étaient d'étudier le rôle d'autres facteurs de risque obstétricaux (intensité de la douleur, mode d'accouchement en urgence, allaitement...) et sociodémographiques.

*Méthode* : Dans une étude prospective longitudinale, nous avons suivi l'évolution des symptômes dépressifs pendant la grossesse et le post-partum grâce à l'Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), et collecté les éléments sociodémographiques et obstétricaux d'une cohorte de 264 patientes. Un score > 12 représentait un risque probable d'épisode dépressif majeur.

*Résultats* : Dans notre échantillon, le fait d'accoucher sans péridurale, l'intensité de douleur et un mode d'accouchement imprévu (accouchement par voie basse assisté, césarienne en urgence) n'augmentaient pas le risque de DPP. L'allaitement était associé à un taux plus faible de dépression à quatre semaines. La prématurité, les complications de l'accouchement et du post-partum étaient associées à un taux plus élevé de dépression. Le fait d'avoir perdu un enfant (IMG, MFIU, mort néonatale) était spécifiquement associé au risque de dépression à début postnatal tandis qu'un milieu socio-économique fragile représentait un facteur de risque spécifique de dépression anténatale se prolongeant au-delà de l'accouchement. L'humeur dépressive pendant la grossesse et le post-partum immédiat était le facteur le plus prédictif de dépression postnatale.

*Discussion* : D'autres études doivent être menées pour évaluer le retentissement de la douleur de l'accouchement chez les femmes présentant une prédisposition génétique ou d'autres facteurs de risque de dépression postnatale. Le retentissement de l'accouchement douloureux et les modifications de la réponse physiologique au stress secondaires doivent également être étudiés chez l'enfant.

**PO 140**  
**RÉMISSION FONCTIONNELLE DANS LA DÉPRESSION ET INDICE DE SATISFACTION DES PATIENTS : RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE DIAPASON**

S. MOUCHABAC (1), P. LEMOINE (2), F.J. BAYLE (3)

(1) Centre Hospitalier Saint Antoine, PARIS, FRANCE  
 (2) Clinique Lyon-Lumière, MEYZIEU, FRANCE  
 (3) Centre Hospitalier Sainte-Anne, PARIS, FRANCE

*Introduction* : Un consensus émerge pour que la rémission fonctionnelle soit systématiquement évaluée dans le traitement des états dépressifs majeurs (EDM). Car dans de nombreux cas, la rémission clinique ne s'accompagne pas nécessairement d'un fonctionnement optimal favorisant la réinsertion des malades dans leur environnement familial, social et professionnel.

*Objectif* : DIAPASON avait pour objectif d'étudier, chez des patients déprimés traités par de l'agomélatine, leur réponse clinique globale et leur fonctionnement social à l'aide d'un outil spécifique. La QFS (Questionnaire de Fonctionnement Social) renseigne des domaines spécifiques du fonctionnement : objectivement par la fréquence des comportements sociaux (F : indice de Fréquence) et subjectivement pour le ressenti du patient vis-à-vis de sa performance sociale (S : indice de Satisfaction), constituant un indice global G. Elle apportera aussi des informations sur la séquence d'amélioration fonctionnelle du patient.

*Méthode* : Cette étude observationnelle a suivi pendant 6 à 8 semaines, 3 139 patients ayant un EDM. L'évaluation comportait à l'inclusion (C1) et à la visite de suivi (C2) : une évaluation clinique (QIDS-C, CGI) et fonctionnelle (QFS, SDS).

*Résultats* : 3 139 patients (âge moyen 46,3 ans  $\pm$  12,4). À C1 le score moyen de la QIDS est de 17,0  $\pm$  3,4. Sur la CGI-S, 97 % ont un score > 4. À la QFS-G : 72,4 % de fonctionnement « pauvre », 10,2 % « très faible », 13,9 % « faible ». Le score global de la SDS est de 21,3  $\pm$  4,8.

À C2, on observe une diminution du score de la QIDS : - 7,9  $\pm$  4,7 ( $p < 0,01$ ). Le taux de réponse sur la QIDS est de 50,2 % [48,4-52,0 %] et 23,4 % [22,0-25,0 %] ayant présenté une rémission complète. L'amélioration sur la SDS est significative et les 3 indices QFS sont significativement augmentés, mais plus marquée pour l'indice de Satisfaction (6,7  $\pm$  6,7) par rapport à l'indice de Fréquence (4,2  $\pm$  5,4).

*Conclusion* : Les résultats montrent une amélioration du fonctionnement social des patients déprimés traités par de l'agomélatine. Si la fréquence des comportements augmente, le ressenti du patient s'améliore plus rapidement ce qui laisse penser qu'une action spécifique du traitement contribue à donner au patient la possibilité de mieux se réinsérer dans son environnement social, familial et professionnel.

**PO 141**  
**DÉPRESSION DU SUJET ÂGÉ : PRÉVALENCE ET CARACTÉRISTIQUES CLINIQUES**

R. ENNAOUI, R. JOMLI, A. OUERTANI, H. MAMI, F. NACEF

Hôpital Razi, TUNIS, TUNISIE

*Introduction* : La dépression est une maladie fréquente chez la personne âgée. Elle est souvent mal dépistée et mal prise en charge. Les symptômes dépressifs sont souvent banalisés et considérés à tort comme une conséquence du vieillissement.

*Objectifs* : Déterminer la prévalence et les caractéristiques cliniques de la dépression du sujet âgé.

*Patients et méthodes* : Il s'agit d'une étude rétrospective réalisée à la consultation externe de l'hôpital Razi, portant sur tous les dossiers des patients âgés de 65 ans et plus

examinés durant l'année 2011, et ayant reçu le diagnostic d'épisode dépressif majeur selon les critères DSM-IV.

**Résultats :** 35 dossiers ont été colligés (soit 40 % de l'ensemble des pathologies psychiatriques), l'âge moyen des patients était de 75,5 ans, le sex-ratio (H/F) était de 0,75. La majorité des patients savait un statut marital de veuf (48,5 %). 20 % des patients étaient retraités et le niveau socio-économique était faible dans 51,4 %. Les antécédents personnels somatiques et psychiatriques ont été retrouvés respectivement chez 57 % et 20 % des patients. Les plaintes somatiques ont été retrouvées chez 40 % des patients, alors que les plaintes spontanées de tristesse n'ont été enregistrées que chez 4 patients.

**Conclusion :** La dépression du sujet âgé est une maladie fréquente, avec souvent des formes cliniques atypiques. Le diagnostic est indispensable pour permettre une prise en charge thérapeutique adaptée et dépister les facteurs de mauvais pronostic. En effet, la prise en charge optimale de la dépression peut améliorer de façon rapide la qualité de vie des patients concernés, ce qui représente l'objectif ultime des soins promulgués aux personnes âgées.

#### **PO 142** **RÔLE DE L'ACTIVITÉ PHYSIQUE DANS LE** **TRAITEMENT DES TROUBLES ANXIODÉPRESSIFS**

M. ABBES, G. MTIBAA, J. MASMOUDI, I. FEKI, O. OUTA, A. JAOUA

CHU, Hédi Chaker, SFAX, TUNISIE

**Objectif :** Déterminer les avantages de la pratique de l'activité physique dans la réduction des symptômes dépressifs et anxieux qui est considérée de nos jours comme une aide thérapeutique aux approches psychothérapeutiques et pharmacologiques de l'anxiété et de la dépression.

**Matériels et méthodes :** Une recherche de la littérature a été effectuée, à partir des bases de données suivantes : Sciences direct/MEDline/Pubmed...

**Mots-clés utilisés au cours de la recherche :** « Activité physique », « anxiété », « dépression », « physical activity and depression », « activité physique et troubles mentaux ».

**Résultats :** Plusieurs articles ont mis en évidence l'importance de l'activité physique dans le traitement de la dépression – essentiellement l'activité physique à faible intensité. Pour qu'il soit efficace, un programme d'activité physique devrait durer au minimum 10 à 16 semaines.

L'augmentation des endorphines circulantes pendant l'exercice physique aurait une action médiatrice sur les effets psychologiques, du fait de leur importance dans la régulation de l'humeur et dans la perception de la douleur. L'augmentation de la température corporelle après l'activité physique a été considérée comme responsable de la diminution de l'anxiété.

L'endomorphine, la bêta endomorphine qui sont directement liées à la neurogénèse réduisent la douleur et provoquent un état euphorique et augmentent au cours de l'exercice physique.

La phényléthylamine, (neuroamine endogène) joue un rôle au niveau de l'humeur, de l'attention et de l'énergie physique. Toujours sous l'effet d'un exercice physique, la sécrétion d'un facteur neurotrophique issu du cerveau (BDNF) a un rôle

majeur dans le développement et la survie des neurones. L'amélioration de l'image corporelle, de l'estime de soi et des relations sociales pourrait également expliquer ces effets bénéfiques de l'activité physique.

**Conclusion :** L'activité physique peut être considérée comme une aide thérapeutique aux approches psychothérapeutiques et pharmacologiques de la dépression et de l'anxiété. Elle semble constituer un type de traitement non spécifique avec un réel potentiel psychothérapeutique qui a été jusqu'à présent négligé.

#### **PO 143** **DÉPISTAGE DE LA DÉPRESSION** **CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE, CONSULTANT** **EN MÉDECINE GÉNÉRALE, PAR LE MINI-GDS**

A. OUERTANI, R. JOMLI, H. MAMI, F. NACEF

Hôpital Razi, LA MANOUBA, TUNISIE

**Introduction :** La dépression est une affection très fréquente chez la personne âgée. Elle demeure négligée, méconnue ou mal traitée. Elle doit être distinguée du vieillissement normal (deuil et crise du vieillissement).

**Objectifs :** L'objectif de notre étude est de déterminer la prévalence de la dépression chez la personne âgée consultant en médecine générale.

**Méthodologie :** Il s'agit d'une étude transversale, réalisée auprès des personnes âgées consultant au dispensaire local de Zahrouni à Tunis, pour des pathologies variées. L'évaluation a été réalisée à l'aide d'une échelle spécifique à la pratique gériatrique : l'échelle de dépression mini-GDS (mini Gériatric Depression Scale) à 4 items.

**Résultats :** La population étudiée est composée de 30 personnes, âgées de 65 à 89 ans, dont 21 femmes (70 %) et 9 hommes (30 %). Une dépression a été retrouvée dans 54 % des cas.

La dépression est plus fréquente chez la femme (62 % contre 33 % chez l'homme). La dépression est indépendante de l'âge après 65 ans. Une comorbidité somatique est retrouvée dans 99 % des cas. La prise de traitement au long cours, à effets indésirables dépressogènes (notamment certains anti-hypertenseurs) est retrouvée dans 73 % des cas.

**Conclusion :** La période du vieillissement est riche en facteurs dépressogènes ; psychologiques, somatiques et iatrogènes, nécessitant chez les sujets âgés en particulier ceux consultant en médecine générale, une plus large utilisation des échelles spécifiques de dépression afin de les mieux diagnostiquer et de les traiter correctement.

#### **PO 144** **DÉPISTAGE DE LA DÉPRESSION** **CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE CONSULTANT** **EN MÉDECINE GÉNÉRALE PAR LE PHQ-9** **(PATIENT HEALTH QUESTIONNAIRE)**

A. OUERTANI, R. JOMLI, H. MAMI, F. NACEF

Hôpital Razi, LA MANOUBA, TUNISIE

**Introduction :** La dépression chez la personne âgée est associée à des risques somatiques, fonctionnels et suicidaires

élevés. Elle pose le problème de difficulté diagnostique à cause de ses particularités cliniques à cet âge, d'où l'intérêt du recours aux échelles d'évaluation de la dépression en consultation gériatrique.

**Objectifs :** L'objectif de notre étude est de déterminer la prévalence de la dépression chez la personne âgée consultant en médecine générale.

**Méthodologie :** Il s'agit d'une étude transversale, réalisée auprès des personnes âgées consultant, au dispensaire local de Zahrouni à Tunis, pour des pathologies variées. L'évaluation a été réalisée à l'aide d'une échelle de dépression qui est non spécifique de la personne âgée en cours de validation en langue arabe : Échelle PHQ-9.

**Résultats :** La population étudiée est composée de 30 personnes, âgées de 65 à 92 ans, dont 18 femmes (60 %) et 12 hommes (40 %). Une dépression a été retrouvée dans 28 % des cas.

La dépression est plus fréquente chez la femme (58 %). La dépression est indépendante de l'âge après 65 ans. Une comorbidité de pathologie somatique est retrouvée dans 100 % des cas. La prise de traitement au long cours, à effets indésirables dépressogènes (notamment certains antihypertenseurs) est retrouvée dans 68 % des cas.

**Conclusion :** L'échelle PHQ-9 semble ne pas être un outil adapté au dépistage de la dépression chez la personne âgée. Car, le pourcentage de déprimés retrouvé était seulement de 28 %. Ce qui est très inférieur aux résultats retrouvés dans la littérature en utilisant d'autres échelles spécifiques.

#### **PO 145 ÉTUDE DE LA DÉPRESSION EN INSTITUTION GÉRIATRIQUE**

F. FEKIH-ROMDHANE, S. OUANES, N. BENNOUR,  
R. DJEBBI, W. MELKI

*Hôpital Razi, TUNIS, TUNISIE*

**Introduction :** En institution, la dépression est fréquente et sous-diagnostiquée.

Nous proposons d'étudier, auprès d'une population de sujets âgés vivant en institution, la prévalence de la dépression, et les liens pouvant exister entre les caractéristiques sociodémographiques des patients et le niveau de dépression.

**Matériels et méthodes :** Il s'agit d'une étude prospective transversale menée auprès de 32 sujets âgés accueillis au « centre de protection des personnes âgées de La Manouba ».

Nous avons utilisé :

- Un questionnaire comprenant les caractéristiques démographiques et sociales.

- L'échelle d'évaluation de la dépression : la Geriatric depression scale (GDS) à 15 items. Une dépression probable est diagnostiquée pour un score global supérieur ou égal à 7.

**Résultats :** L'âge moyen de notre population est de 72,81 ans, La majorité des sujets interrogés est de sexe masculin (59 %), est veuve (43,75 %) et n'a pas dépassé l'enseignement primaire. La durée moyenne d'institutionnalisation est de 5,53 ans.

19 sujets (59 %) sont considérés comme ayant une dépression.

L'âge et le sexe des patients semblent peu liés au niveau de dépression.

Il n'y a pas de différence significative selon le nombre de visites par mois, ni le nombre de sorties par an, ni le choix d'être institutionnalisé.

L'intensité de la dépression est négativement corrélée avec le niveau d'éducation ( $p = 0,000$ ).

Nous obtenons une différence significative pour la situation financière ( $p = 0,000$ ). La durée d'institutionnalisation est liée négativement au niveau de dépression ( $p = 0,042$ ).

**Conclusion :** Nos résultats confirment les données présentes dans la littérature actuelle rapportant une augmentation de la prévalence de la dépression du sujet âgé en institution. Il est important d'identifier les facteurs sur lesquels on peut agir afin d'améliorer la prise en charge au sein de l'institution gériatrique en Tunisie, et améliorer en conséquence la qualité de vie des sujets âgés institutionnalisés.

#### **PO 146 ÉVALUATION DES FONCTIONS COGNITIVES CHEZ DES PATIENTS SUIVIS POUR TROUBLES DE L'HUMEUR EN PÉRIODE D'EUTHYMIE : ÉTUDE COMPARATIVE ENTRE TROUBLE BIPOLAIRE, TDM ET TÉMOINS**

A. MTIRAOUI, A.S. BANNOUR, Z. GHATTASSI, O. BRAHAM,  
S. BEN NASR, Y. EL KISSI, B. BEN HADJ ALI

*Service de Psychiatrie, CHU Farhat Hached, Faculté de Médecine, SOUSSE, TUNISIE*

**Introduction :** Une altération significative des performances cognitives chez les patients suivis pour troubles de l'humeur a été mise en évidence durant la phase aiguë de la maladie et après retour à l'euthymie. Certains auteurs ont émis l'hypothèse selon laquelle ces déficits pouvaient constituer un marqueur de la maladie bipolaire. De même, il a été suggéré que les domaines cognitifs atteints chez les patients suivis pour trouble bipolaire (TB) et ceux suivis pour trouble dépressif majeur (TDM) étaient différents.

**Objectif :** L'objectif de notre travail était d'évaluer les fonctions cognitives chez un groupe de patients suivis pour TB type 1 et un groupe de patients suivis pour TDM en période d'euthymie.

**Matériel et méthode :** Nous avons recruté, de manière prospective, 54 patients bipolaires type 1 et 24 patients portant le diagnostic de TDM selon les critères du DSM-IV, âgés entre 18 et 60 ans, euthymiques depuis au moins trois mois au moment de l'évaluation (HAMD-21 < 8 et YMRS < 7). Nous avons, de même, recruté 60 témoins indemnes de troubles psychiatriques appariés pour l'âge, le sexe et le niveau d'instruction.

L'évaluation neuro-psychologique a été réalisée grâce aux Reitan trail-making test A et B (TMT-A et TMT-B), aux tests de fluence verbale phonémique et catégorielle, aux tests de l'empan de chiffres direct et inversé et à la figure complexe de Rey (ROCF).

**Résultats :** Nous avons objectivé une altération significative des fonctions cognitives chez les deux groupes de patients par rapport aux témoins ( $p < 0,05$ ). Les performances

cognitives aux tests de fluence verbale phonémique ( $p = 0,031$ ) et catégorielle ( $p < 10^{-3}$ ), de l'empan de chiffres direct ( $p < 10^{-3}$ ) et inverse ( $p < 10^{-3}$ ), à la copie ( $p = 0,004$ ) et à la reproduction de mémoire de la ROCF ( $p = 0,02$ ) étaient significativement plus altérées chez les patients suivis pour TB1 que chez ceux suivis pour TDM. Il n'y avait pas de différence significative entre les deux groupes concernant les performances aux TMT-A et au TMT-B.

**Conclusion :** Nos résultats rejoignent les données de la littérature qui montrent la persistance des dysfonctions cognitives chez les patients suivis pour troubles de l'humeur après retour à l'euthymie. Le profil de ces dysfonctions diffère cependant entre patients suivis pour TDM et ceux suivis pour TB1.

#### **PO 147 VALEUR PRONOSTIQUE DES SYMPTÔMES SOMATIQUES FONCTIONNELS DANS LA DÉPRESSION DE L'ADOLESCENT**

H. MAMI, R. JOMLI, A. OUERTANI, R. ENNAOUI, F. NACEF

*Hôpital Razi, TUNIS, TUNISIE*

**Introduction :** Les plaintes somatiques fonctionnelles sans explication organique représentent un motif fréquent de consultation. Plusieurs pathologies psychiatriques peuvent être en cause, dont la dépression.

**Objectif :** Mettre l'accent sur la signification pronostique péjorative de cette symptomatologie somatique.

**Matériel et méthodes :** Cas d'un adolescent suivi à la consultation de psychiatrie de l'hôpital de Nabeul pour une dépression sévère avec au-devant de la symptomatologie des signes somatiques multiples.

**Résultats :** Mr M âgé de 18 ans, sans antécédents familiaux psychiatriques ni personnels particuliers, est suivi à la consultation de psychiatrie de l'hôpital de Nabeul pour un épisode dépressif majeur incluant des signes somatiques multiples à type de douleurs abdominales, de céphalées, de polyurie, de fatigue et insomnie. Une exploration clinique et para clinique a éliminé toute explication organique. La prise en charge thérapeutique était difficile, avec une réponse retardée suite au changement et recours à deux antidépresseurs de classe différente.

L'évolution clinique a été marquée par la récurrence de l'épisode dépressif avec apparition d'idéations suicidaires.

#### **PO 148 DÉPRESSION ET DIABÈTE DE TYPE 2**

H. MAMI, S. ELLINI, F. ELLOUZ, H. AMMAR, K. BEN SALAH

*Hôpital Razi, TUNIS, TUNISIE*

**Objectif :** Étudier la prévalence de la dépression dans une population de patients diabétiques de type 2, et relever le retentissement de la dépression sur l'équilibre diabétique.

**Matériel et méthodes :** Notre étude est de type transversal. Elle a concerné un groupe de 100 patients diabétiques de type 2 suivis dans un service d'endocrinologie. Pour chacun de ces patients nous nous sommes intéressés à l'équilibre

diabétique (glycémie à jeun et dosage de l'hémoglobine glyquée...). La recherche d'une éventuelle dépression a été réalisée par la passation de l'échelle HAD.

**Résultats :** Notre série est composée de 60 femmes et 40 hommes. Plus que la moitié de nos patients (55 %) avaient un mauvais équilibre de leur diabète avec une HBA1C supérieure à 7.

La prévalence de la dépression est de 38 %.

Un mauvais équilibre glycémique était plus significatif chez les déprimés (81 %) par rapport aux non déprimés (< 50 %).

La dépression est susceptible de compromettre l'équilibre glycémique en raison de ses effets négatifs sur la prise en charge du diabète avec moins de respect des règles hygiéno-diététiques, l'abandon de l'auto surveillance de la glycémie, la diminution de l'activité physique, l'augmentation du tabagisme et de la consommation d'alcool, une mauvaise observance des traitements antidiabétiques et du suivi du diabète.

#### **PO 149 DÉPRESSION DU SUJET ÂGÉ ET NUTRITION : UNE VOIE THÉRAPEUTIQUE ET PHYSIOPATHOLOGIQUE ?**

J.F. COSTEMALE-LACOSTE

*CHU Reims, REIMS, FRANCE*

La nutrition dans la dépression des patients âgés et/ou poly-pathologiques est un enjeu de vie ou de mort. Les données actuelles de littérature montrent qu'il existe un lien très étroit entraînant les patients dans un véritable cercle vicieux nutrition/dépression. La dépression entraînant une dénutrition qui elle-même aggrave la dépression quand ce n'est pas l'inverse.

Les travaux récents sur les acides gras à longue chaîne de type oméga-3 nous démontrent qu'avoir une alimentation peu riche en ces nutriments est un facteur de risque de dépression mais aussi de maladie cardio-vasculaire. D'ailleurs, les données actuelles sur l'adjonction d'acides gras polyinsaturés ont démontré une efficacité chez les patients déprimés ainsi que sur leur fonction cardio-vasculaire. Les vitamines B sont sensibles à la dénutrition et diminuées lors de la dépression. Elles ont fait l'objet de l'étude Beyond Ageing Project, dont l'objectif a été de prouver l'efficacité cognitive sur des patients âgés dépressifs de la supplémentation en vitamine B9 et B12 contre placebo avec des résultats convaincants. Par contre, Walker JG. *et al.* ont publié dans le BMJ de juillet 2010 une étude contrôlée ne retrouvant pas d'efficacité de la supplémentation en ces vitamines sur le risque de survenue d'épisode dépressif. Néanmoins, Skarupski KA *et al.* ont démontré (The American Journal of Clinical Nutrition, août 2010) que des taux élevés de vitamines B6 et B12 étaient protecteurs pour la survenue d'un épisode dépressif. La vitamine D peut, elle aussi, faire l'objet d'une supplémentation. Ses taux sont fréquemment bas lors d'un épisode dépressif.

Il paraît important de faire le point sur les compléments nutritionnels dont pourraient bénéficier nos patients qui présentent un épisode dépressif en adjonction de leur thérapeutique antidépresseive pour améliorer l'efficacité sans augmenter le risque d'iatrogénie et réduire le risque de comorbidité somatique.

**PO 150**  
**EFFETS COMPORTEMENTAUX ET COGNITIFS**  
**DE L'ADMINISTRATION AIGUË ET CHRONIQUE**  
**DE KÉTAMINE CHEZ LE RAT**

P. DE MARICOURT (1), G. LE PEN (1), M. BERANECK (2),  
 R. GAILLARD (3), T. JAY (1)

(1) Centre de Psychiatrie et de Neurosciences – INSERM U894 – Physiopathologie des Maladies Psychiatriques, PARIS, FRANCE

(2) Centre d'Étude de la Sensori Motricité – CNRS UMR 8194, PARIS, FRANCE

(3) S.H.U. de Santé mentale et de Thérapeutique, CH Sainte-Anne – Université Paris Descartes, PRES Sorbonne Paris Cité, PARIS, FRANCE

La kétamine est un antagoniste non compétitif du récepteur NMDA glutamatergique. Il a été montré que l'administration d'une faible dose de kétamine chez des patients présentant une dépression résistante produit un effet antidépresseur rapide. Son utilisation comme antidépresseur et son rôle potentiel dans les mécanismes de synaptogenèse et neurogenèse représente une stratégie thérapeutique novatrice. Seulement cet effet est transitoire. L'administration répétée de kétamine pourrait être une piste thérapeutique intéressante mais les effets secondaires résultants d'une telle exposition sont mal connus. Les études mettant en évidence les conséquences cognitives de l'usage chronique donnent lieu à des résultats contradictoires. Si les études chez l'homme restent indispensables, elles ne permettent pas d'explorer complètement les hypothèses issues de ces observations. Chez l'animal, les effets sont souvent étudiés après des administrations aiguës et peu d'études ont comparé les conséquences d'une administration aiguë et chronique. L'objectif de ce travail était d'évaluer les effets comportementaux et cognitifs de la kétamine en comparant les conséquences d'une exposition aiguë et chronique à plusieurs doses (5 ; 10 et 25 mg/kg) chez le rat. Il a été mis en évidence une diminution de l'activité locomotrice en aigu et en chronique à la dose de 25 mg/kg de kétamine. Un effet anxiogène à cette dose a été également mis en évidence lors de l'exposition aiguë uniquement. L'effet antidépresseur tend à être montré en aigu à 25 mg/kg de kétamine avec une diminution du comportement de désespoir sans effet en chronique. Les tests cognitifs de prise de décision « Rat gambling task » et de flexibilité cognitive « Reversal learning task » montrent en chronique une altération de ces processus chez les rats traités par kétamine.

**PO 151**  
**STRATÉGIES THÉRAPEUTIQUES DANS**  
**LA PRÉVENTION DES RÉCIDIVES DÉPRESSIVES**

I. YACOUB, A. DRIDI, R. BÉJI, O. RAJHI, S. ELLINI,  
 K. BEN SALAH, F. ELLOUZE, M.F. M'RAD

Hôpital Razi, TUNIS, TUNISIE

*Introduction* : La dépression est une maladie dont l'évolution est souvent chronique, surtout quand elle est endogène, en raison de la forte prévalence des récurrences thymiques. On estime qu'environ 75 à 80 % des patients ayant eu un épisode

dépressif majeur, récidivent avec un nombre moyen de quatre épisodes sur la vie entière.

Or malgré ce risque élevé de rechute et/ou de récurrence dépressive, plus que de la moitié de patients souffrant de dépressions unipolaires ne reçoivent aucun traitement préventif.

*Objectif* : Nous essayerons à travers une revue de la littérature de faire une mise au point des stratégies thérapeutiques prophylactiques de la dépression unipolaire.

*Méthodes* : Revue de la littérature sur la base des données PUBMED des articles récemment publiés.

*Résultats et discussion* : La dépression reste encore un problème de santé publique.

Bien qu'on observe une rémission complète chez près de la moitié des patients après un traitement pharmacologique bien conduit de leur épisode dépressif lors des essais cliniques, il est efficace de considérer la dépression comme une pathologie à haut risque de chronicité lorsqu'on envisage la prévention des rechutes et des récurrences.

Les antidépresseurs prescrits au long cours ont fait preuve de leur efficacité et doivent être préconisés en première intention dans le traitement prophylactique de la dépression unipolaire. Des actions de soins multiples formalisées mais ajustables aux nécessités du moment spécifiques de la prise en charge doivent être mises en œuvre tout au long du suivi du patient seront le garant de prévention des récurrences.

La prescription d'un antidépresseur à dose efficace, l'impact des psychothérapies interpersonnelles et cognitivo-comportementales, le suivi régulier des patients, la recherche des symptômes résiduels fondent la prise en charge de la phase de maintenance et de prévention des récurrences.

*Conclusion* : Il est essentiel d'instaurer un traitement prophylactique dont l'objectif est de prévenir une récurrence et une éventuelle chronicisation. Les stratégies thérapeutiques de prévention du risque de récurrence des épisodes dépressifs est un processus dynamique qui commence dès le début de la prise en charge.

*Mots clés* : Dépression ; Prévention ; Récurrences ; Stratégies thérapeutiques.

**PO 152**  
**ÉTUDE DESCRIPTIVE DES CONGÉS DE MALADIE**  
**CHEZ LES PATIENTS SOUFFRANT DE DÉPRESSION**  
**SUIVIS À LA CONSULTATION DE PSYCHIATRIE**  
**DE NABEUL**

N. HALOUI

Hôpital Mohamed Tahar Maâmouri, HAMMAMET, TUNISIE

*Introduction* : Les troubles mentaux sont des affections graves, fréquentes et sont la source de coûts importants pour l'individu et pour la société. Ce coût est essentiellement lié aux coûts indirects représentés par la diminution de la productivité, l'absentéisme et les congés de maladie. Parmi ces troubles, la dépression occupe une place prépondérante.

*Objectif* : Décrire les caractéristiques des congés de maladie chez les patients souffrant de dépression suivis à la consultation externe de psychiatrie de Nabeul.

**Méthodologie :** Étude descriptive transversale des patients suivis pour dépression ayant consulté entre le 1<sup>er</sup> juillet 2012 et le 15 octobre 2012 à la consultation externe de psychiatrie de l'hôpital régional Mohamed Tahar Maâmouri de Nabeul. L'échantillon était composé des patients de l'auteur principal du travail. Les items étudiés étaient la prévalence des congés de maladie et les caractéristiques sociodémographiques des patients.

**Résultats :** 320 patients ont consulté pour dépression durant la période de l'étude. Parmi eux, 48 ont bénéficié d'un congé de maladie, soit une prévalence de 15 %. Parmi ces patients ayant bénéficié d'un congé de maladie, 69,45 % étaient des femmes et 30,55 % des hommes. Le type de congé était un congé de longue durée (CLD) dans 50,99 % des cas, un congé de maladie ordinaire dans 33,40 %, une retraite anticipée dans 11,45 % des cas. 4,16 % des patients ont bénéficié d'une invalidité. Concernant le secteur d'activité, 75 % des patients travaillaient dans le secteur privé, 18 % au ministère de l'éducation nationale et 7 % dans les autres ministères.

**Discussion :** La dépression est grande pourvoyeuse de congés de maladie. Ces congés de maladie varient selon le degré de handicap et peuvent aller d'un congé de maladie ordinaire jusqu'à un CLD. Pour certaines études, le risque élevé de récurrence de trouble dépressif pourrait expliquer le recours fréquent aux CLD. La prédominance féminine des congés de maladie est probablement en rapport avec la prédominance féminine des troubles dépressifs.

### PO 153 ACTIVITÉ ANTI-DÉPRESSIVE D'UN AGONISTE DA SÉLECTIF DES RÉCEPTEURS D1 DANS LE TEST DE PORSOLT

E. DAVENAS (1), C. DESORMEAUX (1), E. FREUND (1),  
T.M. JAY (1), F. LAVERGNE (2)

(1) INSERM, PARIS, FRANCE  
(2) PARIS, FRANCE

De nombreuses études ont montré que le traitement par un antidépresseur (AD) entraîne généralement une augmentation de la libération de dopamine (DA) dans plusieurs régions du SNC. Ce processus passerait par la stimulation des récepteurs glutamatergiques, attribuant ainsi un rôle important à la DA dans la dépression en tant que cofacteur de la voie glutamatergique (Lavergne et Jay, 2010). Pour tester l'hypothèse d'une action AD d'un agoniste D1, nous avons évalué l'effet de l'administration de concentrations croissantes (0,75 à 3 mg/kg) d'un agoniste connu du récepteur D1 à la DA, le A77636 (Roberts *et al.*, 2010), chez des rats soumis ou non à un stress aigu, dans le test de la nage forcée (test de Porsolt) ou test prédictif d'une activité de type anti-dépressive (Porsolt *et al.*, 1977, 1978). Dans ce test, les animaux sont placés dans un récipient rempli d'eau dont ils ne peuvent s'échapper. Les animaux les plus « déprimés » ou les plus « résignés » nagent moins et passent plus de temps en immobilité. Deux paramètres ont été retenus pour analyser l'implication de l'agoniste dans le processus AD : le temps d'immobilité du rat et son temps d'escalade (phénomène d'échappement). Le temps passé à « échapper » moins le temps passé en « immobilité » témoignent d'une même dimension compor-

tementale que nous avons définie comme étant le temps « espoir » qui exprime la stratégie développée lors d'une activation D1 (moins d'immobilité, plus de comportement d'échappement). Nous montrons que le temps « espoir » est augmenté dans le groupe de rats recevant les doses élevées (1,5 et 3 mg/kg) de l'agoniste D1 comparativement au groupe de rats recevant une faible dose (0,75 mg/kg). Les résultats indiquent une augmentation de 78 % pour le groupe de rats non stressés et de seulement 17 % pour le groupe de rats stressés, ce qui confirme notre hypothèse d'une activation commune D1 pour tous les ADs et montre que le stress aigu réduit la réponse induite par l'agoniste D1.

### PO 154 AMÉLIORATION DE L'HUMEUR ET DE L'ANXIÉTÉ SOUS OCYTOCINE DANS LA DÉPRESSION : ÉTUDE PILOTE

G. SCANTAMBURLO, M. ANSSEAU, J. LEGROS,  
V. GEENEN

CHU de Liège, LIÈGE, BELGIQUE

**Introduction :** Les effets centraux de l'ocytocine (OT), peptide neuro-hypophysaire, incluent une implication dans le comportement social, sexuel, la formation du lien mère-enfant, l'anxiété, l'humeur, le contrôle des aliments, et la mémoire. À travers son rôle crucial dans la régulation de l'axe corticotrope et son effet modulateur de l'activité amygdalienne, elle est considérée comme une « hormone anti-stress ».

L'utilisation efficace des antidépresseurs est de tendre à une normalisation des anomalies de l'axe hypothalamo-hypophysé-surrénalien. Certains auteurs suggèrent que l'action des SSRI pourrait être médiée en partie *via* le système ocytoninergique. À notre connaissance, aucune étude explorant les effets thérapeutiques de l'OT n'a encore été réalisée dans la dépression.

**Méthodologie :** Notre étude porte sur 14 patients déprimés, résistants au traitement antidépresseur. Chaque patient reçoit de l'OT intra-nasale sous forme de Syntocinon®, à raison de 16 UI par jour, en 2 prises (1 puff de 4 U.I. dans chaque narine matin et soir), durant 4 semaines. Des dosages biologiques et des questionnaires d'évaluation sont réalisés de manière hebdomadaire : l'échelle de dépression de Hamilton (HAM-D), l'Inventaire d'Anxiété de Spielberger (STAI-A), des échelles d'Impression Clinique Globale (CGI\_I et CGI\_S) et l'échelle d'évaluation globale de la qualité de vie.

L'objectif de l'étude est d'évaluer le possible effet potentialisateur de l'OT dans la dépression résistante et son profil anxiolytique.

**Résultats :** L'utilisation de l'OT montre une amélioration des scores de l'HAM-D aux J 8, J 15, J 28.

( $p = 0,0005$  ;  $p = 0,0048$  ;  $p < 0,001$ ), de la STAI-A aux J 8, J 15, J 28 ( $p = 0,04$  ;  $p = 0,015$  ;  $p = 0,04$ ), de la CGI\_I aux J 8, J 15, J 28 ( $p = 0,02$  ;  $p = 0,03$  ;  $p = 0,0037$ ), de la CGI\_S ( $p = 0,0034$  ;  $p = 0,0228$  ;  $p = 0,0022$ ), et de la perception globale de la qualité de vie aux J 8, J 15, J 28 ( $p = 0,046$  ;  $p = 0,044$  ;  $p = 0,014$ ).

**Conclusion :** L'étude suggère un impact positif de l'OT sur l'humeur, l'anxiété et la perception globale de la qualité de

vie des patients déprimés. Ces résultats requièrent de plus amples investigations qui pourraient révéler des implications thérapeutiques majeures dans la prise en charge de la pathologie dépressive.

### **PO 155 POTENTIALISATION DES ANTIDÉPRESSEURS PAR LE LITHIUM DANS LA DÉPRESSION UNIPOLAIRE**

A. OUERTANI, E. LAHMAR, R. INNAOUI, R. JOMLI, F. NACEF

*Hôpital Razi, LA MANOUBA, TUNISIE*

*Introduction* : La potentialisation des antidépresseurs par le lithium est connue depuis 1968 (Zall *et al.* 1968).

*Cas clinique* : Mr K.M., âgé de 40 ans, remarié et père de 2 enfants, de son deuxième lit, marchand de légumes de profession, aux antécédents somatiques de RAA est suivi à notre consultation externe depuis 2010 pour trouble dépressif majeur avec caractéristiques psychotiques congruentes à l'humeur avec rémission incomplète sous traitement antidépresseur (75 mg/j d'amitriptyline) et antipsychotique atypique (800 mg/j d'amisulpride). Hospitalisé dans notre service à deux reprises : dans les suites de sa troisième tentative de suicide (a tenté de s'égorger avec un couteau), et suite à une rechute dépressive sévère avec idées suicidaires. Le diagnostic d'épisode dépressif majeur avec caractéristiques mélancoliques a été porté au cours des deux hospitalisations et l'intéressé a été mis lors de la première hospitalisation sous 175 mg/j de clomipramine, 2,5 mg/j de lorazépam et 6 mg/j de rispéridone avec persistance d'une symptomatologie dépressive résiduelle soldée par une rechute sévère suite à laquelle il a été rehospitalisé. Lors de sa deuxième réintégration il a été mis sous 150 mg/j de venlafaxine, 800 mg/j d'amisulpride et 2,5 mg/j de lorazépam sans aucune amélioration. L'association de 250 mg/j de lithium (lithiémie à 0,4 mmol/l) au traitement précédent a permis une amélioration rapide du tableau dès le troisième jour du traitement.

*Conclusion* : Le délai d'action du Lithium pour notre patient fut de trois jours ce qui est conforme aux résultats de la littérature.

### **PO 156 LE SUICIDE DANS UN SERVICE DE SOINS**

E. CATRIN, C. GHEORGHIEV, C. GAULT, C. LEDUC

*Hôpital d'instruction des armées Bégin, PARIS, FRANCE*

Le suicide d'un patient hospitalisé en service de psychiatrie est l'un des événements les plus graves auquel peut être confronté les soignants. Il arrive rarement mais pas de façon exceptionnelle ; et nous renvoie à l'impuissance de ne pas avoir pu tout prévenir, tout anticiper. En effet comment appréhender cet événement alors qu'il se produit dans le lieu même de soins ?

Au travers du cas de Mme B, hospitalisée dans les suites d'une tentative de suicide par arme blanche, et décédée par pendaison dans sa chambre une semaine plus tard, il s'agit de se questionner sur l'amélioration de la prévention du passage à l'acte dans un service de psychiatrie, notamment dans le cadre d'un service ouvert. La question de l'hospitalisation

sous contrainte qui viendrait comme rempart absolu prévenir le passage à l'acte sera également discutée.

### **PO 157 INFLUENCE DE LA PLEINE LUNE SUR LE RISQUE SUICIDAIRE AU COURS DES SCHIZOPHRÉNIES**

K. AIOUEZ (1), F. KACHA (2)

(1) *CHU Mustapha Bacha, ALGER, ALGÉRIE*

(2) *EHS Mahfoud Boubeci, CHERAGA, ALGÉRIE*

Objet de nombreuses fascinations, la pleine Lune est assimilée à de nombreuses croyances, au-delà des légendes qu'on lui attribue telles que l'augmentation des accouchements, agressivité, crime, et suicide ; la pleine Lune est réellement à l'origine des marées. La force d'attraction lunaire agit sur nos liquides internes notamment le sang, entraînant une véritable micro marée intérieure par vasodilatation. Par ailleurs les astrophysiciens du CERN, en 1992 ont découvert que la lune émet des rayonnements électromagnétiques qui agiraient sur les électrons de nos cellules et en période de pleine lune ils auraient un effet électrique et excitant.

Notre étude a pour objectif d'étudier la variable « période de pleine lune » et voir si elle est liée à l'augmentation des conduites suicidaires au cours des schizophrénies sur un échantillon de 290 patients admis aux urgences psychiatriques du CHU Alger. Les résultats montrent qu'il n'y a pas de différence statistiquement significative [ $p = 0,15$ , OR = 0,16 (0,29 – 1,29)]. Ceci malgré nos impressions ou croyances concernant l'augmentation des conduites suicidaires dans notre pratique médicale. La Lune est ainsi innocentée : c'est un verdict confirmé par plusieurs études internationales et métaanalyses notamment celles de Marc Schwob et James Rotton.

### **PO 158 INSIGHT, SCHIZOPHRÉNIE ET CONDUITES SUICIDAIRES**

K. AIOUEZ (1), F. KACHA (2)

(1) *CHU Mustapha Bacha, ALGER, ALGÉRIE*

(2) *EHS Mahfoud Boubeci, CHERAGA, ALGÉRIE*

Quel paradoxe ! Si l'altération de la conscience du trouble est reconnue facteur de mauvais pronostic dans la schizophrénie, des études récentes suggèrent qu'améliorer la conscience du trouble constitue un des objectifs thérapeutiques en permettant une meilleure observance thérapeutique réduisant le niveau symptomatique, le risque de rechute, et aussi le risque de passage à l'acte suicidaire. Les données de la littérature sont consensuelles quant au lien entre un bon niveau d'insight et une augmentation du risque suicidaire chez les sujets affectés de schizophrénie. Par ailleurs il est actuellement établi que les patients atteints de schizophrénie sont sévèrement touchés par les troubles de la conscience de la maladie (50 % à 80 %), critère composite de la variable insight. Notre étude concernant la conscience du trouble s'inscrit dans le cadre d'une étude cas-témoin portant sur l'analyse des facteurs de risque suicidaire chez 290 patients souffrant de schizophrénie (148 sx-suicidants et 142 sx-non suicidants). Les résultats montrent que la conscience du trouble



multiplie par 8 le risque de faire une tentative de suicide en analyse univariée [ $p = 0,0009$  OR = 8,33 (1,78 – 50)]. Par ailleurs le modèle de régression logistique après ajustement de toutes les variables retient la variable « conscience du trouble » à côté de la dépression post-psychotique schizophrénique comme facteurs de risque suicidaire au cours des schizophrénies.

**PO 159**  
**VALIDATION CONCORRANTE**  
**DE L'AUTO-QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION**  
**DU RISQUE SUICIDAIRE DE DUCHER (ARSD)**

J.L. DUCHER (1), M. RENOUX (2), F. KWIATKOWSKI (3)

(1) Clinique de l'Auzon, LA ROCHE-BLANCHE, FRANCE

(2) CDR Pasteur, CLERMONT-FERRAND, FRANCE

(3) Centre Jean Perrin, CLERMONT-FERRAND, FRANCE

**Contexte :** Depuis 2005, le référentiel sur la prise en charge d'un épisode dépressif (HAS) fait obligation d'inscrire dans le dossier médical l'évaluation du risque suicidaire à chaque consultation. L'échelle unidimensionnelle d'évaluation du risque suicidaire RSD (de 0 à 10) permet son évaluation rapide (1-2 min) et sa répétition fréquente. Ses qualités métrologiques ont été démontrées dans plusieurs publications, ainsi que sa valeur prédictive. Le risque de passage à l'acte est considéré comme majeur à partir de 7. Une sensibilité de 100 % et une spécificité de 87 % ont été retrouvées dans une étude. Il a semblé utile de transcrire cette échelle sous forme d'auto-questionnaire (aRSD).

**Matériels et méthodes :** L'aRSD repose sur les mêmes principes que la RSD. De 1 à 5 : Idées de mort ou de suicide, mais sans intention de le faire. De 6 à 10 : Idées de suicide avec envie de mourir, d'abord de manière passive (6) ; puis retenue par un lien à la vie, par exemple la peur de faire souffrir un proche... (7) ; décidée, mais non planifiée (8) ; planifiée (9) et actée (début de passage à l'acte : 10). Il s'agit d'une échelle qui évalue le niveau décisionnel du patient face à un éventuel passage à l'acte. Une étude prospective incluant 100 patients des deux sexes (38 hommes/62 femmes), âgés de 23 à 79 ans (moyenne  $45,2 \pm 10,2$ ), présentant un épisode dépressif majeur (18 < MADRS < 48/moyenne  $30,9 \pm 6,8$ ) a servi à valider cette échelle.

**Résultats :** une corrélation très significative est retrouvée avec la RSD ( $r = 0,92$  ;  $p < 10^{-7}$ ). En analyse appariée, aucune différence ne sépare les deux questionnaires ( $5,08 \pm 2,85$  pour la RSD *versus*  $5,06 \pm 3,04$  pour l'aRSD ;  $p = 0,94$ ).

Les corrélations avec les échelles MADRS ( $r = 0,67$  et  $r = 0,68$ ,  $p < 10^{-7}$ ), CGI ( $r = 0,61$  et  $r = 0,62$ ,  $p < 10^{-7}$ ), HAD dépression ( $r = 0,39$  et  $r = 0,39$ ,  $p = 0,00009$ ), HAD anxiété ( $r = 0,25$  et  $r = 0,28$ ,  $p = 0,005$ ), sont retrouvées de manière similaire avec les deux modes de passation (hétéro *versus* auto).

**Conclusion :** L'auto-questionnaire aRSD semble une alternative intéressante à l'entretien pour l'évaluation du risque suicidaire. Cette étude montre la validité de cette approche. L'aRSD paraît indiquée dans un contexte de recherche clinique et/ou épidémiologique, mais aussi en pratique quotidienne.

**PO 160**  
**GENÈSE DE L'ATTENTAT SUICIDE**

J. VERNAY LÉCONTE

CH Guillaume Régnier, RENNES, FRANCE

Selon l'idée communément acceptée, les attaques suicide seraient perpétrées par des individus psychologiquement instables, non éduqués et en particulier par des fanatiques religieux. Mais les autopsies psychologiques des terroristes effectuées entre 1981 et 2008 mettent à mal cette hypothèse. En effet, il n'existerait pas de trait de personnalité permettant de discriminer les terroristes des individus « normaux ». Il existerait par contre une psychologie, une identité collective. Leur intégration intensive et excessive à la communauté leur ferait perdre toute identité et liberté propres.

La transmission générationnelle des formes de haine est un facteur explicatif à la genèse de tels actes. Pour les « nationo-séparatistes », le trauma primaire dans l'enfance résulte de l'humiliation des parents qui se sont élevés contre le régime. Ils portent en eux la mission de leurs parents et il existe une fusion entre leur identité et l'identité nationale. Le même trauma, cette fois dit « secondaire » se rencontre chez les enfants d'immigrés ne vivant pas dans les zones de conflit. Un mélange post-traumatique fait de deuils, de culpabilité d'avoir survécu et d'éléments dépressifs se constitue. D'un point de vue sociologique, les attentats suicide tiennent de l'altruisme : c'est une forme d'investissement intergénérationnel.

Il ne s'agit quasiment jamais d'actes isolés mais de campagnes nationalistes au cours desquelles le peuple est exhorté à défendre sa souveraineté. Il existe aujourd'hui dans certains pays à travers le monde une réelle éducation au martyr qui édifie l'attentat suicide comme acte de foi patriote et légitime. Cet acte sublimé par la communauté nécessite néanmoins la construction de barrières dissociatives afin d'accepter l'acte de mourir et de faire mourir. Pour Bandura, c'est le désengagement moral. Il s'agit de reconstruire une conduite amoralisée en conduite socialement et éthiquement acceptable. Bandura a ainsi identifié 7 mécanismes de désengagement moral dont les principaux sont la justification morale, le déplacement de responsabilité et la deshumanisation.

Une approche multicausale avec des facteurs individuels, organisationnels et environnementaux est nécessaire à la compréhension du phénomène.

**PO 161**  
**ADDICTION À LA COCAÏNE : UN FACTEUR**  
**DE RISQUE DE SUICIDE**

A. PETIT (1), F. LEVY (2), L. KARILA (3), M. REYNAUD (3), M. LEJOYEUX (1)

(1) Hôpital Bichat Claude Bernard, PARIS, FRANCE

(2) Hôpital Saint Antoine, PARIS, FRANCE

(3) Hôpital Paul Brousse, VILLEJUIF, FRANCE

La cocaïne est une substance psychoactive qui présente un grand potentiel suicidogène. La majorité des syndromes d'abus et de dépendance de cocaïne s'accompagne donc d'un risque accru de troubles psychiatriques, notamment de

passage à l'acte par levée d'inhibition. Des études mettent en évidence une association entre la dépendance à la cocaïne et le suicide, et estiment la prévalence de la consommation de cocaïne les jours précédents le suicide entre 9,4 et 20 % chez ces sujets.

Devant l'importance du nombre de passages à l'acte sous produit, une synthèse des données disponibles a été effectuée afin d'établir les liens de causalité ou d'imputabilité entre la prise de cocaïne et l'apparition de conduites suicidaires.

Une revue de littérature a alors été effectuée. Nous avons sélectionné les articles scientifiques de langue anglaise et française publiés entre 1975 et 2011 en consultant les bases de données Medline, Embase, et Google Scholar. Les mots utilisés seuls ou en association sont les suivants : cocaïne, dépendance, et suicide.

Le passage à l'acte peut être présent à toutes les étapes du cycle addictif lié à la cocaïne. Une prise en charge intégrée en milieu hospitalier, associant, la prise en charge du trouble psychiatrique et la prise en charge du trouble addictologique est préconisée.

#### **PO 162 LE SUICIDE DANS LA VILLE DE BAMAKO, MALI**

T. DIALLO (1), H. HAMI (2), A. MAÏGA (1), A. MOKHTARI (2), R. SOULAYMANI-BENCHEIKH (3), A. SOULAYMANI (2)

(1) *Faculté de médecine, de pharmacie et d'odonto-stomatologie, BAMAKO, MALI*

(2) *Laboratoire de génétique et biométrie, Faculté des sciences, Université Ibn Tofail, KENITRA, MAROC*

(3) *Centre Anti-poison et de pharmacovigilance du Maroc, RABAT, MAROC*

*Introduction* : Le suicide longtemps considéré comme une pratique occidentale commence à prendre de l'ampleur au Mali. L'objectif de la présente étude est de déterminer le profil des personnes qui se sont suicidées par ingestion volontaire de produits toxiques dans la ville de Bamako, capitale du Mali.

*Méthodes* : Il s'agit d'une étude rétrospective des cas de suicide enregistrés dans deux Centres Hospitalo-Universitaires (CHU) et six Centres de Santé de Référence (CSRéf) dans la ville de Bamako en 2000-2010.

*Résultats* : Durant la période de l'étude, 21 cas de suicide dans une cohorte de 641 cas d'intoxications volontaires ont été enregistrés. Les victimes sont souvent des adolescents et des jeunes adultes dont l'âge moyen est de 25 ans. Le sex-ratio (F/H) est de 2,5. D'après les données analysées, la majorité des suicidés, soit 81 % sont célibataires. Les produits le plus souvent mis en cause sont les médicaments (57 %), suivis des produits industriels et caustiques (9,5 %). Le tableau clinique était dominé par des troubles hépatodigestifs (vomissements), cardio-vasculaires (arrêt cardiaque), respiratoires (dyspnée), neurologiques (agitation) et neurovégétatifs (troubles de la conscience). Le traitement était évacuateur et symptomatique.

*Conclusion* : Les cas de suicide enregistrés chez les adolescents et les jeunes adultes pourraient être remédiés par l'instauration d'un moyen de dialogue familial et d'un système de socialisation renforcé.

#### **PO 163 VULNÉRABILITÉS NEUROCOGNITIVES COMMUNES DES PATIENTS SCHIZOPHRÈNES À RISQUE DE CONDUITES SUICIDAIRES OU HOMICIDAIRES**

S. RICHARD-DEVANTOY (1), O. MANUEL (2), A. DUMAIS (3), G. TURECKI (1), F. JOLLANT (1)

(1) *McGill University, Department of Psychiatry & Douglas Mental Health University Institute, MONTRÉAL, CANADA*

(2) *Secteur 1 de Psychiatrie Adultes, Centre Hospitalier Spécialisé de la Sarthe, ALLONNES, FRANCE*

(3) *Université de Montréal, Département de psychiatrie, Centre de Recherche de l'Institut Pinel, MONTRÉAL, CANADA*

*Introduction* : Les résultats des études antérieures suggèrent que les personnes atteintes de schizophrénie sont plus à risque de commettre des actes suicidaires et homicides que celles indemnes d'une telle maladie. Certains facteurs neurocognitifs ont été décrits comme des facteurs de vulnérabilité à chaque type d'acte. L'objectif de ce travail est de réaliser une revue systématique de la littérature afin d'identifier les déficits neurocognitifs communs entre conduites suicidaires et conduites homicides chez les personnes souffrant de schizophrénie.

*Méthode* : La recherche bibliographique des articles en langue anglaise et française a été réalisée par MEDLINE et EMBASE jusqu'à août 2012 inclusivement. Les mots *Medical Subject Heading* (Mesh) « schizophrenia » et « psychotic disorders » ont été combinés aux mots [Mesh] « violence », « homicide », et « suicide » puis aux mots Mesh explorant la vulnérabilité neurocognitive.

*Résultats* : Sur 1 760 études, cette revue systématique de la littérature a permis de retenir 16 études d'imagerie cérébrale et 15 de neuropsychologie explorant la vulnérabilité neurocognitive aux conduites suicidaires ou homicides dans la schizophrénie. Des dysfonctionnements des mécanismes de contrôle et de régulation cognitifs (inhibition cognitive, flexibilité mentale), des altérations du cortex dorsolatéral préfrontal et une augmentation du volume de l'amygdale droite caractérisaient les patients schizophrènes avec *versus* sans antécédents de conduites suicidaires ou homicides. Un plus grand volume de substance grise du cortex orbito-frontal gauche et de la substance blanche des cortex orbito-frontaux bilatéraux étaient associées à l'agressivité chez les patients héboïdophrènes. Il est à noter que le cortex orbitofrontal a été impliqué dans la vulnérabilité suicidaire chez des patients dépressifs.

*Conclusion* : Les patients schizophrènes à risque de conduites suicidaires ou homicides ont en commun un/des dysfonctionnements des processus de réponse émotionnelle, de régulation de cette réponse et d'inhibition cognitive. Des explorations complémentaires sont donc nécessaires pour comprendre les voies communes et les facteurs spécifiques, tant cognitifs qu'environnementaux, conduisant au suicide ou à l'homicide chez les personnes souffrant de schizophrénie.

#### **PO 164 GESTION D'UNE MENACE SUICIDAIRE CHEZ LES PATIENTS ADULTES ATTEINTS DE SCHIZOPHRÉNIE**

J. VANDEVOORDE (1), P. LE BORGNE (2), J.H. BOULEAU (2)

(1) *Université Paris Ouest La Défense, NANTERRE, FRANCE*

(2) *Hôpital René Dubos, PONTOISE, FRANCE*

Les auteurs proposent une série de techniques visant à gérer une menace suicidaire chez les patients adultes atteints de schizophrénie. Issu d'une synthèse de la littérature, le premier volet de la présentation évoque en dix étapes le protocole classique de gestion d'une crise suicidaire : mise en confiance, évaluation de l'intensité de la crise, identification de la genèse suicidaire, gestion des émotions, rupture de la sensation d'isolement, formulation de la crise, rupture de la fixation attentionnelle sur le suicide, suggestion d'un plan d'action, évocation des stratégies anti-suicidaires immédiates, évocation du dispositif thérapeutique. Le second volet de la présentation propose une adaptation de cette démarche aux patients souffrant de schizophrénie en se centrant sur cinq axes majeurs : gestion d'une injonction suicidaire par hallucination auditive, gestion d'une interprétation erronée du monde, gestion des pensées pessimistes, gestion d'un état de confusion émotionnelle, gestion de l'état de tension corporelle. Des recherches scientifiques sont nécessaires pour valider l'efficacité de ces techniques.

**PO 165**  
**LES TENTATIVES DE SUICIDE :**  
**ÉTUDE DES CARACTÉRISTIQUES**  
**ÉPIDÉMILOGIQUES ET CLINIQUES**

J. SEHLI, L. ZARROUK, B. BEN MOHAMED, H. SLAMA, M. NASR

*Hôpital Tahar Sfar Mahdia, MAHDIA, TUNISIE*

*Introduction :* Le suicide demeure une préoccupation majeure de santé publique. Il constitue en Tunisie comme dans les pays occidentaux une des causes les plus fréquentes de mortalité de l'adulte jeune.

*Objectifs :* Les objectifs de ce travail étaient de décrire les caractéristiques épidémiologiques et cliniques des suicidants, d'évaluer la crise suicidaire et d'identifier les facteurs influençant la décision de recours à l'hospitalisation des tentatives de suicide.

*Méthodologie :* C'est une étude transversale réalisée durant 6 mois, allant de janvier jusqu'au fin juin 2009, sur les suicidants en consultation aux urgences médicales du CHU Mahdia ou examinés sur réquisition en vue d'une hospitalisation d'office.

*Résultats :* Quarante-deux tentatives de suicide (TS) ont été répertoriées. L'âge moyen des consultants était de 26 ans. La prédominance féminine était nette avec environ 3 femmes pour 1 homme. 76 % des consultants étaient célibataires. Des antécédents familiaux psychiatriques ont été notés chez 19,5 % des patients parmi lesquels les antécédents de TS étaient toujours présents. 36,4 % des patients avaient des antécédents psychiatriques personnels parmi lesquels les antécédents de TS étaient présents dans 71 % des cas. Dans 68,8 % des cas, le regret et/ou la critique étaient les attitudes adoptées. Les diagnostics psychiatriques syndromiques retenus étaient par ordre de fréquence décroissant une TS réactionnelle (60 %), un syndrome anxieux (16,5 %), un syndrome dépressif (16,5 %) et un syndrome délirant (4,8 %). L'intoxication était le procédé suicidaire le plus fréquemment retrouvé (93,4 %). La décision d'orientation à la consultation de psychiatrie a concerné 56 % des suicidants. 15 % des sui-

cidants ont nécessité une hospitalisation en service de psychiatrie.

*Conclusion :* Les conduites suicidaires sont un phénomène multifactoriel. L'identification des différentes caractéristiques épidémiologiques ainsi que psychopathologiques des suicidants joue un rôle dans la compréhension et dans la prévention de ce phénomène.

**PO 166**  
**FACTEURS ASSOCIÉS AUX TENTATIVES**  
**DE SUICIDE DANS LE TROUBLE DÉPRESSIF**  
**RÉCURRENT**

O. BRAHAM, M. CHHOUMI, R. HASSINE, N. KERKENI, A. MECHRI

*Service de Psychiatrie, CHU Fattouma Bourguiba, MONASTIR, TUNISIE*

*Introduction :* Le trouble dépressif récurrent, représente une pathologie mentale à risque élevé de conduites suicidaires. L'identification des facteurs qui sont associés à ces conduites permettra une meilleure compréhension des mécanismes suicidaires et une élaboration de programmes de prévention appropriés.

L'objectif de ce travail était de déterminer les facteurs associés aux tentatives de suicide dans un groupe de patients atteints d'un trouble dépressif récurrent.

*Matériel et Méthode :* Il s'agit d'une étude descriptive et analytique, ayant recruté 124 patients suivis pour un trouble dépressif récurrent en rémission partielle ou complète selon les critères diagnostique DSM IV. Les données sociodémographiques, anamnestiques, cliniques et évolutives ont été recueillies à partir des dossiers médicaux et complétées par des entretiens cliniques. Les données relatives aux tentatives de suicide ont été relevées sur une fiche pré établie. Les tempéraments affectifs ont été évalués à l'aide de la version arabe du TEMPS-A.

*Résultats :* Le nombre de tentatives de suicide était négativement corrélé avec l'âge au moment de l'étude ( $r = -0,19$  ;  $p = 0,003$ ) et l'âge au premier épisode dépressif ( $r = -0,24$  ;  $p = 0,007$ ) et positivement corrélé avec le nombre des épisodes dépressifs ( $r = 0,45$  ;  $p < 0,001$ ) et d'hospitalisations antérieures ( $r = 0,57$  ;  $p < 0,001$ ).

Par ailleurs, le nombre de tentatives de suicide était plus élevé chez les patients consommateurs du cannabis ( $p < 0,001$ ), en présence d'antécédents familiaux psychiatriques ( $p = 0,009$ ) et en cas de début précoce (avant 25 ans) du trouble dépressif ( $p = 0,001$ ).

De même, le nombre de tentatives de suicide était plus élevé chez les patients ayant un dernier épisode dépressif sévère ( $p < 0,001$ ), avec des caractéristiques psychotiques ( $p < 0,01$ ) ou mélancoliques ( $p < 0,001$ ).

Enfin, le nombre de tentatives de suicide était corrélé avec les scores des tempéraments cyclothymique ( $r = 0,38$  ;  $p < 0,001$ ) et irritable ( $r = 0,24$  ;  $p = 0,01$ ).

*Conclusion :* Les facteurs associés au risque suicidaire révélés chez les patients atteints d'un trouble dépressif récurrent étaient : l'âge précoce de début, la sévérité et le nombre des épisodes dépressifs, la présence d'un tempérament

cyclothymique ou irritable et d'antécédents familiaux psychiatriques.

### **PO 167 LES FACTEURS PRÉDICTIONNELS DE RÉCIDIVE SUICIDAIRE**

N. ESSID, L. ZARROUK, H. BEN AICHA, I. MARRAG,  
M. HADJ AMMAR, K. HAJJI, M. NASR

*Hôpital Tahar Sfar Mahdia, MAHDIA, TUNISIE*

*Introduction :* Le taux des tentatives de suicide (TS) sur la vie entière et en population générale est estimé à 4,5 %. Par ailleurs, la TS est l'un des principaux facteurs de risque pour un nouveau geste suicidaire. Toutefois, l'étude des facteurs corrélés à la récurrence suicidaire constitue encore de nos jours, un domaine d'une grande complexité qui mérite plus d'attention. Ce travail a pour objectif d'identifier les facteurs influençant la récurrence suicidaire.

*Patients et méthodes :* Il s'agit d'une étude transversale, réalisée durant 12 mois pendant l'année 2009 au service des urgences de l'hôpital universitaire de Mahdia. Les informations ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire préétabli comportant 25 items.

*Résultats :* Durant la période d'étude 20 TS récurrentes ont été répertoriées, soit une prévalence de 22,2 % du total des TS. Les caractéristiques générales de ces suicidants récurrents étaient une moyenne d'âge de 27 ans, un sex-ratio de 0,5, un niveau d'instruction secondaire (55 %), un statut marital de célibataire (70 %) et une absence d'activité professionnelle (36,7 %). Les antécédents psychiatriques familiaux et personnels des TS ont été notés chez 60 % des récurrents. Sur le plan clinique, ces TS récurrentes se déroulaient dans la suite d'un facteur déclenchant (90 %) et était de type intoxication médicamenteuse (55 %). Des facteurs d'ordre socio-démographique (sexe féminin, tranche d'âge 18-24 ans, et statut professionnel d'ouvrier); anamnésique (existence d'antécédents familiaux et personnel de tentative de suicide); contextuel (présence d'un facteur déclenchant, accompagnement par une personne autre que l'entourage et provenance de la demande d'un médecin) et clinique (association d'un syndrome délirant à un syndrome dissociatif) étaient impliqués dans la récurrence suicidaire.

*Conclusion :* Le suicide constitue encore un enjeu et un défi pour la psychiatrie et sa prévention doit être une priorité en matière de programme national de santé mentale.

### **PO 168 TENTATIVE DE SUICIDE EN INSTITUTION PSYCHIATRIQUE**

R. HAOUA, R. JOMLI, S. ARFAOUI, A. LABBÈNE,  
A. BEN HOUIDI, W. LASSOUED, F. NACEF

*Service de Psychiatrie A. Hôpital Razi la Manouba, TUNIS,  
TUNISIE*

Le suicide est un problème de santé publique touchant en particulier la population psychiatrique. L'établissement psychiatrique est en soi un milieu à haut risque suicidaire : 5 % des suicides constitués sont réalisés au cours d'une hospitalisation.

Si les facteurs de risque de suicide sont connus et efficaces au cours des crises suicidaires, ils ne le sont pas chez les patients suivis de longue date.

L'objectif de ce travail est de décrire les profils cliniques des patients suicidants en structure hospitalière et d'identifier les facteurs de risque afin d'éviter ce phénomène rare et imprévisible.

Nous avons effectué une étude rétrospective descriptive sur une période de 6 ans allant d'octobre 2006 à octobre 2012, portant sur les dossiers des patients hospitalisés au service de psychiatrie « A » de l'hôpital Razi de Tunis et ayant présenté une tentative de suicide (TS) au cours de leur hospitalisation.

Nous avons retrouvé 5 patients suicidants dans notre service. Les diagnostics étaient les suivants : schizophrénie paranoïde (2 cas), trouble schizo-affectif (2 cas) et un cas de premier épisode psychotique. L'âge moyen des TS était 32 ans. Le moyen utilisé était violent chez tous les patients. La TS était grave chez un patient ayant séjourné en réanimation. Les antécédents personnels de TS et les conduites addictives ont été retrouvés chez quatre patients. Deux patients présentaient une symptomatologie dépressive au moment des TS. Nous avons noté une évolution chronique des troubles (durée moyenne = 8 ans) et des hospitalisations rapprochées sur une courte période chez quatre patients. Tous les patients ont cumulé des hospitalisations fréquentes (nombre moyen = 11 fois) et de courtes durées (durée moyenne = 13 jours). Les TS ont survécu la première année suivant l'annonce du diagnostic chez trois patients (date moyenne = 5,3 mois). La période de vulnérabilité moyenne de survenue des TS se situe aux deux premières semaines d'hospitalisation. Ces résultats sont conformes aux données de la littérature.

Malgré le repérage des facteurs de risque, le passage à l'acte suicidaire existe et reste traumatique pour les équipes soignantes par son caractère imprévisible. Il témoigne de la toute puissance de la maladie du patient et renvoie aux limites du soin.

### **PO 169 SUICIDE ET SCHIZOPHRÉNIE**

S. CHARFI, L. CHENNOUFI, H. BOUJEMLA,  
M. HADJ SELEM, A. MAAMRI, W. CHERIF, M. CHEOUR

*Hôpital Razi, TUNIS, TUNISIE*

*Introduction :* Les patients souffrant de schizophrénie représentent un groupe particulièrement exposé au risque de suicide. Bleuler considérait déjà la suicidalité comme « le symptôme schizophrénique le plus sérieux ». En effet, le suicide concerne 9 à 13 % des sujets atteints de schizophrénie, ce qui constitue la première cause de mort prématurée dans cette population.

*Objectifs :* Les objectifs de cette étude étaient de caractériser les tentatives de suicide dans une population de patients tunisiens atteints de schizophrénie et d'étudier les différentes variables associées.

*Matériel et méthodes :* Nous avons recruté un échantillon de patients atteints de schizophrénie selon les critères du DSM-IVR suivis dans le service de psychiatrie « E » à l'hôpital Razi,

la Manouba (Tunis) et identifié les facteurs de risque socio-démographiques, cliniques et thérapeutiques associés au risque de passage à l'acte suicidaire chez ces sujets.

**Résultats :** C'est au cours des phases précoces de la maladie, en particulier durant la première année qui suit le diagnostic, que les patients atteints de schizophrénie sont plus vulnérables et se suicident le plus souvent. Le suicide survient plus volontiers au cours des épisodes aigus de la maladie ou des phases de dépression. D'autres facteurs de risque semblent jouer un rôle important dans le risque de passage à l'acte tels que le sexe, l'âge, le niveau éducationnel, les antécédents familiaux, le type de schizophrénie, les comorbidités addictives, etc.

Les patients souffrant de schizophrénie ont volontiers recours à des méthodes violentes, fortement létales.

Les résultats de notre étude sont actuellement en cours d'élaboration.

**Conclusion :** La prévention des conduites suicidaires doit être une préoccupation permanente du psychiatre, mais également des proches et des différents intervenants du réseau de soins. Cette prévention passe par une analyse précise des situations de crises suicidaires et une meilleure connaissance des facteurs de risque généraux et spécifiques, indispensable au développement de stratégies de prise en charge adaptée.

## **PO 170 LES CONDUITES SUICIDAIRES EN MILIEU MILITAIRE**

M.A. LAFFINTI (1), M. CHAACHOUÏ (2), A. BENALI (1), F. OUERIGLI NABIH (1), M. TOUHAMI (1), L. ABELKASSEM (1)

(1) *Hôpital militaire Avicenne, MARRAKECH, MAROC*

(2) *Hôpital my Ismail, MEKNES, MAROC*

**Introduction :** Une conduite suicidaire peut se définir comme le projet de se donner la mort, quel que soit, le degré d'ébauche du geste, le degré d'intentionnalité.

Les représentations collectives restent caractérisées par la persistance obstinée du tabou social.

En milieu militaire, la conduite suicidaire mobilise l'angoisse et l'agressivité du groupe et suscite l'incompréhension du commandement.

**Objectifs :** Évaluer la fréquence du suicide et des tentatives de suicide, chez des patients militaires hospitalisés dans le service de psychiatrie de l'hôpital Avicenne de Marrakech (Maroc). Analyser ces conduites et déterminer leur cadre nosologique.

**Matériels et Méthodes :** Il s'agit d'une étude rétrospective, sur dossiers de patients hospitalisés au service de psychiatrie durant la période s'étalant entre juin 2009 et mars 2011.

37 patients ont été recensés.

**Résultats :** La fréquence des tentatives de suicide était de 2,17 %. L'âge moyen était de 35,2 %. 5 cas de suicide ont été enregistrés, dont 4 par pendaison et 1 par overdose. La récurrence était observée chez 3 patients. Chez 40,5 % des cas, le geste suicidaire était le motif de rencontre avec la psychiatrie. Un trouble dépressif était retrouvé dans 75,67 % des cas, souvent comorbide à un autre trouble psychopathologique. Le pourcentage des troubles anxieux était de 29,72 %, dont

l'ESPT chez 3 patients, soit 8,1 %. Le même pourcentage pour le diagnostic de schizophrénie. Les troubles de l'adaptation représentaient 13 %. 2 cas de toxicomanie et 1 cas de trouble bipolaire, soit 5,4 % et 2,7 % respectivement. Un trouble de la personnalité associé, était porté chez 15 patients, soit 40,54 %.

**Conclusion :** L'incidence des conduites suicidaires en milieu militaire reste inférieure à celle rencontrée dans la population générale. Dans notre série, cette incidence était encore plus basse comparativement à d'autres armées. Cependant, ces chiffres restent sous-estimés : plusieurs conduites suicidaires sont dissimulées par les patients. De plus, notre étude ne concernait que les militaires rattachés à l'hôpital de Marrakech. Une étude englobant les différents hôpitaux militaires, impliquant également, les médecins des unités et s'étalant sur une durée plus longue demeure nécessaire.

## **PO 171 GESTION DE LA SUICIDALITÉ EN MÉDECINE GÉNÉRALE**

D. BELGHAZI, L. BRICHA, D. MOUSSAOUI

*Centre Psychiatrique Universitaire Ibn Rochd, CASABLANCA, MAROC*

**Contexte et objectif :** Alors que les médias font écho tous les jours d'actes suicidaires, le suicide est un sujet encore tabou au Maroc. Il n'existe à ce jour aucun registre national dédié au recensement des cas de suicide et aucune politique nationale de prévention du suicide. Sachant que la médecine générale constitue le premier front pour le diagnostic et la prévention du suicide, cette étude vise à évaluer si les médecins généralistes sont confrontés à cette problématique, leur conduite diagnostique et thérapeutique ainsi que leurs difficultés et leur demande en formation.

**Méthode :** C'est une étude descriptive qualitative menée auprès de 50 médecins généralistes de toutes les régions du Maroc.

**Résultats :** Profil des médecins : L'étude a concerné 50 médecins qui travaillent pour la majorité dans des centres de santé du secteur public de toutes les régions du Maroc. 58 % étaient des femmes et 42 % des hommes. L'âge moyen des praticiens était de 34,2 ans. Le nombre moyen d'années d'exercice était de 6,2.

**Suicidalité des patients :** Chaque mois un médecin généraliste voit en moyenne 20,38 patients dépressifs. En un mois de consultation, chaque médecin a reçu une moyenne 1,4 patients qui avaient des idées suicidaires et 0,45 patients qui ont fait une tentative de suicide. 15 % des praticiens ont pris connaissance du suicide de l'un de leurs patients.

**Conduite à tenir :** Seuls 32 % des médecins recherchent systématiquement si leurs patients dépressifs sont suicidaires. Aucun médecin n'utilise de test spécifique ou d'échelle pour évaluer la dépression et le risque suicidaire. 14 % des médecins prescrivent des médicaments antidépresseurs devant un patient suicidaire, 93 % réfèrent le patient à un psychiatre et 5 % informent les autorités. Seuls 8 % des médecins ont reçu une formation pour dépister les patients suicidaires et 94 % d'entre eux expriment le besoin de formation et de mise à jour de leurs connaissances.

*Conclusion* : Cette étude met en exergue la fréquence des patients suicidaires qui consultent en médecine générale et les difficultés que les médecins généralistes rencontrent en matière de prise en charge et de formation.

### PO 172

#### COMMENT LA PSYCHIATRIE S'EST FAIT SUBTILISER LE SUICIDE PAR L'APPROCHE SOCIOLOGIQUE

P. BRODIER

CHU Strasbourg, STRASBOURG, FRANCE

En 2006, au Technocentre de Renault-Guyancourt, un ingénieur se jette dans une verrière sous les yeux de ses collègues. Le phénomène du « Suicide au Travail » fait irruption sur la scène médiatique et ouvre un débat national. Il devient le symbole d'une souffrance au travail depuis longtemps décriée. De nombreux porte-drapeaux s'accaparent alors du sujet pour confirmer et asseoir un discours idéologique bien loin des préoccupations médicales. La psychiatrie est évincée du débat alors qu'elle aurait pu profiter de cet engouement pour avancer des propositions thérapeutiques responsables. Il s'ensuit une campagne nationale de prévention du stress en entreprise visant à apaiser la vox populi. Le terme psychosocial était né, le suicide passait à la trappe. Pourtant, son épidémiologie est sans équivoque : 90 % des suicidés ont un trouble psychiatrique au moment du passage à l'acte. Néanmoins, le prisme sociologique reste prééminent dans la lecture du suicide. Il est considéré comme le symptôme d'une société en malaise. La « Souffrance au Travail » de Dejours et « Le Suicide » de Durkheim ont creusé un sillon sociologique autour du suicide au lieu d'y instituer un cordon sanitaire. Inscrite dans cette idéologie, la France fortement suicidaire est le seul pays au monde ayant fait du suicide un accident du travail. Cette tendance a de nouveau affleuré lors de la gestion des suicides de collégiens qui a débouché sur la mobilisation contre le harcèlement scolaire ou des suicides sur les voies ferrées du week-end de la pentecôte, ouvrant la possibilité de mettre des grillages. En se focalisant essentiellement sur le « pourquoi » a été éludé le « comment » éviter les suicides. L'OMS préconise à cet égard deux axes prioritaires ayant déjà faits leurs preuves dans de nombreux pays : le dépistage et l'accès aux soins. En France, cette prévention ne pourra pas faire l'économie d'une révolution culturelle fondée sur la notion suivante : le suicide est avant tout l'ultime aboutissement de la dépression ou de pathologies psychiatriques, non prises en charges. Psychiatriser le suicide n'est pas se dérober sur la question sociale et politique c'est retrouver une fierté à soigner les troubles mentaux pour asseoir leur déstigmatisation.

### PO 173

#### ANTÉCÉDENTS DE VIOLENCES SUBIES CHEZ LES PATIENTES HOSPITALISÉES POUR TENTATIVE DE SUICIDE

I. JALLOULI (1), L. CHENNOUFI (2), S. ELLINI (2),  
W. CHERIF (2), M. CHEOUR (2)

(1) Hôpital Razi, ARIANA, TUNISIE

(2) Hôpital Razi, Manouba, TUNIS, TUNISIE

*Introduction* : Les tentatives de suicide sont très fréquentes chez les femmes. Elles sont souvent en rapport avec différents types de facteurs de risque suicidaire.

Parmi ces facteurs de risque, on cite les événements de la biographie passée à type de violences et de maltraitances subies.

Il est donc intéressant de voir comment retentit cette violence sur la survenue ultérieure de conduites suicidaires chez des patientes hospitalisées en psychiatrie dans le cadre d'une tentative de suicide.

*Objectif* : Estimer la prévalence des antécédents de violences domestiques subies dans une population hospitalière de patientes admises pour tentative de suicide et décrire les caractéristiques socio-démographiques et cliniques de ces patientes.

*Méthodologie* : Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur les patientes admises pour la première fois dans le service de psychiatrie « E » de l'hôpital Razi, la Manouba de novembre 2010 à octobre 2012 pour tentative de suicide.

*Résultats* : La majorité des tentatives de suicide étaient médicamenteuses. Près de la moitié de nos patientes étaient célibataires. Les patientes vivantes en couple avaient une dynamique familiale très perturbée dans un tiers des cas. La notion de violence domestique subie a été notée chez une proportion importante des patientes. Tous les types d'agressions ont été rapportés. Les agressions physiques étaient largement décrites chez nos patientes.

*Conclusion* : La violence subie est un facteur de vulnérabilité important des conduites suicidaires. Elle joue un rôle important dans le passage à l'acte suicidaire. La reconnaissance et la prise en charge des femmes victimes de violences est donc primordiale pour la prévention de la morbidité et de la mortalité suicidaire.

### PO 174

#### LE SUICIDE EN MILIEU PSYCHIATRIQUE : « L'ENFERMEMENT » PRÉVIEN-T-IL LE PASSAGE À L'ACTE ?

Z. ENNACIRI, H. ERRADI, I. ADALI, F. MANOUDI, F. ASRI

Équipe de recherche pour la santé mentale CHU Mohamed VI  
Université Cadi Ayad, MARRAKECH, MAROC

*Introduction* : « Il n'y a qu'un problème philosophique vraiment sérieux : c'est le suicide. Juger que la vie vaut ou ne vaut pas d'être vécue, c'est répondre à la question fondamentale de la philosophie. » Sisyphé. Le suicide est un événement complexe qui résulte de circonstances existentielles multiples que la psychopathologie ne saurait circonscrire. Alors qu'un décès survenant à l'issue d'une maladie physique est généralement perçu comme inévitable, le suicide lors d'une hospitalisation est souvent considéré comme ayant pu ou dû être empêché : c'est l'accident majeur en psychiatrie hospitalière et sans cesse présent à l'esprit du psychiatre.

*Objectif du travail* : Décrire les principales données épidémiologiques du suicide survenant durant un séjour hospitalier et discuter l'enfermement comme mesure préventive.

*Matériel* : Revue de la littérature.

*Discussion* : – Le taux de suicides répertorié durant un séjour hospitalier, mesuré en nombre de suicides par nombre d'admissions, est compris entre 1 à 4 suicides pour 1 000 admissions.

– Les facteurs de risques connus sont peu utiles pour prédire à court terme un passage à l'acte, mais un bon nombre d'entre eux offrent des moyens d'interventions thérapeutiques permettant un soulagement et l'élaboration de perspectives autre que la mort pour réduire la détresse.

– L'évaluation du risque de passage à l'acte doit s'inscrire dans le cadre d'une relation thérapeutique ouverte et sincère

– Hormis les situations cliniques suraiguës et de péril, les mesures de contraintes (fixation ou enfermement) ne sont plus considérées appropriées pour prévenir le suicide. Elles peuvent compromettre la thérapie par les effets néfastes sur la relation thérapeutique, risquent de rendre le suicide encore plus probable et n'ont pas démontré qu'elles en diminuaient le taux.

*Conclusion* : Le pouvoir du médecin pour prévenir et éviter un suicide est faible. L'enfermement ne fournit qu'une illusion éphémère de sécurité qui confine le patient dans un isolement qui accroît sa détresse et l'éloigne de toute relation humaine.

**PO 175**  
**LE GESTE SUICIDAIRE**  
**EN AFRIQUE SUB-SAHARIENNE : ÉTUDE À PARTIR**  
**DES DONNÉES DE LA LITTÉRATURE**

F. HASSAN, M. BRIERE, G. FOURNIS, C. BARRE,  
 R.C. MESU, D. DENES, J.B. GARRE, B. GOHIER

*Université d'Angers, CHU d'Angers, Département de Psychiatrie, ANGERS, FRANCE*

Jusqu'à récemment, le suicide reste mal documenté en Afrique sub-saharienne du fait d'un manque de moyens, du faible nombre de professionnels de santé mentale et de l'absence de recueil systématique et fiable des données. Notre revue bibliographique montre une transformation des conduites suicidaires avec des spécificités culturelles et sociales imposant des mesures de prévention originales et adaptées aux contraintes locales.

Culturellement, le suicide est une « mauvaise mort » : il résulte d'une atteinte au principe vital de l'individu (esprit, double) du fait d'une faute consciente ou non envers les dieux, les ancêtres ou la communauté. Dans cette conception, le suicide samsonique permet à un individu de se donner la mort pour se venger sous la forme d'esprit corrompu. Les visions culturelles du suicide sont négatives : le suicidant est coupable ou lâche, les tentatives de suicides sont cachées voire condamnées pénalement.

Le suicide quasi inexistant, rural et marqué culturellement se transforme et s'aligne sur celui des sociétés industrielles. Le suicidant est jeune, urbain, à la recherche d'opportunités et isolé du réseau familial traditionnel. Les modes de suicide sont dominés par la pendaison, les tentatives de suicide par les intoxications aux pesticides ou médicamenteuses (psychotropes ou antipaludéens).

Les troubles mentaux et les facteurs psychosociaux sont des causes majeures mais moins qu'en Occident. L'infection par

le VIH est un facteur de risque important. Ses conséquences sociales (stigmatisation, perte d'emploi), sur la santé et le manque d'accès aux soins imposent une prévention spécifique du suicide.

La prévention repose sur l'intégration de la santé mentale aux soins primaires et sur la sensibilisation des acteurs clés de la société civile (guérisseurs, policiers, instituteurs). Des initiatives locales, telles que des référents en lien avec les psychiatres hospitaliers ou des hotlines téléphoniques, semblent prometteuses. La prévention des moyens d'accès aux pesticides est bien codifiée pour leur stockage, leur utilisation ou leur composition.

À l'avenir, des études de qualité, la validation d'outils transculturels et des partenariats internationaux permettraient d'intégrer la spécificité du suicide en Afrique sub-saharienne.

**PO 176**  
**LE DEUIL DE LA LIBERTÉ EN MILIEU CARCÉRAL.**  
**LA PRÉVENTION DU SUICIDE EN MILIEU CARCÉRAL**

D.D. TESU-ROLLIER

*CHSF, STE-GENEVIEVE-DES-BOIS, FRANCE*

Deuil de sa liberté, de sa famille, deuil des activités habituelles et de ses proches.

La prison de Fleury Mérogis, plus grande prison d'Europe totalise 5 000 personnes privées de liberté en situation de souffrance innommable.

La prison et ses quartiers spécifiques voilà un milieu très particulier ou la prévention du suicide question très actuelle de santé publique d'épidémiologie et de clinique est de très grande actualité.

La question de la prévention sous un angle phénoménologique et de l'ipséité des phénoménologues comme P. Ricœur demeura un autre axe fondamental : 120 morts par an dans les prisons françaises restent trop un chiffre trop important.

La question du deuil est aussi à aborder et il s'agit d'un deuil des questions évoquées plus haut, mais aussi du deuil d'un proche pendant la durée de l'incarcération suivie par la mort par suicide d'une, personne privée de liberté.

**PO 177**  
**PRÉVALENCE DE L'HYPOMANIE DANS LE TROUBLE**  
**DÉPRESSIF RÉCURRENT**

B. ONEIB, M. SABIR, A. OUANASS

*Clinique Universitaire Psychiatrique Hôpital Arrazi CHU Rabat Salé, SALÉ, MAROC*

Les objectifs de cette étude, sont d'évaluer la prévalence de l'hypomanie chez des patients présentant un trouble dépressif récurrent et dans un deuxième temps, spécifier les caractéristiques de dépression chez les personnes considérées comme des bipolaires masqués et déterminer les facteurs prédictifs de bipolarité chez les diagnostiqués dépressifs récurrents.

*Méthodologie* : Il s'agit d'une étude transversale descriptive incluant 101 patients suivis à l'hôpital Arrazi pour troubles dépressifs récurrents (hospitalisés et consultants) durant la

période de février à juillet 2012. Ces patients ont été évalués par deux instruments le MINI et la check-list à côté d'un questionnaire dans le but d'analyser les points suivants :

- Les caractéristiques sociodémographiques des patients,
- La prévalence de l'hypomanie,
- Les différences cliniques des épisodes dépressifs des deux groupes de patients,
- Les facteurs prédictifs de survenue de bipolarité chez les dépressifs récurrents.

**Résultats :** L'analyse et l'interprétation des résultats montrent que la prévalence de l'hypomanie est à 22 % dans l'échantillon. Un âge d'apparition précoce est associé significativement au groupe des bipolaires ainsi que certains symptômes dépressifs comme l'insomnie, ralentissement psychomoteur et sentiments de dévalorisations et de culpabilité et mauvaise observance thérapeutique. Ces indices détermineraient un profil clinique et des facteurs prédictifs de survenue de bipolarité.

**Mots clés :** *Bipolarité ; Check-list ; Dépression récurrente, Hypomanie.*

### **PO 178 PHYSIOPATHOLOGIE DU TROUBLE BIPOLAIRE : CONTRÔLE VOLONTAIRE ET AUTOMATIQUE DES ÉMOTIONS**

N. DOLIGEZ, E. LAFORGUE

*Hôpital Saint-Jacques, NANTES, FRANCE*

Les caractéristiques physiopathologiques du trouble bipolaire pourraient aider à établir des marqueurs spécifiques de ce trouble encore largement sous-diagnostiqué. À toutes les phases de la maladie, les patients bipolaires présentent une hyperréactivité émotionnelle. Celle-ci serait à la base de la vulnérabilité de ces sujets et ferait du trouble bipolaire une pathologie de la régulation émotionnelle. Le modèle neuronal établi par Phillips se basant sur les modalités volontaires et automatiques de contrôle des émotions a permis de découvrir l'importance de certains dysfonctionnements structuraux et fonctionnels impliqués dans les dysrégulations émotionnelles de ces patients. Ce modèle démontre qu'à partir des structures sous corticales limbiques (amygdale, striatum ventral et thalamus) en charge de l'expression émotionnelle, il y a un système d'évaluation de l'émotion sous-tendu par les structures impliquées dans le contrôle automatique (le système cortical préfrontal ventromédial : OFC, ACG, MdPFC) et un système de contrôle cortical sous-tendu par les structures impliquées dans le contrôle volontaire (le système dorsolatéral : DLPFC et VLPFC en particulier). Ces deux systèmes seraient activés simultanément et se moduleraient par l'intermédiaire de l'OFC et du MdPFC. L'application de ce modèle met en évidence chez les patients bipolaires que l'hyperactivation des structures sous-corticales limbiques observées à tous les stades de la maladie serait due à un défaut de régulation automatique. Le défaut de régulation volontaire résulterait d'une défaillance du contrôle automatique sur lui. L'atteinte morphologique de l'OFC, vue l'importance de son rôle relais entre les deux types de régulation,

pourrait être une explication de la défaillance du contrôle automatique. Actuellement l'association d'une hyperactivation du système sous cortical limbique à une hypoactivation des structures corticales en charge du contrôle volontaire est de plus en plus considérée comme un marqueur fiable du trouble bipolaire. À noter qu'à ce jour aucune corrélation n'a été retrouvée entre ces dysfonctionnements et les traitements psychotropes.

### **PO 179 IMPACT DES GROUPES DE PSYCHOÉDUCATION SUR L'INSIGHT DES PATIENTS BIPOLAIRES**

E. TERUEL, A. PELLETIER

*Centre Jean-Delay, PONTOISE, FRANCE*

**Introduction :** De nombreuses publications montrent l'efficacité des groupes de psychoéducation chez les patients bipolaires sur le taux de rechute et l'adhésion au traitement. En revanche, peu d'auteurs ont évalué la conscience des troubles (insight) chez les patients bipolaires, avant et après les groupes de psychoéducation.

L'insight est un phénomène complexe et multidimensionnel qui fait référence à la notion de conscience : d'être malade, des différents symptômes, de nécessiter un traitement, des causes et des conséquences du trouble [1].

L'objectif de cette étude est de montrer l'impact des groupes de psychoéducation sur l'insight de patients bipolaires.

**Matériel et méthodes :** 25 patients bipolaires ont été recrutés entre mars 2010 et septembre 2011. Ils ont tous suivi un programme de psychoéducation sur 9 semaines, à raison d'une séance par semaine, à l'hôpital de Pontoise (Val d'Oise). Le programme de psychoéducation est établi à partir du programme *Bipolact* de C. Henry et du *Manuel de Psychoéducation pour les troubles bipolaires* de F. Colom et E. Vieta. L'insight a été mesuré à l'aide de l'échelle Q8 de M.L. Bourgeois [2]. Ils ont par ailleurs bénéficié d'une série de tests ayant permis d'affiner le diagnostic de bipolarité et de personnalité (MINI et tests de personnalité).

**Résultats :** On a obtenu les 2 scores d'insight, avant et après les cours de psychoéducation, chez 17 patients. On montre une augmentation significative du score d'insight de 1,2 point, de 4,941 à 6,353 (test T de Wilcoxon pour les séries appariées). Les patients évoluent d'une conscience médiocre ou intermédiaire du trouble (score 3-5) à une bonne conscience du trouble (score 6-8).

**Conclusion :** Il semblerait donc qu'il existe un impact significatif des groupes de psychoéducation sur la conscience du trouble mental chez les patients bipolaires.

#### Références

- [1] Gay C, Margerie J-J. La conscience du trouble. *L'Encéphale* 2009 ; Supplément 5 : S160-S163.
- [2] Bourgeois ML, Koleck M, Jais E. Validation de l'échelle d'insight Q8 et évaluation de la conscience de la maladie chez 121 patients hospitalisés en psychiatrie, *Annales Médico-Psychologiques* 2002 ; 160 : 512-517.



**PO 180****HANDICAP PSYCHIQUE ET TROUBLE BIPOLAIRE DE TYPE I, ÉTUDE DU PROFIL DE RESTRICTION DE LA PARTICIPATION SOCIALE AVEC LA G-MAP**

C. PFITZENMEYER-GALLITRE (1), A. PROUTEAU (2), D. FONTANIER (1)

(1) C.H Esquirol, LIMOGES, FRANCE

(2) C.H Bordeaux, BORDEAUX, FRANCE

Le trouble bipolaire de type I est une pathologie fréquente de l'adulte jeune, puisqu'on lui reconnaît une prévalence de 1 % en population générale. C'est une pathologie sévère qui présente, en dehors des épisodes de décompensations, des périodes intercritiques riches de troubles psychiques, cognitifs et somatiques qui font le lit du handicap psychique. Même si l'on sait désormais que la pathologie est suffisamment sévère pour avoir une incidence péjorative sur le fonctionnement psychosocial à long terme des patients, la compréhension fine du handicap psychique dans cette pathologie reste toutefois limitée. Pour le moment, et malgré les progrès dans l'élaboration de modèles théoriques du handicap, il n'existe pas encore d'outil validé pour mesurer les restrictions de participation sociale. Afin d'approfondir la compréhension du handicap psychique, nous avons étudié le fonctionnement global avec une échelle multidimensionnelle, élaborée par une équipe pluridisciplinaire, la G-MAP : Grille de Mesure de l'Activité et de la Participation.

Ce travail de thèse expose les résultats de cette étude prospective. Il compare le profil de restriction de participation sociale entre les cohortes de 30 patients bipolaires et de 30 patients témoins sains.

Au terme de cette analyse, la mesure des restrictions de participation sociale ne semble pas être adaptée à cette population, dont le handicap psychique paraît plus subjectif que factuel. La souffrance des patients paraît tenir davantage aux représentations de soi et de son rôle dans la société. Elle est indissociable, dans son évaluation, de la prise en compte des dimensions émotionnelles et affectives.

**PO 181****FRÉQUENCE DE L'HYPOMANIE CHEZ LES DÉPENDANTS AU CANNABIS**

B. TEFAHI (1), M.C. MARDACI (1), F. KACHA (2)

(1) EHS. A. ERRAZI, ANNABA, ALGÉRIE

(2) EHS. Mahfoud Boucebc, ALGER, ALGÉRIE

L'hypomanie est trouble bipolaire type II associé à des épisodes dépressifs majeurs selon le DSM IV-TR. L'étude NESARC (2006) a montré en population générale que les épisodes hypomaniaques sont fréquents chez les sujets présentant des conduites addictives (10 % des sujets dépendants au cannabis).

Le but de notre étude est d'évaluer la fréquence de l'hypomanie chez 60 patients dépendants au cannabis suivis au centre intermédiaire de soins pour toxicomanes de Annaba (Est-Algérien) durant la période allant du 1<sup>er</sup> septembre 2009 au 1<sup>er</sup> septembre 2010 à l'aide de l'échelle d'hypomanie HCL-32 de Angst.

Nos résultats concernent une population ayant un âge moyen de 27,5 ans, majoritairement de sexe masculin dans 98 % des cas. Plus de la moitié des cas ont un âge compris entre 25 et 30 ans avec 68 % des cas qui sont inactifs et qui consomment le cannabis pendant une durée supérieure à 5 ans dans 75 % des cas. La fréquence de l'hypomanie chez nos patients dépendants au cannabis est de 53 % des cas correspondant à un score de > 12.

**Mots clés :** Cannabis ; CIST ; Échelle HCL-32 de Angst ; Hypomanie.

**PO 182****FAISABILITÉ D'UN PROGRAMME D'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE PENDANT UN ÉPISODE THYMIQUE DU TROUBLE BIPOLAIRE**

A. MONCHABLON, V. BOURGEOIS, G. LE VACON, M. ROTHARMEL, C. PEILLON, C. WALLACH, O. GUILLIN

Centre Hospitalier du Rouvray, SOTTEVILLE LES ROUEN, FRANCE

**Contexte :** La psychoéducation dans le trouble bipolaire en période euthymique a montré son efficacité sur l'évolution du trouble. Néanmoins, près de la moitié des patients refusent de participer à de tel programme thérapeutique. Afin de permettre à un maximum de patients de bénéficier de cette approche thérapeutique une possibilité serait de réaliser la psychoéducation à la phase aiguë du trouble, pendant le temps de l'hospitalisation. Peu d'étude font état d'une intervention pendant un épisode aigu de la maladie. Les limites souvent évoquées étant la présence de symptômes, les troubles cognitifs et la perturbation de l'insight pendant un épisode aigu.

**Objectif :** L'objectif de l'étude est de tester la faisabilité d'un nouveau programme d'éducation thérapeutique individuel (ETI) pendant un épisode thymique.

**Méthode :** Un programme d'éducation thérapeutique individuel est proposé aux patients au cours d'une hospitalisation pour la prise en charge d'un épisode thymique. Le taux d'acceptation, le nombre de séances réalisées et ses modalités de réalisation ; la satisfaction des patients participants au programme sont évalués, ainsi que les connaissances et compétences acquises.

**Résultats :** Dix patients ont participé à l'ensemble du programme. 100 % des patients ont accepté de participer au programme, pour 84 % d'entre eux, ils ont réalisé l'ensemble des séances et pour 91 % le programme a été réalisé en 10 jours maximum. Ils sont majoritairement et globalement satisfaits du programme. Pour tester les connaissances et compétences qui ont été acquises grâce à ce programme nous les avons comparées à celles de 11 patients qui allaient rentrer dans un programme de psychoéducation de groupe. Ceci nous a permis de vérifier un mois après la fin du programme que les patients avaient pu acquérir des connaissances et des compétences malgré les troubles cognitifs présents à la phase aiguë du trouble. Les patients du groupe ETI avaient des connaissances supérieures aux patients n'ayant pas bénéficié de psychoéducation pour ce qui est des traitements, de la fonction de référent, des stratégies utilisables

en cas de surdosage au lithium et en cas de rechute, du respect des rythmes biologiques.

*Conclusion* : Un programme d'éducation thérapeutique individuel est réalisable pendant un épisode thymique.

#### PO 183

### COMPRÉHENSION DU LANGAGE EN CONDITION ÉCOLOGIQUE ET TROUBLES AFFECTIFS BIPOLAIRES : UNE ÉTUDE ÉLECTROPHYSIOLOGIE

M. CERMOLACCE, M. FAUGERE, J.A. MICOULAUD, C. BALZANI, R. BELZEAUX, M. MAUREL, J. NAUDIN, J. VION-DURY

CHU Sainte-Marguerite, MARSEILLE, FRANCE

*Introduction* : En neurolinguistique, la composante électrophysiologique N400 est une négativité retrouvée lors de manipulations du contexte sémantique. Dans la schizophrénie, on retrouve classiquement une diminution de l'amplitude de l'effet N400, témoignant d'une altération de la diffusion automatique au sein du réseau sémantique (paires de mots) ou de la prise en compte du contexte à un niveau plus contrôlé (phrases entières). Alors que la N400 est présentée comme un endophénotype schizophrénique potentiel, encore peu de travaux proposent de l'étudier chez des patients dépressifs, et seulement une étude concerne la bipolarité. Cette étude retrouve une diminution de l'effet N400 lors de la présentation visuelle de paires de stimuli, à un niveau cognitif automatique. Nous proposons d'étudier la N400 auprès de patients bipolaires dans un contexte linguistique plus écologique, lors de l'écoute de phrases entières.

*Matériel et méthodes* : Nous avons exploré la N400 auprès de 19 patients maniaques, hypomanes ou mixtes, et de 19 témoins. Le matériel présenté consiste en 120 phrases entières congruentes, et 120 phrases incongrues. L'écoute d'une phrase entière implique des processus attentionnels plus stratégiques et plus contrôlés que pour des paires de mots. Les tracés ERPs obtenus sont comparés sur la base de l'amplitude, l'aire et la latence de la N400. L'analyse statistique repose sur la réalisation d'ANOVA et d'analyse post-hoc des variables décrites, complétées par une analyse non paramétrique (Mann-Whitney) de ces 3 variables en région pariétale.

*Résultats* : Aucune différence significative n'est retrouvée entre les participants bipolaires et les témoins, que ce soit à partir de l'amplitude, de l'aire ou de la latence de la N400.

*Discussion* : De nombreux troubles cognitifs sont désormais bien documentés dans les troubles affectifs, notamment lors de phases symptomatiques. Néanmoins, la prise en compte du contexte sémantique en modalité auditive apparaît préservée chez des patients bipolaires maniaques ou hypomanes. Ce résultat contredit la seule étude décrivant la N400 chez des patients cliniquement comparables, sollicités à un niveau cognitif plus automatique. Les implications en termes de recherche et de diagnostic sont discutées en conclusion.

#### PO 184

### TROUBLE BIPOLAIRE ET ADDICTION

I. ENNAKR, W. SOULAMI, M. KADIRI, M. SABIR, F. OMARI

Hôpital Arrazi, SALÉ, MAROC

Les troubles liés à la consommation de substances psychoactives ou troubles addictifs sont extrêmement fréquents et sont la cause d'une mortalité et d'une morbidité élevées. Ils sont à l'origine de bien plus de handicaps, de pathologies voir de décès, chaque année que de nombreux autres troubles mentaux.

Les troubles de l'humeur représentent quant à eux un motif fréquent de consultation et particulièrement les troubles bipolaires.

Plusieurs études ont rapporté la comorbidité importante entre trouble bipolaire et trouble addictif.

*Objectif* : Prévalence des comorbidités entre trouble bipolaire et troubles addictifs chez une population de patient suivis pour trouble bipolaire I et II.

*Méthodologie* : Les patients ont été interrogé par la version française du questionnaire semi-structuré DIGS (diagnostic interview for genetics studies).

*Résultats* : En cours.

*Mots clés* : Dépendance ; Substances psychoactives ; Trouble bipolaire.

#### PO 185

### INSULINO-RÉSISTANCE CHEZ DES PATIENTS BIPOLAIRES TYPE I : PRÉVALENCE ET RELATION AVEC LE SYNDROME MÉTABOLIQUE

B. AMAMOU (1), A. EZZAHER (2), D. HAJ MOUHAMED (2), A. GZARA KALLEL (1), L. BEN AMOR (1), L. GAHA (1), M.F. NAJJAR (2), W. DOUKI (2), A. MECHRI (1)

(1) Service de psychiatrie, CHU Fattouma Bourguiba, MONASTIR, TUNISIE

(2) Laboratoire de biochimie toxicologie, CHU Fattouma Bourguiba, MONASTIR, TUNISIE

*Introduction* : L'insulino-résistance est à la base du syndrome métabolique, condition dans laquelle une personne souffre d'une augmentation du poids, ainsi que de la pression artérielle, du cholestérol, des triglycérides, du glucose et de l'insuline. Plusieurs auteurs ont constaté que l'insulino-résistance et, dans certains cas, le syndrome métabolique, sont liés aux troubles bipolaires.

*Objectif* : L'objectif de ce travail était de déterminer la prévalence de l'insulino-résistance et sa relation avec le syndrome métabolique chez une population de patients bipolaires type I.

*Méthode* : Nous avons mené une étude transversale descriptive et analytique portant sur 120 patients (79 hommes et 41 femmes, d'âge moyen :  $39,4 \pm 11,8$  ans) ayant reçu le diagnostic de trouble bipolaire type I (DSM IV). Tous les patients ont bénéficié d'un examen physique avec mesure du poids, de la taille, de l'index de masse corporelle et de la tension artérielle et d'un prélèvement sanguin pour la mesure des paramètres métaboliques. Le syndrome métabolique (SM) a été évalué selon les critères NCEP ATP-III modifiés. L'indice de l'insulino-résistance (HOMA-IR) a été calculé comme suit : [Insulinémie à jeun ( $\mu\text{mol/l}$ ) x glycémie ( $\text{mmol/l}/22,5$ )]. Nous avons pris comme valeur seuil d'insulino-résistance : HOMA-IR = 6.

**Résultats :** La fréquence de l'insulino-résistance était de 29,6 %. L'indice moyen de l'insulino-résistance était de  $6,37 \pm 8$ . Le syndrome métabolique était constaté chez 26,7 % des patients. L'insulino-résistance était plus fréquente chez les patients avec SM : 48,3 % versus 23,3 % chez les patients sans SM ( $p = 0,01$ ). De même, l'indice HOMA-IR était plus élevé chez les patients avec SM :  $10,66 \pm 11$  par rapport aux patients sans SM :  $4,92 \pm 6,17$  ( $p = 0,01$ ).

**Conclusion :** Nos résultats confirment la fréquence de l'insulino-résistance chez les patients bipolaires et son association à la présence du SM. Ceci impose une prévention et une prise en charge du risque métabolique et cardiovasculaire au moyen d'une approche multidisciplinaire.

**PO 186**  
**SYNDROME MÉTABOLIQUE CHEZ DES PATIENTS BIPOLAIRES TYPE I : PRÉVALENCE ET FACTEURS ASSOCIÉS DANS UNE POPULATION HOSPITALIÈRE TUNISIENNE**

B. AMAMOU (1), A. GZARA KALLEL (1), A. EZZAHER (2), D. HAJ MOUHAMED (2), M.F. NAJJAR (2), L. BEN AMOR (1), L. GAHA (1), W. DOUKI (2), A. MECHRI (1)

(1) Service de psychiatrie, CHU Fattouma Bourguiba, MONASTIR, TUNISIE

(2) Laboratoire de biochimie toxicologie, CHU Fattouma Bourguiba, MONASTIR, TUNISIE

**Introduction :** Plusieurs facteurs démographiques, raciaux ou socio-économiques pourraient interférer avec les composantes du syndrome métabolique aussi bien dans les pays développés que dans les pays en voie de développement. Des prévalences élevées du syndrome métabolique associés aux troubles bipolaires ont été rapportées par plusieurs auteurs occidentaux. Qu'en est-il en Tunisie ?

**Objectif :** L'objectif de ce travail était de déterminer la prévalence et les facteurs associés au syndrome métabolique chez une population de patients bipolaires type I suivis au service de psychiatrie du CHU de Monastir en Tunisie.

**Méthode :** Nous avons mené une étude transversale descriptive et analytique portant sur 120 patients (79 hommes et 41 femmes, d'âge moyen :  $39,4 \pm 11,8$  ans) ayant reçu le diagnostic de trouble bipolaire type I (DSM IV). La plupart des patients (56 %) étaient en rémission. Tous les patients ont bénéficié d'un examen physique avec mesure du poids, de la taille, de l'index de masse corporelle et de la tension artérielle en plus d'un prélèvement sanguin pour la mesure des paramètres métaboliques. Le syndrome métabolique (SM) a été évalué selon les critères NCEP ATP-III modifiés.

**Résultats :** La présence de trois composantes ou plus, caractérisant le SM était constaté chez 32 patients (26,7 %). Les composantes les plus fréquentes étaient l'obésité, l'hypertriglycéridémie et l'hypo HDL-cholestérolémie et les plus spécifiques étaient l'hyperglycémie et l'hypertension artérielle. Le SM était associé aux antécédents familiaux médicaux ( $p < 0,001$ ), au nombre d'hospitalisations antérieures ( $p = 0,01$ ) et aux conduites suicidaires ( $p = 0,02$ ).

**Conclusion :** La prévalence du SM était de 26,7 % dans notre échantillon ; elle est plus élevée que celle rapportée pour la population tunisienne générale (16,3 %). Nos résultats sou-

ignent l'intérêt d'une prise en charge adéquate du SM chez les patients bipolaires (dépistage, sensibilisation des patients, suivi thérapeutique rapproché...).

**PO 187**  
**TROUBLE DYSPHORIQUE PRÉMENSTRUEL ET TROUBLE BIPOLAIRE : PRÉVALENCE ET FACTEURS ASSOCIÉS**

N. CHARFI, R. JOMLI, S. ARFAOUI, R. DAMAK, F. NACEF

Hôpital Razi, TUNIS, TUNISIE

**Introduction :** Le trouble dysphorique prémenstruel (TDPM) correspond à une forme sévère du syndrome prémenstruel (SPM) avec au premier plan des symptômes psychiatriques. Les principales caractéristiques sont une humeur dépressive, une anxiété, une labilité émotionnelle marquées, ainsi qu'une diminution de l'intérêt pour les activités, se manifestant pendant la phase lutéale et cessant dans la phase folliculaire du cycle menstruel. Certaines études suggèrent une comorbidité importante entre ce trouble et différentes pathologies psychiatriques notamment le trouble bipolaire (TB).

**Objectif :** Le but de notre travail est d'étudier la comorbidité entre le TB et le TDPM en précisant la prévalence et les différents facteurs associés.

**Matériel et méthode :** Il s'agit d'une étude transversale réalisée au service de psychiatrie A de l'hôpital Razi auprès d'un échantillon de 52 femmes en âge de procréation dont le diagnostic de TB a été retenu selon les critères du DSM IV. L'évaluation des critères du DSM IV du TDPM s'est effectuée au moyen d'une entrevue semi-structurée. Nous avons utilisé une fiche de renseignement préétablie avec des items sur les caractéristiques sociodémographiques, anamnestiques et cliniques des patientes. L'analyse statistique a été faite par le logiciel SPSS.

**Résultats :** Notre échantillon comprend 52 patientes bipolaires (51,2 % : TB I et 28,8 % TB II), âgées de 17 à 45 ans. 18 patientes présentent un TDPM soit 28,88 % (PMDD+). Nous n'avons pas trouvé de corrélations significatives avec : l'âge de début, l'âge jeune, le nombre et la durée des hospitalisations, le nombre de rechutes, les tentatives de suicide, le statut matrimonial et le statut professionnel. Par contre, des corrélations significatives ont été retrouvées avec le TB de type II avec 24,32 % PMDD+ chez les TBI et 60 % de PMDD+ chez les TBII. Des corrélations significatives avec les antécédents familiaux psychiatriques ( $p = 0,04$ ), le tabagisme ( $p = 0,03$ ), la dépression du post-partum ( $p = 0,029$ ) et la comorbidité avec les troubles anxieux ( $p = 0,026$ ) ont été retrouvées.

**Conclusion :** Les résultats de notre travail ainsi que des études internationales, dont le nombre reste limité sur ce sujet, nous incitent à penser que l'association entre PMDD et TB reste fortement sous estimée.

**PO 188**  
**LA PHOBIE SOCIALE : UN FACTEUR DE RISQUE DE SUICIDE DANS LE TROUBLE BIPOLAIRE : REVUE DE LA LITTÉRATURE**

S. ARFAOUI, R. JOMLI, N. CHARFI, A. LABBENE, F. NACEF

Razi, MANOUBA, TUNISIE

**Introduction :** La présence d'une comorbidité dans les troubles bipolaires définit des sous types de la maladie bipolaire, et aggrave le pronostic avec le risque des hospitalisations multiples, de résistance aux traitements, de difficultés relationnelles et légales et de risque élevé de suicide. Parmi les interfaces de la comorbidité, la phobie sociale intrigue les thérapeutes quant aux chronologies des troubles, la physiopathologie même du trouble bipolaire et par conséquent les modalités de prise en charge.

**Objectif :** Évaluer le rôle éventuel d'une comorbidité phobie sociale-trouble bipolaire dans les comportements suicidaires des patients atteints de trouble bipolaire. Identifier les liens neurobiologiques et cliniques entre les deux troubles.

**Méthodologie :** Nous avons réalisé une recherche sur la base de données Pubmed. Les mots clés utilisés étaient « suicide » « bipolar disorder » « social phobia » « suicidal behaviour ».

**Résultats :** Les données de la littérature mettent en évidence une association fréquente avec une phobie sociale chez les patients bipolaires ayant dans leurs antécédents une ou plusieurs tentatives de suicide. À la lecture des articles traitant ce sujet, il ressort que la phobie sociale pourrait représenter un facteur de risque par le développement d'un état dépressif. Certains auteurs pensent que la phobie sociale semble précéder le trouble bipolaire. Des mécanismes psychopathologiques communs comme le sentiment de désespoir, des réponses déformées aux stimuli émotionnels et un fond neurobiologique commun : des perturbations fonctionnelles des circuits neuro-anatomiques comprenant l'amygdale et le cortex préfrontal orbitomédian, ainsi que divers troubles neurochimiques associés, seraient à l'origine ou favoriseraient le développement de la phobie sociale et des comportements suicidaires chez les sujets bipolaires.

**Conclusions :** La phobie sociale devrait être systématiquement recherchée chez un patient souffrant d'un trouble bipolaire et ce afin de réduire le taux élevé de tentatives de suicide dans cette population et d'une manière générale prendre des conduites à tenir d'ordre préventif.

## PO 189

### VARIATIONS DE COGNITION SOCIALE CHEZ LES PATIENTS BIPOLAIRES JEUNES

C. PADOVAN (1), P. ESTINGOY (2), N. BOUBLAY (3), A. MÉTROT (4), S. BOGEY (5), D. FABRE (6), T. D'AMATO (6), J.M. DOREY (7)

(1) Centre de recherche en neurosciences de Lyon, INSERM U1028, CNRS UMR 5292, équipe DYCOG (Bron) et CH le Vinatier, Pôle Est, service transversal et consultation mémoire (Bron), LYON, FRANCE

(2) Psychiatre, praticien hospitalier, CH Le Vinatier, Pôle Est (Bron), LYON, FRANCE

(3) Hôpital des Charpennes, CHU, LYON, FRANCE

(4) Pôle Est, service transversal et consultation mémoire (Bron), LYON, FRANCE

(5) CH le Vinatier, Pôle Est, Pôle Ouest (Bron), LYON, FRANCE

(6) CH le Vinatier, Pôle Est, CRESOP (Bron), LYON, FRANCE

(7) Psychiatre, praticien hospitalier, CH Le Vinatier, Pôle Est, psychiatrie du sujet âgé – consultation mémoire (Bron), LYON, FRANCE

Pouvoir décoder les interactions sociales, percevoir les indices socio-émotionnels est indispensable pour une adaptation satisfaisante à notre environnement familial, relationnel et professionnel. Or les données de la littérature sur la cognition sociale concernant les patients atteints de troubles bipolaires sont aujourd'hui contradictoires. Si certaines performances de patients paraissent dépasser les sujets contrôles, il semble que la mise en jeu d'autres fonctions soit altérée.

**L'objectif principal** de notre étude est d'évaluer les capacités de patients atteints de troubles bipolaires de type I, encore jeunes (< 40 ans) et en phase euthymique, à traiter l'information socio-émotionnelle. L'objectif secondaire est de mesurer l'éventuel impact de difficultés de décodage de ces informations sur la qualité des relations interpersonnelles, la qualité de vie et l'autonomie de ces patients.

**Méthode :** Trois types de tâches non verbales, peu exigeantes au plan cognitif sont utilisées.

1. La reconnaissance d'expression faciale sur les émotions de colère, dégoût, joie, peur pour des degrés de morphing de 0, 20, 40, 60, 80, 100 %.

2. La détection de la direction du regard (0, 5, 10, 15 °)

3. La reconnaissance du genre entre les figures de type féminin ou masculin, pour les mêmes degrés de morphing (tâche contrôle).

**Résultats :** Les résultats préliminaires montrent des performances similaires des patients bipolaires et des sujets contrôles dans la tâche de genre. Pour la reconnaissance faciale, le seuil de détection émotionnel ainsi que le temps de réponses varient en fonction du type d'émotion. Ils semblent notamment plus performants à détecter la peur (rapide, efficace pour un morphing à 60 %) mais plus lents à détecter la joie ou la colère. Enfin, pour la tâche de détection du regard, les patients présentent un taux de bonnes réponses similaires aux témoins, mais sont plus lents pour répondre. Ces résultats sont interprétés dans le cadre du modèle de la dérégulation émotionnelle dans la maladie bipolaires qui suggère un déséquilibre entre le système émotionnel et le système cognitif et du modèle neuropsychologique à double voie du décodage des indices socio-émotionnels (voie ventrale, voie dorsale).

## PO 190

### TEMPÉRAMENTS AFFECTIFS CHEZ LES PATIENTS ATTEINTS D'UN TROUBLE BIPOLAIRE TYPE I FAMILIAL ET LEURS APPARENTES SAINS DE PREMIER DEGRÉ

O. BRAHAM, S. BEN HAOUALA, L. GASSAB, A. MRAD, A. MECHRI

Service de Psychiatrie, CHU Fattouma Bourguiba, MONASTIR, TUNISIE

**Introduction :** Le rôle des facteurs génétiques dans l'émergence des troubles bipolaires a été largement étudié. Dans ce sens, les travaux de recherche auprès des patients bipolaires et leurs familles postulent l'existence de certains marqueurs de vulnérabilité à la maladie bipolaire dont les dérégulations tempéramentales, constatées aussi bien chez les patients que chez leurs apparentés.

**Objectif :** L'objectif de ce travail était d'évaluer les tempéraments affectifs chez des patients atteints d'un trouble bipolaire type I familial et leurs apparentés sains de premier degré.

**Matériel et Méthode :** Il s'agit d'une étude transversale descriptive et comparative incluant 80 patients atteints d'un trouble bipolaire de type I familial (au moins deux apparentés de 1<sup>er</sup> degré atteints), ainsi que 120 de leurs apparentés sains de premier degré. L'évaluation des tempéraments affectifs a été effectuée à l'aide de la version arabe tunisienne du TEMPS A.

**Résultats :** Les scores moyens des tempéraments hyperthymique et cyclothymique étaient plus élevés dans le groupe des patients bipolaires comparativement au groupe des apparentés sains mais la différence n'était significative que pour le tempérament hyperthymique ( $p = 0,038$ ). Le score moyen du tempérament anxieux était plus élevé dans le groupe des apparentés sains, mais la différence n'était pas significative. Alors que les scores moyens des tempéraments dépressif et irritable étaient similaires dans les deux groupes. Un tempérament affectif dominant était trouvé chez 26,3 % des patients bipolaires type I et 20 % de leurs apparentés sains sans différence significative entre les deux groupes. L'étude de la corrélation intrafamiliale des tempéraments affectifs avait montré une association significative entre la variable famille et les scores des tempéraments dépressifs ( $p < 10^{-3}$ ), cyclothymique ( $p = 10^{-3}$ ), irritable ( $p = 0,023$ ) et anxieux ( $p = 0,003$ ).

**Conclusion :** Nos résultats soulignent la fréquence élevée de dérégulations tempéramentales chez les patients bipolaires type I ainsi que chez leurs apparentés de premier degré. Ce qui pourrait suggérer que les tempéraments affectifs pourraient être considérés comme des marqueurs cliniques potentiels de la condition bipolaire, surtout dans les formes familiales.

#### **PO 191 CORRÉLATIONS ENTRE CARACTÉRISTIQUES CLINIQUES ET TEMPÉRAMENTS AFFECTIFS DANS UN GROUPE DE PATIENTS ATTEINTS D'UN TROUBLE BIPOLAIRE DE TYPE I**

O. BRAHAM, S. BEN HAOUALA, L. GASSAB, A. MRAD, A. MECHRI

*Service de Psychiatrie, CHU Fattouma Bourguiba, MONASTIR, TUNISIE*

**Introduction :** Plusieurs travaux de recherche ont montré l'existence d'une fréquence élevée de dérégulations tempéramentales chez les patients bipolaires. De plus, des études récentes ont suggéré l'impact des tempéraments affectifs sur les aspects cliniques, évolutifs et pronostiques de la maladie bipolaire.

**Objectif :** L'objectif de ce travail était d'explorer les corrélations entre les caractéristiques cliniques et les tempéraments affectifs dans un groupe de patients atteints d'un trouble bipolaire de type I.

**Matériel et Méthode :** Nous avons recruté 80 patients bipolaires type I (58 hommes et 22 femmes, d'âge moyen :

36,1 ± 11,5 ans) suivis à la consultation externe de psychiatrie à l'hôpital universitaire de Monastir. Les données cliniques et évolutives ont été recueillies à l'aide d'une fiche préétablie. L'évaluation des tempéraments affectifs a été effectuée à l'aide de la version arabe tunisienne du TEMPS A.

**Résultats :** L'âge de début du premier épisode thymique était négativement corrélé au score du tempérament dépressif ( $p = 0,05$ ). Le nombre d'épisodes mixtes était corrélé aux scores des tempéraments dépressif ( $p = 0,005$ ), cyclothymique ( $p = 0,009$ ) et anxieux ( $p = 0,073$ ). Le nombre d'épisodes hypomaniaques était négativement corrélé au score du tempérament dépressif ( $p = 0,034$ ). Le nombre d'épisodes maniaques était corrélés aux scores des tempéraments hyperthymique ( $p = 0,003$ ) et irritable ( $p = 0,019$ ). Le nombre total des épisodes thymiques était corrélé au score du tempérament hyperthymique ( $p = 0,028$ ).

Un risque suicidaire plus élevé était associé aux scores des tempéraments dépressif ( $p = 0,02$ ), cyclothymique ( $p = 0,002$ ) et anxieux ( $p = 0,025$ ). La comorbidité anxieuse était associée au score du tempérament cyclothymique ( $p = 0,021$ ).

Enfin, le tempérament hyperthymique était associé à l'abus ou la dépendance à l'alcool ( $p = 0,041$ ) et les tempéraments cyclothymique et irritable étaient associés à l'abus ou la dépendance au tabac ( $p = 0,015$  et  $p = 0,008$ ).

**Conclusion :** Nos résultats soulignent l'importance d'une évaluation des tempéraments affectifs chez les patients bipolaires du fait de leurs répercussions cliniques et pronostiques sur la maladie bipolaire.

#### **PO 192 APPROXIMATION PSYCHODYNAMIQUE DE LA MANIE**

C. WIDAKOWICH (1), H. DAGRADA (1), J. SNACKEN (1), P. HUBAIN (2)

(1) *Hôpital St. Pierre, BRUXELLES, BELGIQUE*

(2) *Hôpital Erasme, ULB, BRUXELLES, BELGIQUE*

Comme disait Racamier, « Il fut un temps où la manie ne s'effaçait pas en quelques coups de neuroleptiques et où elle éveillait encore la curiosité des psychiatres... » À l'heure où la maladie maniaco-dépressive est conceptualisée et traitée quasi comme une maladie médicale à part entière – comme l'épilepsie –, nous avons trouvé pertinent de revenir sur certains aspects psychodynamiques sous-jacents de cette affection.

Des premiers travaux de Freud et Abraham sur la mélancolie et la manie, il ressort :

– que l'état maniaque ou dépressif s'élabore à partir des mêmes matériaux que la personnalité du maniaco-dépressif, et que cette personnalité de base est caractérisée par des besoins narcissiques très intenses. Cette condition oblige le sujet à conduire ses relations interpersonnelles sur le mode narcissique, c'est-à-dire, à choisir ses « objets » à son image, et à les aimer avidement dans le besoin exclusif d'en être aimé. Exigeant, exclusif et avide, il finit par être désenchanté par l'objet, qu'il finit par abandonner. Dans le mouvement dépressif, la haine suscitée par le renoncement à l'objet est

retournée contre le sujet lui-même, qui tombe alors dans la fureur mélancolique. Dans la manie, il y a un retournement de la situation dynamique et économique : on pourrait dire que le trajet de la mélancolie à la manie est le trajet qui va de la défaite du moi face à l'objet au triomphe du moi sur l'objet, riposte maniaque où le moi s'enivre d'une victoire illusoire. En ce sens, on pourrait conclure avec Freud que « la manie n'a pas d'autre contenu que celui de la mélancolie » et que « les deux affections luttent avec le même complexe ». Dans les années 1930, Mélanie Klein et B. Lewin verront la manie comme une élaboration défensive, comme une *néga-tion*, une façon pathologique de lutter contre l'angoisse et plus précisément contre l'angoisse dépressive. Dans les années 1970, Racamier s'intéressera à l'articulation dynamique interne de l'euphorie maniaque avec l'angoisse et le vécu dépressif. Pour lui, il mérite un certain respect envers l'élaboration psychopathologique de la manie, car « Au fond de toute euphorie morbide gisent l'angoisse, et le suicide ». C'est dans cette optique, que nous nous proposons de passer en revue les principaux points de la théorie psychodynamique de la manie.

**PO 193**  
**CARACTÉRISTIQUES PSYCHOMÉTRIQUES**  
**DE LA VERSION TUNISIENNE DU QUESTIONNAIRE**  
**DES TEMPÉRAMEMENTS AFFECTIFS (TEMPS-A)**  
**DANS UNE POPULATION DE PATIENTS**  
**BIPOLAIRES I ET LEURS APPARENTES**

O. BRAHAM, S. BEN HAOUALA, L. GASSAB, A. MRAD, A. MECHRI

*Service de Psychiatrie, CHU Fattouma Bourguiba, MONASTIR, TUNISIE*

*Introduction :* Le TEMPS-A (Tempérament Évaluation of Memphis, Pisa, Paris et San Diego, autoquestionnaire) est un auto-questionnaire largement utilisé dans l'évaluation des tempéraments affectifs. Il a fait l'objet d'études de validation dans plusieurs pays occidentaux et a montré de bonnes qualités psychométriques. Une évaluation des caractéristiques psychométriques de cet outil dans notre contexte socioculturel s'avère importante.

L'objectif de ce travail était de déterminer les caractéristiques psychométriques de la version tunisienne du questionnaire d'évaluation des tempéraments affectifs (TEMPS-A) dans une population de patients bipolaires I et leurs apparentés de premier degré.

*Matériel et Méthode :* Le TEMPS-A est un auto-questionnaire réparti en 5 dimensions évaluant les 5 tempéraments affectifs : hyperthymique, dépressif, cyclothymique, irritable et anxieux. Sa version tunisienne a été obtenue par la rétro-translation de la version originale anglaise. Cette étude a été faite sur une population composée de 80 patients bipolaires type I et 120 de leurs apparentés sains de premier degré.

*Résultats :* La consistance interne au niveau des 5 dimensions était bonne avec des coefficients alpha de Cronbach variant entre 0,72 et 0,88. L'analyse en composantes principales des 5 dimensions a révélé la présence de 2 supers facteurs comptant 73,98 % de la variance totale du questionnaire. Le premier facteur était composé des dimensions

dépressive, cyclothymique, irritable et anxieuse, expliquant 48,36 % de la variance totale. Le deuxième facteur était composé de la dimension hyperthymique, expliquant 25,61 % de la variance totale.

Les dimensions dépressive, cyclothymique ; irritable et anxieuse étaient fortement corrélées entre-elles ( $p < 10^{-3}$ ), alors que les dimensions dépressive et anxieuse étaient négativement corrélées à la dimension hyperthymique ( $p < 10^{-3}$ ).

Par ailleurs, une association a été trouvée entre l'item ISG (impression subjective globale) et les scores moyens aux 5 tempéraments affectifs ( $p < 10^{-3}$ ).

*Conclusion :* La version tunisienne du TEMPS-A a présenté des bonnes caractéristiques psychométriques dans cette population. Cependant des études ultérieures seraient nécessaires afin de vérifier ces résultats et de continuer le processus d'adaptation à la population générale.

**PO 194**  
**BIPOLIFE : PLACE D'UN OUTIL LUDOÉDUCATIF**  
**DANS LES TROUBLES BIPOLAIRES**

P.M. LLORCA (1), N. FRANCK (2), S. GARD (3), M. MAUREL-RAYMONDET (4), P. NUSS (5), J.P. ORTH (6), A.V. ROUSSELET (7), F. SORBARA (8), Y. QUINTILLA (9), M. LUKASIEWICZ (10), B. MATTHIEU (10), C. VEGA (10)

(1) CHU Clermont Ferrand, CLERMONT-FERRAND, FRANCE

(2) CH Vinatier, LYON, FRANCE

(3) CHS Charles Perrens, BORDEAUX, FRANCE

(4) Hôpital Sainte Marguerite, MARSEILLE, FRANCE

(5) Hôpital Saint Antoine, PARIS, FRANCE

(6) Hôpital Princesse Grace, MONACO, FRANCE

(7) Libéral, PARIS, FRANCE

(8) Médical Haussmann, PARIS, FRANCE

(9) Hôpital Lapeyronie, MONTPELLIER, FRANCE

(10) Astrazeneca, RUEIL-MALMAISON, FRANCE

*Contexte :* Les outils ludoéducatifs peuvent participer à la prise en charge globale, notamment psychoéducative, et à l'implication des patients dans leur soin. Dans le champ de la santé mentale, ils sont déjà utilisés chez des patients atteints de troubles des conduites alimentaires, de trouble de déficit de l'attention avec/sans hyperactivité, de troubles anxieux et de schizophrénie. Quelques applications existent pour des patients souffrant de dépression majeure, mais pas pour les troubles bipolaires (TBP).

*Objectif :* Développer Bipolife, un outil ludoéducatif destiné aux personnes atteintes de TBP ainsi qu'à leur entourage. Les objectifs et les limites de l'instrument ont été fixés par un groupe de psychiatres experts du trouble.

*Description de l'outil :* Chaque utilisateur (bipolaire ou non) crée un personnage (ou avatar) dont le statut diagnostique bipolaire est posé en début de session au cours d'un entretien avec un psychiatre virtuel. Ce personnage évolue ensuite dans un appartement où il vit et dans lequel il doit faire face aux tâches de la vie quotidienne, notamment à des événements extérieurs. L'objectif pour l'utilisateur est d'apprendre à réguler le niveau d'humeur et d'énergie de son avatar en faisant des choix dans différentes situations de sa vie (ex : prise du traitement, respect des rythmes sociaux, etc.).

L'environnement du jeu (contraste des couleurs, bruits, vitesse) varie avec l'humeur du personnage qui peut, selon les décisions prises, traverser des phases dépressives, d'exaltation ou au contraire maintenir une stabilité thymique. À la fin de l'ensemble des sessions ( $\approx 45$  min) un récapitulatif de ses sessions et un questionnaire sont proposés à l'utilisateur pour évaluer ses connaissances sur le TBP.

**Résultats :** En phase de test, les avis d'utilisateurs ( $n = 20$ ) ont permis d'ajuster l'outil. L'utilisateur visualise les conséquences de ses décisions sur le trouble BP. Ceci permet de l'informer et de le sensibiliser au trouble en complément des soins usuels et des recommandations délivrées par les thérapeutes.

**Conclusion :** Bipolife n'est pas un instrument diagnostique et ne remplace en aucun cas le psychiatre, mais constitue un outil favorisant les apprentissages et le dialogue patients-thérapeutes-entourage. Une étude de faisabilité est en cours.

### **PO 195 PLACE DES ÉVÉNEMENTS DE VIE DANS LE DÉCLENCHEMENT DES TROUBLES BIPOLAIRES**

Y. ZGUEB, I. FARHAT, R. JOMLI, S. OUANES

*Hôpital Razi, LA MANOUBA, TUNISIE*

**Introduction :** L'influence des événements de vie sur le cours évolutif des accès thymiques chez les patients bipolaires est considérée comme négligeable en regard de l'importance des facteurs endogènes. Cependant de nombreuses études récentes sont venues remettre en cause ce concept et attribuent un rôle important aux événements de vie dans l'évolution du trouble bipolaire.

**Objectif :** Étudier l'importance des événements de vie dans la survenue d'épisodes thymiques chez les patients bipolaires.

**Méthodologie :** Il s'agit d'une étude transversale sur deux mois incluant les sujets répondant aux critères du DSM IV de trouble bipolaire type I hospitalisés dans le service de psychiatrie « A » à hôpital Razi, et âgés entre 20 et 60 ans. Tous les patients ont répondu à un questionnaire comprenant les paramètres sociodémographiques, cliniques, mentionnant l'existence ou non d'un événement de vie survenu dans les 6 mois précédant l'hospitalisation. Nous nous sommes basés sur l'échelle de Paykel des événements de vie pour l'évaluation du type et de l'importance de cet événement.

**Résultats :** Notre étude a concerné 60 patients bipolaires type I, l'âge moyen est 32,5 ans. Nous avons retrouvé la notion d'au moins un événement de vie précédant l'épisode thymique dans 83,33 %. Dans 48 % des cas, l'événement de vie n'est pas unique. Le score moyen de nos patients selon l'échelle de Paykel est 25,37/11,79. Nous notons l'importance des événements incluant la notion de perte, avec une fréquence de 50 %. Chez la femme, les événements les plus présents avant un épisode thymique sont les disputes conjugales avec une fréquence de 26,66 %. Chez l'homme, les événements de vie les plus présents avant un épisode thymique sont les problèmes financiers avec un taux de survenue de 60 %.

**Conclusion :** L'impact des événements de vie sur le cours évolutif du trouble bipolaire est considérable, et ce indépendamment de la polarité des accès thymiques. Cependant

d'autres paramètres aussi bien endogènes, que génétiques et neurobiologiques sont impliqués dans l'étiopathogénie et l'évolution de ce trouble et ne doivent pas pour autant être négligés.

### **PO 196 FACTEURS INFLUENÇANT LE DÉLAI DE PRISE EN CHARGE DANS LA SCHIZOPHRÉNIE ET LA BIPOLARITÉ**

N. BANNOUR, W. CHRIF, R. DJEBBI, L. CHANNOUFI,  
M. CHEOUR, S. ELLINI

*Hôpital Razi, MANOUBA, TUNISIE*

**Introduction :** Les schizophrénies et les troubles bipolaires font partie des maladies psychiatriques les plus sévères, fréquentes et encore trop souvent invalidantes.

Plusieurs facteurs sociodémographiques peuvent retarder la prise en charge, certains sont invariants et d'autres plus spécifiques.

Reconnaître ces facteurs est primordial afin d'améliorer le pronostic de ces pathologies.

**Objectifs :** – Déterminer les facteurs sociodémographiques influençant les délais de prise en charge dans la schizophrénie et dans le trouble bipolaire.

– Comparer la répercussion de ces facteurs sur les délais de prise en charge dans les deux pathologies.

**Méthodologie :** Étude rétrospective et comparative sur dossiers, portant sur une population de patients atteints de schizophrénie et de trouble bipolaire type 2 selon les critères du DSM IV et qui ont été admis au service de psychiatrie E de l'hôpital Razi entre 2010 et 2012.

Les facteurs testés sont : la couverture sociale, l'âge de début des troubles, le sexe, les antécédents familiaux psychiatriques, le chômage, l'origine géographique, le niveau socio-économique, le niveau d'instruction et le statut marital.

L'analyse statistique a été effectuée par le logiciel SPSS dans sa version 18.

**Résultats :** Notre population était constituée de 91 patient atteints de schizophrénie et de 72 patient atteint de trouble bipolaire type 2.

Le délai de prise en charge était significativement plus long dans le trouble bipolaire (moyenne = 68,4 mois) que dans la schizophrénie (moyenne = 27 mois). ( $p < 0,005$ ).

Les facteurs corrélés à un retard de prise en charge dans le trouble bipolaire sont :

– le sexe féminin ( $p < 0,005$ ) ; le chômage ( $p = 0,5$ ) et la vie en couple ( $p = 0,03$ ).

Les facteurs corrélés à un retard de prise en charge dans la schizophrénie sont :

– le chômage ( $p = 0,043$ ) ; l'absence de couverture sociale ( $p = 0,036$ ) et la présence d'antécédents familiaux psychiatriques ( $p = 0,03$ ).

**Conclusion :** Il ressort de notre étude que le chômage, facteur d'isolement social et de manque de ressources financières, joue un rôle important dans le retard de contact avec les structures de soins aussi bien dans la schizophrénie que dans le trouble bipolaire.

**PO 197**  
**TROUBLES BIPOLAIRES, OBSESSIONS**  
**ET COMPULSIONS : LES DIAGNOSTIQUER**  
**ET LES SOIGNER**

Y. ZGUEB, N. CHARFI, I. FARHAT, R. JOMLI

*Hôpital RAZI, LA MANOUBA, TUNISIE*

L'association des troubles de l'humeur au Trouble Obsessionnel Compulsif (TOC) ainsi que toutes les interactions qui en découlent est une réalité clinique, qu'il s'agisse d'une association ou d'une co-morbidité. L'objectif de ce travail est d'aborder cette association et ses particularités thérapeutiques et pronostiques, et ce à travers l'illustration de trois cas cliniques.

*Observation n° 1* : Mr H. B âgé de 27 ans, présentait depuis l'âge de 10 ans des idées obsessionnelles de contamination, qui se sont aggravées à l'âge de 17 ans avec la notion d'une apparition de rituels mentaux, de lavage, cadrant avec le diagnostic d'un TOC (DSMIV). À l'âge de 20 ans il a présenté un épisode dépressif majeur (EDM) avec une tentative de suicide (TS) indiquant sa mise sous antidépresseur, arrêté vu qu'il a présenté un virage maniaque, annonçant le début d'un trouble bipolaire type 1. Le TOC bipolaire que présente Mr H.B est d'évolution épisodique, difficilement équilibré, vu la persistance d'une labilité émotionnelle, de cycles rapides.

*Observation n° 2* : Mr R. B A âgé de 21 ans, a été hospitalisé il y a 2 ans pour un épisode psychotique bref. Un an après il a présenté un EDM avec plusieurs indices de bipolarité améliorée par un thymorégulateur. 5 mois après, le patient a présenté un épisode hypomaniaque avec l'apparition de plusieurs obsessions d'impulsivité, de vérification et des rituels d'ordre religieux dans le cadre d'un TOC (selon le DSMIV). L'évolution du TOC est épisodique, variant en fonction de l'évolution de la maladie bipolaire.

*Observation n° 3* : Mr SC âgé de 37 ans, présentait depuis l'âge de 19 ans des obsessions de contamination, avec des rituels de lavage. À l'âge de 20 ans il a présenté un EDM avec une TS, ainsi qu'un abus de benzodiazépines. Un virage hypomaniaque a été constaté dès sa mise sous antidépresseurs. Après une année de stabilisation, une réapparition des symptômes dépressifs et une aggravation des obsessions idéatives, phobiques et des compulsions à type d'arithmomanie ont été notées. Plusieurs associations médicamenteuses ont été essayées avec une amélioration clinique partielle.

*Conclusion* : La comorbidité TOC-Bipolarité doit être systématiquement dépistée pour garantir une prise en charge adéquate aux patients ainsi qu'un meilleur pronostic.

**PO 198**  
**AUTONOMIE SOCIALE ET TROUBLE BIPOLAIRE**  
**TYPE I**

B. BEN MOHAMED, I. MARRAG, L. ZARROUK,  
 R. BEN SOUSSIA, M. HADJ AMMAR, M. NASR

*CHU Mahdia, MAHDIA, TUNISIE*

Le trouble bipolaire est un trouble de l'humeur d'évolution cyclique caractérisé par la récurrence d'épisodes thymiques séparés par des périodes au cours desquelles les sujets sont

*a priori* indemnes de dysfonctionnement socioprofessionnel et familial.

L'objectif du présent travail était d'évaluer l'autonomie sociale effective des patients bipolaires type I.

C'est une étude transversale réalisée à la consultation de psychiatrie du CHU Mahdia durant une période de 4 mois, auprès des patients bipolaires type I répondant aux critères DSM-IV-TR et dont l'évolution du trouble était d'au moins deux ans. L'échelle d'autonomie sociale de Legay (EAS) à 17 items regroupés en 5 dimensions a été utilisée pour l'évaluation.

Les caractéristiques des 104 patients ayant répondu aux critères d'inclusion, ont révélé un âge moyen de 39 ans, un sex-ratio (H/F) de 1,41, une majorité de mariés (44,2), une absence d'activité professionnelle dans 62,5 % des cas et un niveau socio-économique bas (52 %). Les scores à l'EAS de l'ensemble des patients variaient de 0 à 84 avec une moyenne de 37,5 et un écart type de 15,98. 7,7 % des patients avaient des scores entre 60 et 84 attestant une autonomie sociale altérée.

L'évaluation de l'autonomie sociale effective est primordiale pour tout projet thérapeutique envisageant une intégration et une réhabilitation psychosociale des patients bipolaires type I.

**PO 199**  
**PRÉVALENCE DES CONDUITES SUICIDAIRES**  
**CHEZ LES PATIENTS BIPOLAIRES TYPE I**

R. BEN SOUSSIA, I. MARRAG, L. ZARROUK,  
 B. BEN MOHAMED, M. HADJ AMMAR, M. NASR

*CHU Mahdia, MAHDIA, TUNISIE*

Les patients atteints de trouble bipolaire courent un risque plus élevé de se suicider que ceux souffrant d'un autre trouble psychiatrique. Les données de la littérature sont variables et de nombreux facteurs de vulnérabilités propres à ces patients ont été identifiés.

Les objectifs de notre travail consistent à évaluer la prévalence des conduites suicidaires chez les patients souffrant de trouble bipolaire et discuter les facteurs de risque de ces conduites.

Il s'agit d'une étude transversale réalisée à la consultation de psychiatrie du CHU de Mahdia durant une période de 4 mois incluant les patients bipolaires type I selon les critères du DSM-IV-TR suivis en ambulatoire et dont la maladie évolue depuis au moins 2 ans.

Notre étude a inclus 104 patients bipolaires type I suivis à la consultation de psychiatrie dont la majorité était des hommes (58,7 %), l'âge moyen est de 39 ans, la majorité des patients étaient sans emploi (57,7 %), 46,2 % étaient célibataires, la durée d'évolution de la maladie variait entre 2 et 38 ans avec une moyenne de 13,8 ans, le nombre d'hospitalisations variait entre 1 et 12 avec une moyenne de 3,8, la majorité des hospitalisations étaient libres. Les antécédents familiaux de trouble bipolaire ont été notés chez 41,3 % des patients. Le taux de tentative de suicide dans cette population était de 21,2 % parmi lesquels un tiers a récidivé.

Il ressort de ce travail que les tentatives de suicide intéressaient un cinquième des patients bipolaires. Ces données



révèlent la nécessité de porter une attention spécifique aux conduites suicidaires chez les patients bipolaires.

### **PO 200 PRÉVALENCE DU TROUBLE DÉFICIT DE L'ATTENTION HYPERACTIVITÉ DANS LE TROUBLE BIPOLAIRE**

S. HECHMI, F. JELASSI, H. LAKHAL, W. ABDELGHAFAR,  
R. RAFRAFI, W. MELKI, Z. EL HECHMI

*Hôpital Razi, MANOUBA, TUNISIE*

La comorbidité trouble bipolaire (TB) et trouble déficit d'attention avec hyperactivité (TDAH) est fréquente chez les enfants et les adolescents avec un taux qui varie de 60 % à 90 %. Cependant, la prévalence du TDAH et ses répercussions chez les adultes suivis pour trouble bipolaire sont moins bien claires.

Notre étude a pour buts d'évaluer la prévalence du TDAH chez les patients suivis pour trouble bipolaire et de relever les caractéristiques cliniques et le pronostic inhérent à la comorbidité TB et TDAH.

*Matériels et méthodes* : Il s'agit d'une étude transversale menée sur 50 patients suivis pour trouble bipolaire selon les critères du DSM-IV. Le recueil des données s'est fait grâce à une fiche épidémiologique. La Wender Utah Rating Scale (WURS) a été utilisée pour le diagnostic rétrospectif de TDAH. Le test de dépistage et d'auto-évaluation des troubles déficitaires de l'attention avec hyperactivité de l'adulte V1.1 (ASRS-V1.1) a été utilisé pour le diagnostic du TDAH au moment de l'examen.

### **PO 201 STRESS OXYDANT CHEZ LES PATIENTS BIPOLAIRES TYPE I : ÉTUDE CAS-TÉMOINS**

M. CHHOUMI, A. EZZAHER, M. MAROUI, W. DOUKI,  
A. MECHRI, M. NAJJAR, L. GAHA

*CHU Fattouma Bourguiba, MONASTIR, TUNISIE*

*Introduction* : L'implication du stress oxydant dans l'étiopathogénie du trouble bipolaire est un champ d'exploration relativement récent. Elle attribue l'apparition des signes de la maladie à un état de déséquilibre entre la production des radicaux libres et les défenses antioxydantes enzymatiques et non enzymatiques.

*Objectif* : Étudier les variations des marqueurs du stress oxydant dans un groupe de patients bipolaires et identifier leurs corrélations avec certaines caractéristiques cliniques et thérapeutiques de la maladie.

*Méthodologie* : Il s'agit d'une étude cas-témoin portant sur un groupe de 90 patients ayant un trouble bipolaire type I comparé à un groupe de volontaires sains. Pour l'ensemble des participants nous avons procédé au dosage plasmatique de l'acide urique, de la bilirubine totale et de l'albumine : marqueurs des systèmes antioxydants non enzymatiques et des TBARs : marqueurs de la peroxydation lipidique.

*Résultats* : Nous avons trouvé une augmentation significative des concentrations de l'acide urique et des TBARs et une baisse significative des concentrations de la bilirubine totale

chez les patients bipolaires par rapport aux témoins sains ( $p < 0,0001$  pour les trois paramètres).

L'étude des corrélations avec les caractéristiques cliniques a montré une corrélation significative entre la concentration de l'acide urique et des TBARs et le nombre total des épisodes thymiques en particulier les épisodes dépressifs et l'ancienneté de la maladie.

Concernant les variations des marqueurs du stress oxydant en fonction du traitement, nous avons noté une augmentation significative de la concentration de l'acide urique chez les patients traités par thymorégulateurs ( $p = 0,004$ ) par rapport à ceux traités par antipsychotiques.

*Discussion et conclusion* : Nos résultats témoignent d'une perturbation des défenses antioxydantes chez les patients bipolaires type I et d'une altération de la membrane cellulaire qui constitue un lieu privilégié des dommages causés par les radicaux libres. Ces dommages semblent être liés à la physiopathologie de la maladie, à sa durée d'évolution, au nombre d'épisodes thymiques en particulier dépressifs, au traitement thymorégulateur ou à la résultante de tous ces paramètres.

### **PO 202 SIGNES PRODROMIQUES DU TROUBLE BIPOLAIRE**

Y. ZGUEB, R. JOMLI, I. FARHAT, A. BEN HOUIDI

*Hôpital Razi, LA MANOUBA, TUNISIE*

Les symptômes prodromiques chez une majorité de patients bipolaires n'apparaissent pour le moment ni suffisamment caractéristiques, ni suffisamment spécifiques pour pouvoir donner lieu à des instruments de dépistage et rédiger des recommandations de prise en charge.

L'objectif de notre travail est de déterminer les différentes manifestations prodromiques et les particularités de la phase pré clinique du trouble bipolaire.

*Méthodologie* : Nous avons mené une étude rétrospective portant sur les dossiers des patients admis pour la première fois à l'hôpital psychiatrique âgés de 20 ans ou moins, et qui ont reçu le diagnostic bipolaire I (selon les critères du DSM IV), au cours de la période s'étendant du 1<sup>er</sup> janvier 2009 au 31 décembre 2011. Nous avons relevé les manifestations prodromiques ainsi que les particularités de la phase pré clinique précédant le premier épisode thymique.

*Résultats* : 36 patients ont été admis au cours de la période d'étude, l'âge moyen de début du trouble de l'humeur était de 18 ans, et celui de la première consultation en psychiatrie était de 20 ans. Des antécédents familiaux psychiatriques ont été notés dans 58,3 % des cas, et de nature thymique dans 36,2 % des cas. Les signes prodromiques retrouvés sont : un fléchissement scolaire (55,6 %), un abus de substance (36,1 %), des troubles des conduites (33,3 %), des manifestations anxieuses (25 %), des fugues (19,4 %), des plaintes somatiques (13,9 %), des tentatives de suicide (8,3 %) et une cyberaddiction (2,8 %). Concernant le retentissement de ces signes sur le fonctionnement social et professionnel nous avons noté une interruption de la scolarité chez 44,4 % des malades et une action judiciaire pour 8,3 %. Les diagnostics posés au cours de la première admission étaient : un épisode

maniaque (50 %), un épisode dépressif majeur (11,1 %) , un épisode mixte (8,3 %) et un premier épisode psychotique (13,9 %).

*Conclusion* : La phase prodromale semble exister chez les patients souffrant de troubles bipolaires. À cet égard, il serait intéressant que des travaux soient menés sur le rôle des alternatives non pharmacologiques (psychothérapie, psychoéducation) durant cette phase pour aider les cliniciens à faire de la prévention.

**PO 203**  
**INFLUENCE DES FACTEURS SOCIOCULTURELS**  
**SUR L'OBSERVANCE DES PATIENTS**  
**AVEC TROUBLE BIPOLAIRE EN TUNISIE**

M.H. LAKHAL, S. HECHMI, W. ABDELGHAFAR, R. RAFRAFI, W. MELKI, Z. ELHECHMI

*Faculté de médecine de Tunis Université Tunis El Manar, TUNIS, TUNISIE*

L'observance thérapeutique est un facteur prédictif important dans l'évolution de la maladie psychiatrique. Les études les plus récentes se sont focalisées sur les caractéristiques cliniques et biologiques notamment liées au traitement pouvant influencer l'observance thérapeutique et par conséquent la réponse individuelle des patients aux médicaments psychotropes. Cependant peu d'études ont évalué les facteurs socioculturels pouvant influencer l'adhésion des patients aux psychotropes.

L'objectif de cette étude est d'évaluer l'influence des facteurs socioculturels sur la prise des médicaments chez une population de patients tunisiens suivis pour trouble bipolaire.

Un questionnaire *ad hoc* a été développé pour évaluer les attentes, les croyances et les appréhensions des patients face à leurs médications. Ce questionnaire a été utilisé chez 50 patients suivis pour trouble bipolaire selon les critères du DSM IV. Il s'agit de patients recrutés au service de psychiatrie F. Ce même groupe de patients a été soumis à l'échelle MARS (medication adherence rating scale) afin d'évaluer l'observance thérapeutique. Par la suite a été effectuée l'étude de la corrélation entre l'observance thérapeutique et les différents paramètres culturels étudiés.

**PO 204**  
**LE RÔLE DES FACTEURS PRÉDICTIONNELS**  
**DE BIPOLARITÉ DANS L'ÉVOLUTION D'UN EDM**  
**SOUS ANTIDÉPRESSEUR**

O. RAJHI, F. ELLOUZE, I. YACCOUB, R. BÉJI, A. AYADI, S. ELLINI, K. BEN SALAH

*Hôpital Razi, TUNIS, TUNISIE*

*Introduction* : La dépression est l'une des entités cliniques les plus fréquemment rencontrées dans la pratique psychiatrique. Ses différentes formes cliniques ont été abondamment décrites. Son diagnostic positif est codifié par différents systèmes nosographiques. Sa prise en charge se heurte à une grande proportion de réponses insatisfaisantes de nombreux travaux imputent ces échecs à la nature bipolaire de certains épisodes.

*Objectif* : L'objectif de ce travail est d'étudier l'évolution sous antidépresseurs des patients chez qui on a été porté le diagnostic d'EDM et d'étudier le rôle de facteurs prédictifs de bipolarité dans l'évolution.

*Méthodes* : Il s'agit d'une étude rétrospective, descriptive et analytique, portant sur 53 patients ayant été hospitalisés au service de psychiatrie « G » de l'hôpital RAZI pour un épisode dépressif majeur (EDM) selon les critères de DSM IV, durant la période allant du mois de janvier 2009 au mois de septembre 2012. Les renseignements sociodémographiques, cliniques, thérapeutiques, et évolutifs ont été recueillis à l'aide d'une fiche préétablie.

Les modalités évolutives envisagées étaient d'un côté, la réponse clinique sous traitement et d'un autre côté, la survenue d'un virage de l'humeur de type hypomaniaque ou maniaque.

Nous avons utilisé le logiciel SPSS 16.0 pour la saisie et l'analyse des données. Le niveau de significativité a été fixé à  $p \leq 0,05$ .

*Résultats* : Le taux de virage de l'humeur est de 15 % chez les patients qui n'ont pas fait de virage de l'humeur, nous avons observé 26,6 % de bonnes réponses, 40 % de réponses partielles et 33,3 % de mauvaises réponses au traitement antidépresseur.

Pour la survenue de virage de l'humeur, elle a été liée significativement à la présence d'antécédents familiaux de bipolarité, un âge précoce du premier EDM, un nombre élevé d'EDM antérieurs, une présence de caractéristiques atypiques, une présence de caractéristiques psychotiques et une labilité de l'humeur.

*Conclusion* : La détection des facteurs prédictifs de bipolarité permettrait d'ajuster la prise en charge et d'éviter une éventuelle évolution défavorable sous antidépresseurs.

**PO 205**  
**ÉTUDE DE L'OBSERVANCE DANS LES TROUBLES**  
**BIPOLAIRES : ANALYSE DES DONNÉES**  
**DES CENTRES EXPERTS BIPOLAIRES FRANÇAIS**

N. CORREARD (1), R. BELZEAUX (1), S. SPORTICHE (2), B. ETAIN (3), J.M. AZORIN (1), C. HENRY (3), FACEBD (4)

(1) *CHU Sainte Marguerite, MARSEILLE, FRANCE*

(2) *Hôpital Fernand Widal, PARIS, FRANCE*

(3) *Hôpital Albert Chenevier, CRETEIL, FRANCE*

(4) *Fondamental, PARIS, FRANCE*

Sixième cause de handicap, les troubles bipolaires sont un enjeu majeur de santé publique. La non-adhérence au traitement est fréquente dans les troubles bipolaires. Elle est associée à une augmentation du coût de santé publique et à une aggravation du pronostic global du trouble de l'humeur. Afin de mieux comprendre les déterminants de la non-adhérence au traitement, nous proposons d'étudier les facteurs associés à une mauvaise observance, mesurés par une échelle d'auto-évaluation (MARS). La population d'étude est constituée par 541 patients souffrant d'un trouble bipolaire (dont 50 % de trouble bipolaire de type 1), en période d'euthymie ou en rémission partielle de l'épisode le plus récent. Des analyses univariées chercheront à déterminer si l'observance est associée à l'âge de début et la durée d'évolution

du trouble, la typologie du trouble bipolaire, la tolérance des traitements psychotropes et à la présence de symptômes résiduels. Une analyse multi-variée permettra de proposer une approche synthétique des paramètres étudiés.

#### PO 206

### PLACE DE L'ARIPRAZOLE DANS LE TRAITEMENT DES TROUBLES BIPOLAIRES

A. BEN HOUIDI, R. JOMLI, W. LASSOUED, S. ARFAOUI, Y. ZGUEB, R. HOUA, F. NACEF

*Hôpital Razi, MANOUBA, TUNISIE*

*Introduction* : L'efficacité des antipsychotiques de deuxième génération en association aux thymorégulateurs dans le traitement des troubles bipolaires a été bien démontré dans plusieurs études randomisées contrôlées. Ceci est moins évident pour l'efficacité en monothérapie. L'ariprazole a démontré son efficacité et sa tolérance dans le traitement de la manie aiguë. Cette efficacité clinique est maintenue plusieurs semaines, ce qui implique une bonne tolérance de l'utilisation sur le long terme.

*Objectif* : Étudier les indications de l'ariprazole dans le traitement du trouble bipolaire à travers un cas clinique et une revue récente de la littérature.

*Cas clinique* : Mr C L âgé de 24 ans, étudiant en technologie de l'audiovisuel, hospitalisé en psychiatrie dans les suites d'une tentative de suicide grave qui a mis en jeu sa vie (il s'est jeté du quatrième étage dans un état confusionnel induit par une consommation quotidienne et importante de cannabis). L'examen psychiatrique a conclu à un trouble psychotique induit par une substance et il a été mis sous neuroleptique conventionnel « switché » vers un antipsychotique atypique devant des effets secondaires neurologiques et une forte sédation. Dix huit mois après, le patient a présenté un épisode dépressif majeur avec une grande culpabilité et des obsessions idéiques d'indignité et d'infidélité religieuse (faisait des prières pendant des heures continues). Il a été mis sous aripirazole à la dose de 10 puis 15 mg/j avec une bonne évolution et une euthymie a pu être atteinte au bout de 6 semaines de traitement, ce qui a permis une reprise des études et un retour progressif aux activités familiales et sociales. Six mois après et suite à un arrêt du traitement, Mr C L a présenté une rechute maniaque modérée avec excitation, alcoolisation, et participation à des répétitions musicales nocturnes loin de chez lui sans donner de signes. L'aripirazole a été repris en association à l'acide valproïque avec stabilisation de l'humeur et retour à un fonctionnement assez adapté jusqu'à ce jour.

*Conclusion* : Les études récentes montrent l'intérêt de l'aripirazole durant toutes les phases de la maladie bipolaire. Cependant, son efficacité pour le traitement et la prévention de la dépression bipolaire reste peu démontrée.

#### PO 207

### INSIGHT ET TROUBLE BIPOLAIRE

M. ELKADIRI, R. ELJARRAFI, W. SOULAMI, S. BELBACHIR, F. SEKKAT

*Centre Psychiatrique Arrazi, SALÉ, MAROC*

Le trouble bipolaire est une maladie chronique classiquement marquée par la répétition d'épisodes thymiques. Si certains patients rechutent malgré une bonne observance du traitement, d'autres, en revanche, sont peu ou pas observants, ce qui accroît considérablement le risque de récurrence. Cette non-compliance peut être expliquée par divers facteurs, dont une mauvaise conscience du trouble (ou mauvais insight) qui serait la première cause de non-compliance chez les patients bipolaires.

Nous tenterons à travers cette étude sur une population de patient suivi pour trouble bipolaire, en rechutes et stabilisés, de mettre l'accent sur les différents éléments influençant l'insight en utilisant l'échelle d'évaluation : Insight Q8.

#### PO 208

### TROUBLE BIPOLAIRE ET SCHIZOPHRÉNIE : DES ORIGINES COMMUNES ?

H. BOUJEMLA, L. CHENNOUFI, W. CHERIF, M. GHARBI, M. CHEOUR

*Hôpital Razi, LA MANOUBA, TUNISIE*

*Introduction* : La schizophrénie et le trouble bipolaire ont en commun des symptômes psychotiques et affectifs.

Devant l'existence d'un phénotype intermédiaire partageant les caractéristiques diagnostiques des deux troubles, le trouble schizo-affectif, des recherches de plus en plus nombreuses suggèrent que la schizophrénie et le trouble bipolaire sont dus, en partie, à des causes génétiques communes.

Plusieurs gènes semblent contribuer à la vulnérabilité aux deux maladies.

*Méthodologie* : À travers une illustration par une vignette clinique et une revue de la littérature nous tenterons d'évaluer les facteurs de risques génétiques communs au trouble bipolaire et à la schizophrénie.

*Résultat* : Nous exposons le cas de Mme N. âgée de 54 ans, dont le diagnostic de schizophrénie a été retenu à l'âge de 24 ans. Elle est mère de trois garçons, dont des jumeaux homozygotes, âgés actuellement de 30 ans suivis tous les deux pour un trouble bipolaire de type I depuis l'âge de 19 et 20 ans.

Une récente étude suédoise impliquant neuf millions de suédois et deux millions de familles montre que les parents proches de personnes ayant une schizophrénie ont un risque plus élevé de trouble bipolaire et *vice versa*.

Le risque serait cinq fois plus élevé que dans la population générale d'être atteint de trouble bipolaire, si un membre de la fratrie est atteint de schizophrénie. Le risque serait quatre fois plus important de souffrir de schizophrénie si un frère est bipolaire.

Les chercheurs ont trouvé plusieurs gènes communs aux deux maladies dont l'expression est perturbée. Des facteurs environnementaux partagés contribueraient aussi au risque des deux pathologies, mais leur influence serait moins importante que celle des facteurs génétiques.

*Conclusion* : Mieux comprendre la neurobiologie liée aux gènes en commun aux deux pathologies peut offrir une fenêtre pour la découverte de mécanismes cérébraux communs qui peuvent guider l'identification de nouveaux traitements plus efficaces.

**PO 209**  
**SYMPTÔMES RÉSIDUELS ET FONCTIONNEMENT :**  
**ÉTUDE OBSERVATIONNELLE DESCRIPTIVE**  
**RÉALISÉE EN FRANCE CHEZ 322 PATIENTS**  
**EUTHYMIQUES BIPOLAIRES I ET II –**  
**ÉTUDE OPTHYUM**

F. BELLIVIER (1), P.M. LLORCA (2), E. HACQUES (3),  
 R. ARNAUD (4), A. FILIPOVICS (4),  
 A. DILLENCHNEIDER (4), N. BEDIRA (4)

(1) Hôpital Fernand-Widal, PARIS, FRANCE

(2) CHU de Clermont-Ferrand, CLERMONT-FERRAND,  
 FRANCE

(3) Otsuka Pharmaceutical France SAS, RUEIL-MALMAISON,  
 FRANCE

(4) BMS, Rueil-Malmaison, FRANCE

**Objectif :** Évaluer la fréquence des Symptômes Résiduels (SR) chez des patients souffrant de troubles bipolaires (TB) en phase euthymique et ayant un niveau de fonctionnement préservé.

**Méthodologie :** Étude observationnelle, transversale, multicentrique réalisée en France auprès de psychiatres sensibilisés aux TB.

Le niveau de fonctionnement préservé est défini par une valeur  $\geq 60$  sur l'échelle d'Évaluation Globale du Fonctionnement (EGF).

Les SR sont évalués par les psychiatres et les patients.

**Résultats intermédiaires :** 98 psychiatres (âge moyen 53 ans, 74 % d'hommes, 32 % hospitaliers), répartis sur le territoire français, ont sélectionné 294 patients (âge moyen

48  $\pm$  13 ans, 61 % de femmes, 57 % de bipolaires I, 29 % d'antécédents de tentative de suicide). Pour le 1<sup>er</sup> épisode thymique, l'âge moyen du patient était de 29  $\pm$  11 ans et la polarité était dépressive à 56 % (Tableau 1).

**Conclusion :** Les SR les plus fréquents décrits par les patients sont les troubles sexuels, les troubles cognitifs et les perturbations du sommeil. Une mauvaise observance est constatée pour 15 % des patients.

Cette analyse intermédiaire montre que les patients BP euthymiques présentent de manière persistante plusieurs SR susceptibles de contribuer au handicap de la maladie. La reconnaissance et la prise en charge de ces SR constituent des enjeux importants.

**PO 210**  
**PLACE DES THÉRAPIES PSYCHO ÉDUCATIVES**  
**DANS LE TRAITEMENT ET LA QUALITÉ DE VIE**  
**DES PATIENTS SOUFFRANT DE TROUBLES**  
**BIPOLAIRES TYPE 1**

A. BEN HOUIDI, I. FARHAT, F. ELLOUZE, M.F. M'RAD

Hôpital Razi, MANOUBA, TUNISIE

**Introduction :** Malgré les progrès des traitements pharmacologiques concernant les troubles bipolaires ; il existe encore de nombreux patients non et/ou partiellement répondeurs.

La prophylaxie pharmacologique ne semble protéger des rechutes thymiques que dans la moitié des cas. Les mesures psycho éducatives, dont le rôle a longtemps été sous-évalué, présentent aujourd'hui un niveau de preuve élevé.

TABLEAU 1. — Critères d'évaluation du SR

	Psychiatre	Patient	Présence (%)
Troubles sexuels (ASEX <sup>1</sup> )		X	51 %
Problème de mémoire*		X	49 %
Problème de concentration*		X	47 %
Perturbation de la qualité du sommeil (PSQI <sup>2</sup> )		X	47 %
Gêne ressentie en lien avec la maladie*		X	42 %
Hyperactivité émotionnelle*		X	42 %
Instabilité émotionnelle*		X	42 %
Anesthésie émotionnelle*		X	41 %
Ralentissement moteur*		X	40 %
Problème de planification*		X	39 %
Diminution de l'énergie et des activités (BDRS <sup>3</sup> )	X		39 %
Troubles anxieux	X		32 %
Sentiment de rejet par la famille*		X	25 %
Sentiment de rejet par les collègues*		X	23 %
Mauvaise observance	X		15 %
Dysrégulation émotionnelle (M.A.Thy.S. <sup>4</sup> )		X	14 %
Modification du dosage du traitement*		X	12 %
Abus/dépendance à l'alcool	X		12 %
Oubli du traitement*		X	10 %
Abus/dépendance à d'autres substances psychoactives	X		4 %
Idées de suicide (BDRS <sup>3</sup> )	X		1 %

<sup>1</sup> McGahuey CA *et al.*, 2000 ; <sup>2</sup> Buysse DJ *et al.*, 1989 ; <sup>3</sup> Berk M *et al.*, 2007 ; <sup>4</sup> Henry C *et al.*, 2008. \* SR déterminé sur échelle numérique de 1 à 9 : présence = cotations de 4 à 9.

**Objectif :** Évaluer l'effet d'une thérapie à visée psycho-éducative, en groupe et limitée dans le temps, sur la qualité de vie perçue par des patients souffrant de trouble bipolaire type I.

**Méthode :** Il s'agit d'une étude prospective sur une période de 24 mois incluant 30 patients bipolaires de type I suivant le programme de psycho-éducation.

L'instrument de mesure de la qualité de vie était : SF-36 (8 dimensions).

**Résultats :** Les scores moyens globaux à la SF-36, avant le démarrage de la psycho-éducation, variaient de 13,7 à 94,2 avec une moyenne de 63,2.

La répartition a permis de retrouver que 46 % avaient une qualité de vie altérée, même lorsqu'ils sont normothymiques. Cette altération touchait différentes dimensions avec un nombre allant de 2 à 6. Les SMG à la SF-36 variaient de 14 à 94,2 avec une moyenne de 63,2.

L'altération de la qualité de vie portait sur les dimensions suivantes par ordre d'importance décroissante : La vie et relations avec les autres (D6), La vitalité (D5), L'activité physique (D1), Les limitations dues à l'état psychique (D7) et La santé psychique (D8).

L'évaluation de la qualité de vie après la psycho-éducation, a révélé que l'augmentation des scores touchait toutes les dimensions, attestant une amélioration de la qualité de vie de nos participants, avec un SMG à la SF-36 de 72,2. On a noté entre autre une amélioration du fonctionnement social et une diminution du taux de chômage chez les patients bénéficiant de PE. L'altération s'était limitée uniquement à 2 dimensions : la vitalité (D5) et la santé psychique (D8).

**Conclusion :** La psychoéducation constitue un des éléments clés de la prise en charge du trouble bipolaire. Les expériences conjointes montrent une bonne adhésion des patients, une bonne satisfaction des acquis. Ces expériences méritent d'être poursuivies et évaluées précisément, à court mais aussi à long terme.

## PO 211

### EUTHYMIE OR NOT EUTHYMIE ? PARADIGME D'ÉVALUATION PSYCHOMÉTRIQUE DE L'EUTHYMIE CHEZ 322 PATIENTS BIPOLAIRES EN FRANCE – ÉTUDE OPTHYUM

N. BEDIRA (1), F. BELLIVIER (2), P.M. LLORCA (3), E. HACQUES (4), R. ARNAUD (1), A. FILIPOVICS (1), A. DILLENSCHNEIDER (1)

(1) BMS, Rueil-Malmaison, FRANCE

(2) Hôpital Fernand-Widal, PARIS, FRANCE

(3) CHU Clermont-Ferrand, CLERMONT-FERRAND, FRANCE

(4) Otsuka Pharmaceutical France SAS, RUEIL-MALMAISON, FRANCE

**Objectif :** Comparer différents moyens d'évaluation de l'euthymie chez des patients bipolaires.

**Méthodologie :** Étude observationnelle, transversale, multicentrique réalisée en France auprès de psychiatres sensibilisés aux TB.

L'évaluation de l'euthymie était réalisée par les psychiatres, d'une part par des échelles validées pour la manie, un score

< 8 à l'YMRS (Favre S, 2003), pour la dépression, un score  $\leq 8$  à la BDRS (Berk, M., 2007) ; d'autre part, par un critère d'inclusion de présence de l'euthymie.

**Résultats intermédiaires :** 98 psychiatres (âge moyen 53 ans, 74 % d'hommes, 32 % hospitaliers), répartis sur le territoire français, ont sélectionné 322 patients (Tableau 2).

TABLEAU 2. — Patients avec critère d'inclusion BDRS  $\leq 8$  et YMRS < 8 coché « oui » et un score BDRS > 8 et/ou YMRS > 8\*

N	322
Non	301 (93.5 %)
Oui	26 (6.5%)

\* Ce score a été calculé en tenant compte de la réponse aux items des échelles. Les patients avec scores BDRS et YMRS > 12 ont été exclus (n = 29)

**Discussion :** Les recommandations *a priori* du choix d'un seuil pour établir l'euthymie au travers d'échelles de manie et de dépression sont multiples (Berk M, *et al.* 2007). Nous avons fait le choix des cut-off proposés par la Task force de l'ISBD (Tohen M, *et al.* 2009). Néanmoins, le contexte d'étude observationnelle et la réalité de la pratique clinique malmènent ces cut-off en leur faisant atteindre des limites supérieures. Ceci à l'inverse de la tendance qui recommande de les réduire parfois jusqu'à 4 (Berk M, *et al.* 2008).

La population incluse dans l'étude a été élargie en relevant le cut-off à 12 (YMRS et BDRS) en corrélation avec l'item de présence d'euthymie coché par les psychiatres. Cette limite qui a semblé plus adéquate, même si moins stricte, a permis de conserver dans l'analyse 6,5 % des patients.

**Conclusion :** Les critères d'évaluations psychométriques sont des outils fiables en pratique psychiatrique. Néanmoins, il semble que l'appréciation clinique simple de l'euthymie par les psychiatres reste en deçà des critères stricts de normothymie tels que recommandés par la recherche clinique. La faisabilité et la difficulté de trouver un cut-off moyen représentatif pour tous les patients – et pour les psychiatres – font nécessiter de plus vastes études évaluant l'euthymie à l'échelle internationale.

## PO 212

### TROUBLES BIPOLAIRES EUTHYMIQUES ET NIVEAU DE FONCTIONNEMENT : ÉTUDE OBSERVATIONNELLE FRANÇAISE (OPHYMUM)

P.M. LLORCA (1), F. BELLIVIER (2), E. HACQUES (3), R. ARNAUD (4), A. FILIPOVICS (4), A. DILLENSCHNEIDER (4), N. BEDIRA (5)

(1) CHU Clermont-Ferrand, CLERMONT-FERRAND, FRANCE

(2) Hôpital Fernand-Widal, PARIS, FRANCE

(3) Otsuka Pharmaceutical France SAS, RUEIL-MALMAISON, FRANCE

(4) BMS, Rueil-Malmaison, FRANCE

(5) BMS, Rueil-Malmaison, FRANCE

**Objectif :** Évaluer les caractéristiques des patients bipolaires (TB) euthymiques selon le niveau de fonctionnement.

**Méthodologie :** Étude observationnelle, transversale, multicentrique réalisée en France auprès de psychiatres sensibilisés aux TB.

Le niveau de fonctionnement est évalué par l'échelle d'Évaluation Globale du Fonctionnement (EGF).

**Résultats intermédiaires :** 98 psychiatres (âge moyen 53 ans, 74 % d'hommes, 32 % hospitaliers), répartis sur le territoire français, ont sélectionné 322 patients (Tableau 3).

**Conclusion :** Cette analyse permet de préciser quelles sont les composantes du handicap fonctionnel des patients bipolaires entre les épisodes, ainsi que les caractéristiques qui y sont associées. Les résultats indiquent que ces symptômes résiduels (SR) sont partiellement pris en compte par les cliniciens. Il est intéressant de noter que certains de ces symptômes résiduels sont également rapportés par des patients ayant un fonctionnement global préservé (EGF > = 60). Il existe une relative concordance entre le clinicien et le patient pour l'évaluation de ces SR.

### PO 213 TROUBLES SCHIZOPHRÉNIQUES ET TROUBLES DU LANGAGE, UNE ANALYSE DE L'EFFET DU BILINGUISME CHEZ LE PATIENT

C. MAUCHIEN (1), P. MEIRE (2), G. DESCHIETÈRE (1)

(1) Cliniques Universitaires Saint-Luc, BRUXELLES, BELGIQUE

(2) UCL, LOUVAIN LA NEUVE, BELGIQUE

Le monde médical et psychologique reconnaît unanimement qu'un des symptômes les plus importants dans la schizophrénie concerne les troubles du langage, mais qu'en est-il lorsque le sujet est polyglotte ? Toutes les langues qu'il pratique sont-elles affectées de la même manière ?

Ce travail vise à répondre à la question de l'impact de la langue utilisée par le patient schizophrène bilingue sur les manifestations de la psychose. Des études rapportent que certaines manifestations psychotiques telles que les hallucinations auditives ou encore la dissociation mentale peuvent être présentes dans une ou plusieurs des langues que le patient pratique. Dans ce travail, nous essayerons de démontrer si cela se justifie et, si oui, pourquoi une langue serait plus affectée qu'une autre.

Nous présentons une recherche qualitative sur base d'entretiens semi-directifs effectués avec des sujets schizophrènes bilingues qui vise à infirmer ou confirmer les observations mentionnées ci-dessus.

Si les symptômes s'avéraient effectivement différents en fonction de la langue que le sujet utilise, la question de la langue dans laquelle le diagnostic est posé ainsi que celle de la prise en charge devient essentielle.

**Mots clés :** Bilinguisme ; Schizophrénie ; Symptomatologie différente.

TABLEAU 3. — Caractéristiques des patients sélectionnés.

		Faible niveau de fonctionnement EGF < 60 (N = 28)	Niveau élevé de fonctionnement EGF > = 60 (N = 294)
Âge (ans)	Moyenne ± ET	50 ± 11	48 ± 13
Femmes	%	46	61
Surpoids (IMC > = 25 kg/m <sup>2</sup> )	%	71	49
Traités par antipsychotiques atypiques	%	64	43
Traités par lithium	%	21	27
ATCD familiaux de troubles psychiatriques	%	39	55
<b>Dont ATCD de bipolarité</b>	%	<b>27</b>	<b>55</b>
Participation à un groupe de psychoéducation depuis le début de la maladie	%	32	22
Nombre de consultations avec le psychiatre pour une phase euthymique de 6 mois à 1 an	Moyenne ± ET	14 ± 14	11 ± 8
Diminution de la motivation absente (BDRS <sup>1</sup> )	%	43	64
Anhédonie absente (BDRS <sup>1</sup> )	%	68	80
Sentiment de désespoir et d'impuissance absent(s) (BDRS <sup>1</sup> )	%	79	95
Irritabilité absente (BDRS <sup>1</sup> )	%	82	74
Augmentation de l'activité motrice légère (BDRS <sup>1</sup> )	%	18	5
Perturbation de la qualité du sommeil présente (PSQI <sup>2</sup> )	%	83*	47
Ne rapporte pas de diminution de sommeil (YMRS <sup>5</sup> )	%	75	79
Le patient ne parvient jamais à l'orgasme (ASEX <sup>3</sup> )	%	26	9
Sentiment de gêne et difficulté à fonctionner présents	%	71	44
<b>Dont Gêne et difficulté dues à la maladie bipolaire<sup>4</sup></b>	Moyenne ± ET	<b>4,9 ± 3,2</b>	<b>5,5 ± 2,4</b>

<sup>1</sup> Berk M *et al.*, 2007 ; <sup>2</sup> Buysse DJ *et al.*, 1989 ; <sup>3</sup> McGahuey CA *et al.*, 2000 ; <sup>4</sup> Échelle numérique de 1 (pas du tout) à 9 (totalemment) ; <sup>5</sup> Young RC *et al.*, 1978 ; \* Différence significative ( $p = 0,001$ )

**PO 214****LA CONSULTATION CICO : QUELLE INFORMATION DONNER À UNE FEMME SOUFFRANT DE TROUBLE PSYCHOTIQUE OU DE TROUBLE BIPOLAIRE AVANT LA NAISSANCE D'UN ENFANT ?**

C. DUCROIX, M. MOKRANI, A. VELASCO, A.S. MINTZ, M.N. VACHERON

*CH Sainte-Anne, PARIS, FRANCE*

La grossesse est une période de remaniements psychiques intenses qui peuvent fragiliser les futurs parents. Le couple ou la future mère va alors solliciter le soutien de l'entourage. Dans cette période particulière, l'intervention de professionnels peut être nécessaire quand des difficultés apparaissent pour le couple dans le réaménagement psychique qu'impose l'arrivée d'un enfant. En cas de projet de grossesse chez les femmes présentant une maladie mentale, les informations concernant les risques potentiels liés aux traitements, mais aussi à l'influence de la grossesse en elle-même, l'éventualité d'une incapacité plus ou moins longue à s'occuper de l'enfant et la survenue de possibles distorsions des interactions dans ce contexte doivent être adaptées à chaque projet parental. Il s'agit d'une réflexion de type « bénéfice-risque » associant la patiente, si possible son conjoint, et impliquant également le psychiatre référent, le médecin généraliste, les obstétriciens et les pédiatres. Ces informations ne sont pas toujours aisées à délivrer par le psychiatre référent. De plus, une collaboration étroite entre les services de Psychiatrie Générale et les services de Psychiatrie Infanto-Juvenile est importante dans une perspective de prévention autour des enjeux périnataux de la construction d'un lien de qualité entre des parents malades mentaux et un bébé, mais parfois difficile à mettre en place tant du côté des professionnels que du côté des patientes au moment de la naissance.

D'où la création de la Consultation d'Information, de Conseils et d'orientation (CICO) : double regard pédo-psychiatrique et psychiatrique adulte sur l'hôpital Sainte-Anne, non sectorisée permettant à la fois de réfléchir avec la patiente sur son désir d'enfant, de l'informer sur le déroulement de la grossesse et d'évaluer la capacité à construire un lien de qualité avec l'enfant.

Nous présentons ici les premiers résultats de cette consultation de second recours.

**Mots clés :** *Attachement ; Consultation psychiatrique préconceptionnelle ; Grossesse ; Trouble bipolaire ; Trouble psychotique.*

**PO 215****APPORT DE L'EEG DANS LA COMPRÉHENSION DES ANOMALIES DE CONNECTIVITÉ ET DE DÉFAUT D'INTÉGRATION CONSCIENTE AU COURS DES SCHIZOPHRÉNIES**

K. AIOUEZ (1), F. KACHA (2)

(1) *CHU Mustapha Bacha, ALGER, ALGÉRIE*  
(2) *EHS Cheraga, CHERAGA, ALGÉRIE*

Une des hypothèses concernant la physiopathologie de la schizophrénie serait celle liée à l'incapacité des réseaux de neurones à fonctionner de manière synchrone. Le dévelop-

pement de l'encéphalographie a permis de dévoiler de façon non invasive et peu coûteuse les troubles du fonctionnement du système nerveux central en permettant l'enregistrement en temps réel de l'activité cérébrale. Il s'agit d'une étude prospective descriptive, ayant pour objectif l'analyse des perturbations électroencéphalographiques chez une population de schizophrènes. Ont été inclus dans l'étude, 50 patients souffrant de schizophrénie selon les critères DSMIV, indemnes de toute affection médicale ou neurologique. Ont été exclus de l'étude tous les patients aux antécédents d'épilepsie. L'analyse statistique a été réalisée sur le logiciel statistica version 6, les résultats sont exprimés en pourcentages pour les variables qualitatives, et en moyennes  $\pm$  écarts type de la moyenne pour les variables quantitatives. Le test utilisé est le test exact de fisher, le seuil de significativité  $\alpha = 0,05$  et l'intervalle de confiance IC = 95 %, les corrélations entre 2 variables quantitatives par l'analyse de la régression linéaire. Les résultats montrent que le pourcentage d'ondes  $\theta$  est élevé chez les patients qui consomment du cannabis (30 %) par rapport à ceux qui ne consomment pas (5 %). La présence anormale des rythmes  $\theta$  pour le s/s type paranoïde (66,66 %) et des rythmes delta pour le s/s type désorganisé (75 %) préférentiellement à gauche apparaît bien corrélée aux périodes d'hallucinations et de délire puisque le pourcentage des rythmes  $\theta$  et delta sont largement plus élevés chez les patients à échelle positive par rapport à ceux à échelle négative lors de la passation de la PANSS, le tout traduisant un défaut de synchronisation neuronale.

**PO 216****IMPACT (INVEGA IN THE MANAGEMENT OF PATIENTS IN THE ACUTE SETTING) : RÉSULTATS D'UNE ÉTUDE BELGE CONCERNANT L'UTILISATION DE PALIPÉRIDONE À LIBÉRATION PROLONGÉE DANS LE TRAITEMENT DE L'AGITATION AIGUË ET/OU AGRESSION CHEZ DES PATIENTS PSYCHOTIQUES**

K. AUDENAERT (1), F. GODENIR (2), P. GEERTS (3), L. VAN GILS (3), J. DETRAUX (4)

(1) *Centre Hospitalier Universitaire, GAND, BELGIQUE*(2) *Centre Hospitalier Universitaire Mont-Godinne, GODINNE, BELGIQUE*(3) *Janssen-Cilag NV/SA, BEERSE, BELGIQUE*(4) *Centre Psychiatrique Universitaire Sint-Jozef, KORTENBERG, BELGIQUE*

Une étude prospective ouverte de 6 jours concernant l'utilisation de palipéridone (PALI) à libération prolongée (dose flexible 6 à 9 mg, moyenne = 6,7 mg) (INVEGA®) a été réalisée auprès de 56 patients ( $\geq 18$  ans) en psychoses aiguës, présentant un comportement agité/agressif. L'efficacité a été mesurée avec l'échelle PANSS-EC (PANSS-Excitement Component), ainsi qu'avec l'échelle GAF ; l'agitation et l'agression avec l'OAS (Overt Aggression Scale) et le BARS (Behavioural Activity Rating Scale). Toutes les évaluations ont été effectuées au début de l'étude, puis à 2 heures, 6-12 heures et 2, 3, 4, 5 et 6 jours. L'innocuité a été vérifiée par la mesure de survenue des effets secondaires et une évaluation systématique des paramètres cardiovasculaires

(tension artérielle, pouls) des patients. Globalement, 45 % des patients ont montré une amélioration importante d'au moins 40 % du score PANSS-EC (BL = 25,6,  $\Delta = -7,9$ ), ainsi que sur chacun des items de cette échelle : l'excitation (BL = 5,6,  $\Delta = -1,7$ ), l'hostilité (BL = 4,8,  $\Delta = -1,7$ ), la tension (BL = 5,6,  $\Delta = -1,7$ ), la non-coopération (BL = 4,4,  $\Delta = -1,3$ ) et le faible contrôle des impulsions (BL = 5,2,  $\Delta = -1,5$ ). Le score GAF s'est également amélioré (de 29,1 à 40,8). L'amélioration  $\geq 40$  % du score initial sur l'échelle PANSS-EC a été observée chez plusieurs patients du groupe PALI 6 mg ( $n = 35,48,6$  %, BL = 25,2,  $\Delta = -7,9$ ) ainsi que chez les patients du groupe PALI 9 mg ( $n = 15,333$  %, BL = 26,5,  $\Delta = -7,0$ ). Parallèlement, il y a eu des améliorations plus importantes en terme de GAF dans le groupe 6 mg (6 mg  $\Delta = +12,2$ ,  $n = 35$  vs. 9 mg  $\Delta = +8,9$ ,  $n = 15$ ). La PALI apparaît également efficace sur la réduction de l'agitation/l'agressivité. Par rapport au début de l'étude, le nombre de sujets présentant des incidents agressifs a diminué pour deux types de comportement de l'OAS : la violence verbale (de 14 à 4) et les agressions physiques contre des objets (de 4 à 0). Le score BARS a diminué de 5,5 (début) à 4,8 (jour 6), indiquant une activité moins agressive. Les effets indésirables étaient observés chez des patients individuels, à part la nausée ( $n = 3$ ). On peut donc conclure que la PALI à libération prolongée peut être utilisée dans le traitement de l'agitation aiguë et/ou agression verbale chez des patients psychotiques.

#### PO 217

##### **SYNDROME DE LA PORTE TOURNANTE : ÉTUDE CHEZ UNE POPULATION TUNISIENNE DE PATIENTS ATTEINTS DE SCHIZOPHRÉNIE**

S. HAJERI, R. TRIKI, I. DERBEL, L. ZAGHDOUDI

*Hôpital Razi La Manouba, LA MANOUBA, TUNISIE*

Le syndrome de la porte tournante est le terme utilisé pour décrire le phénomène des ré-hospitalisations multiples. La schizophrénie est la pathologie la plus pourvoyeuse de syndrome de la porte tournante.

Les hospitalisations multiples ont des conséquences importantes pour les patients, leurs entourage, et sont responsables d'une surconsommation des soins et d'un épuisement du personnel médical et paramédical.

L'objectif de ce travail était d'identifier les facteurs déterminant au phénomène des hospitalisations multiples dans une population tunisienne de patients atteints de schizophrénie. Nous avons mené une étude rétrospective durant 3 mois incluant 50 patients atteints de schizophrénie ou de trouble schizo-affectif, suivis au service de psychiatrie « C » de l'hôpital Razi. Les données socio-démographiques des patients ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire. L'observance thérapeutique a été mesurée par un questionnaire : la Medication Adherence Rating Scale (MARS). L'insight a été évalué par l'échelle d'insight Q8.

La moyenne d'âge des patients était de 41,7 ans. La population était composée de 80 % d'hommes. La moyenne du nombre des hospitalisations était de 13. Soixante-quatorze pourcent des patients étaient célibataires et 66 % vivaient au domicile parental. Quatre-vingt-huit pourcent des patients

étaient sans emploi. Une mauvaise observance a été retrouvée chez 54 % des patients. Un insight altéré a été retrouvé chez 82 %.

Le syndrome de la porte tournante est un phénomène majeur dans la pratique clinique quotidienne. Le profil du patient tunisien avec syndrome de la porte tournante était un célibataire de sexe masculin, vivant au domicile parental, sans emploi, plutôt mauvais observant et ayant un insight altéré.

#### PO 218

##### **SCHIZOPHRÉNIE ET COGNITION INCARNÉE**

T. SIGAUD, A. GAY, S. BILLARD, A. GROSSELIN, F. LANG

*CHU de Saint-Étienne, SAINT-PRIEST-EN-JAREZ, FRANCE*

Cette présentation constitue un état des lieux de la littérature actuelle concernant la cognition incarnée (ou énaction), de ses fondements au début du siècle jusqu'aux dernières découvertes, ainsi que ses applications possibles dans la schizophrénie.

L'énaction est un courant de la psychologie cognitive qui postule que le fonctionnement cognitif est ancré dans le système sensori-moteur de l'organisme, et qu'il existe des interactions permanentes, bidirectionnelles, avec notre environnement.

Différents auteurs ont montré que les individus réalisent une évaluation émotionnelle automatique et implicite de leur environnement, qui se traduit par des mouvements automatiques d'approche ou d'évitement.

En neuroanatomie, des explorations évoquent le rôle de certains neurones (miroirs ou canoniques), du cervelet, du cortex extra-strié, et de la jonction temporo-pariétale dans ces phénomènes.

Ces données sont applicables en psychiatrie dans des maladies comme la schizophrénie, où le système sensori-moteur, la perception du corps, et les interactions avec l'environnement, sont primordiaux. Certains auteurs suggèrent que des dysfonctionnements des processus de l'énaction pourraient expliquer en partie la symptomatologie hallucinatoire, dissociative ou interprétative des patients schizophrènes.

#### PO 219

##### **SÉROPRÉVALENCE DU PARVOVIRUS B19 DANS UN GROUPE DE PATIENTS SCHIZOPHRÈNES**

A. MTIRAQOUI (1), Y. EL KISSI (1), N. HANNACHI (2), A.S. BANNOUR (1), S. SAMOUD (2), S. BEN NASR (1), J. BOUKADIDA (2), B. BEN HADJ ALI (1)

*(1) Service de psychiatrie, CHU Farhat Hached, Faculté de médecine, SOUSSE, TUNISIE*

*(2) Laboratoire de bactériologie-immunologie, UR 02SP13, CHU Farhat Hached, Faculté de médecine, SOUSSE, TUNISIE*

*Introduction :* Plusieurs virus pouvant générer des atteintes neurologiques par action directe ou *via* l'induction de phénomènes auto-immuns ont été impliqués dans la survenue de la schizophrénie. Le rôle du Parvovirus B19 (PB19) a été évoqué dans la littérature sans preuve séro-épidémiologique de son implication.

*Objectif :* L'objectif de notre travail était de comparer la prévalence du PB19 chez des patients schizophrènes et chez



des témoins indemnes de troubles psychotiques et d'en déterminer les associations avec les facteurs de risque infectieux et les caractéristiques cliniques de la maladie.

**Matériel et méthode :** Nous avons réalisé une étude séro-épidémiologique. Nous avons recruté, de manière consécutive, 108 patients portant le diagnostic de schizophrénie (critères du DSM-IV) ainsi que 108 témoins appariés pour l'âge et pour le sexe. Nous avons effectué une évaluation standardisée de la psychopathologie (BPRS, SAPS, SANS, PANSS) et de la sévérité de la maladie (CGI) chez les patients. Chez tous les participants, nous avons procédé à une recherche des IgG et des IgM anti-PB19 par technique ELISA.

**Résultats :** La prévalence des IgG anti-PB19 était significativement plus élevée chez les patients que chez les témoins (73,1 % vs 60,2 % ;  $p = 0,04$ ). Il n'y avait pas de différence significative concernant la prévalence des IgM. Une association entre une sérologie PB19 positive et un score plus bas à la sous-échelle des symptômes négatifs de la PANSS ( $p = 0,04$ ) a été mise en évidence.

**Conclusion :** Dans notre travail, la prévalence des IgG anti-PB19 était significativement plus élevée chez les patients que chez les témoins confortant l'hypothèse de l'implication du virus dans la genèse de la schizophrénie. D'autres travaux intégrant à la fois aspects virologiques

## PO 220

### COORDINATION BIMANUELLE ET CONTRÔLE DE LA FORCE DE PRÉHENSION DANS LA SCHIZOPHRÉNIE

M. TEREMETZ (1), I. AMADO (2), J.P. BLETON (3),  
R. GAILLARD (2), M. MAIER (1), M.O. KREBS (2),  
P. LINDBERG (1)

(1) Centre d'étude de la sensorimotricité (UMR8194), Université Paris Descartes, PARIS, FRANCE

(2) Centre Hospitalier Sainte-Anne, Inserm U894, Université Paris Descartes, PARIS, FRANCE

(3) Service Neurologie – Pôle Neurosciences, Inserm U894, Hôpital Sainte-Anne, Université Paris Descartes, PARIS, FRANCE

**Introduction :** La coordination bimanuelle nécessite une interaction interhémisphérique et est un modèle d'étude de la dysconnectivité dans la schizophrénie. Bellgrove *et al.* (2001) et Lafargue *et al.* (2006) montrent une réduction de la synchronisation temporelle du mouvement entre les deux mains et de la capacité à mémoriser la force exercée. Néanmoins, aucune étude n'a porté sur la coordination simultanée de la force de préhension entre les deux mains.

**Méthode :** 18 patients schizophrènes stabilisés sous antipsychotiques atypiques et 15 sujets contrôles de même âge effectuent une tâche de tracking visuo-moteur pour adapter une force de préhension (curseur sur l'écran) à une cible visuelle (trajectoire de force suit une montée, un maintien et une relâche brusque) permettant la quantification du contrôle de force unimanuel et bimanuel. En bimanuel il faut apparier simultanément la force exercée par les deux mains, tandis que le feedback visuel n'existe que pour une seule main, requérant une perception de l'effort pour apparier « la main aveugle ».

**Résultats :** Le tracking de force unimanuelle montre plus d'erreurs, de variabilité, et un temps de relâchement plus long chez les patients. La transmission involontaire de l'action

motrice à la main au repos tend à être plus élevée lors du maintien de la force chez les patients ( $p = 0,07$ ). En bimanuel, les deux groupes montrent des forces corrélées entre elles mais l'appariement est moins bon chez les patients ( $R = 0,65$  vs  $R = 0,59$ ,  $p = 0,02$ ). Des corrélations croisées de la force au cours du temps entre les deux mains montrent une corrélation maximale réduite chez les patients vs contrôles ( $P < 0,001$ ), sans décalage temporel. Aucune corrélation n'est retrouvée avec la clinique (PANSS, Signes Neurologiques Mineurs).

**Conclusion :** Nos résultats confirment que les patients schizophrènes stabilisés ont un contrôle de la force unimanuelle réduit. Le temps de relâchement augmenté et le couplage bimanuel diminué des forces de préhension suggère une difficulté dans l'inhibition motrice et dans l'interaction hémisphérique. L'exploration de la coordination bimanuelle dans la schizophrénie est prometteuse et un couplage avec la neuroimagerie permettra une meilleure compréhension des mécanismes neuronaux à la base de la dysconnectivité.

## PO 221

### RÉMISSION DANS LA SCHIZOPHRÉNIE : ÉVALUATION DE 39 CONSULTANTS TUNISIENS

W. ABDELGHAFAR, I. BEN GHZAEIL, R. RAFRAFI,  
F. JLASSI, W. MELKI, Z. EL HECHMI

Hôpital Razi, MANOUBA, TUNISIE

**Introduction :** La schizophrénie était historiquement considérée comme « une démence précoce » inéluctable. Les objectifs thérapeutiques ont actuellement évolué pour viser la rémission totale sous traitement voire la guérison.

**Objectifs :** Évaluer le niveau d'équilibre clinique des consultants et vérifier la pertinence du concept de rémission dans notre population hospitalière.

**Méthodes :** L'étude a concerné l'ensemble des consultants sur une durée d'un mois, souffrant de schizophrénie selon le DSM IV-R, qui n'ont pas été hospitalisés depuis six mois. La Positive And Negative Syndrome Scale (PANSS) et l'Échelle d'Évaluation Globale du Fonctionnement (EGF) ont été passées par le même psychiatre.

La rémission totale a été définie par une rémission clinique attestée par un score PANSS inférieur à 31 (S. Z. Levine *et al.*) et un bon fonctionnement social attesté par un score EGF supérieur à 60.

**Résultats :** Trente-neuf patients ont été étudiés avec un sex-ratio de 0,86.

La durée d'évolution moyenne de la maladie était de 8,87 ans. Le nombre moyen d'hospitalisations était 4,31.

Le score total moyen à la PANSS était de 69,71 avec des extrêmes de 30 et 105.

Le score moyen à l'échelle négative de la PANSS était de 18,12 avec des extrêmes de 8 et 33. Le score moyen à l'échelle positive de la PANSS était de 17 avec des extrêmes de 6 et 32.

Le score moyen à l'échelle de psychopathologie générale de la PANSS était de 35,4 avec des extrêmes de 17 et 53.

Quatre patients (10 %) étaient en rémission totale. Six étaient en rémission partielle avec des symptômes légers

correspondant à un score PANSS total inférieur à 62 (S. Z. Levine *et al.*) et un bon fonctionnement social avec EGF supérieur à 60.

Le score total et celui des sous échelles de la PANSS n'étaient pas significativement associés aux paramètres cliniques (type de médication, durée d'évolution) ou socio-démographiques (âge, sexe, niveau scolaire).

*Conclusion* : La rémission totale est un objectif réalisable et qui doit être visé même dans les pays en voie de développement. Les facteurs liés à la rémission méritent d'être étudiés.

## PO 222

### QUALITÉ DE VIE ET SCHIZOPHRÉNIE

F. LABOUDI, A. BELHACHMI, W. SOULAMI, J. MEHSSANI, M.Z. BICHRA

*Hôpital Militaire d'Instruction Mohamed V, RABAT, MAROC*

La schizophrénie est une maladie chronique invalidante et hétérogène. L'apparition des nouveaux antipsychotiques et des traitements psychosociaux ont permis d'améliorer la qualité de vie des patients schizophrènes. Mais la connaissance des facteurs qui influencent cette qualité de vie permettrait d'optimiser la prise en charge de cette maladie.

L'objectif de ce travail est d'évaluer la qualité de vie de malades atteints de schizophrénie, en identifiant les facteurs corrélés à cette dimension.

Il s'agit d'une Enquête réalisée auprès de 50 patients schizophrènes suivis en ambulatoire et stabilisés selon l'EGF (échelle globale de fonctionnement). Leur qualité de vie a été évaluée par le questionnaire généraliste SF-36, et les différentes caractéristiques sociodémographiques, cliniques et thérapeutiques ont été relevées à l'aide d'une fiche élaborée à cet effet.

Notre travail identifie des indicateurs de la qualité de vie, dont l'amélioration est nécessaire pour une bonne prise en charge des patients schizophrènes.

Certains facteurs étaient apparus fortement corrélés à une qualité de vie altérée : l'inactivité professionnelle, le cours évolutif épisodique avec symptômes résiduels entre les épisodes, la présence d'effets indésirables influençant modérément la vie quotidienne.

## PO 223

### LES PATIENTS SCHIZOPHRÈNES ONT UNE PERCEPTION ALTÉRÉE DE LA DISTANCE TEMPORELLE SUBJECTIVE DES ÉVÉNEMENTS AUTOBIOGRAPHIQUES

J. POTHEEGADOO (1), C. CUERVO-LOMBARD (2), F. BERNA (1), J.M. DANION (1)

*(1) Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, Université de Strasbourg, INSERM U666, STRASBOURG, FRANCE*

*(2) Université de Toulouse 2 Le Mirail, TOULOUSE ; Centre Hospitalier Universitaire, REIMS, FRANCE*

Les perturbations de la perception du temps subjectif, longtemps décrites dans la schizophrénie, n'avaient pas été étudiées jusqu'à présent de manière expérimentale. Nous nous

sommes donc intéressés à la manière dont les patients schizophrènes estiment la distance temporelle subjective de leurs événements personnels passés, c'est-à-dire, comment ces événements sont perçus comme étant subjectivement proches ou lointains dans le temps. Vingt-cinq patients schizophrènes et 25 sujets témoins ont évoqué 24 souvenirs autobiographiques qui se sont produits au cours de 4 périodes de vie différentes. Les participants ont ensuite estimé la distance temporelle subjective de chaque événement et ont évalué leur niveau de détails. Les résultats ont montré que les patients schizophrènes ont une perception altérée de la distance temporelle subjective. Leurs souvenirs étaient significativement moins détaillés que ceux des sujets témoins, et contrairement aux sujets témoins, le niveau de détails des souvenirs des patients n'était pas significativement corrélé à leur distance temporelle subjective. L'accès difficile aux détails des souvenirs pourrait ainsi expliquer les distorsions de la perception du temps subjectif chez les patients schizophrènes.

## PO 224

### LES PATIENTS SCHIZOPHRÈNES SE REMÉMORENT MOINS SOUVENT LEURS SOUVENIRS AUTOBIOGRAPHIQUES EN PERSPECTIVE ACTEUR

J. POTHEEGADOO (1), F. BERNA (1), C. CUERVO-LOMBARD (2), J.M. DANION (1)

*(1) Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, Université de Strasbourg, INSERM U666, STRASBOURG, FRANCE*

*(2) Université de Toulouse 2 Le Mirail, TOULOUSE ; Centre Hospitalier Universitaire de Reims, REIMS, FRANCE*

La perspective visuelle adoptée lors de la récupération de souvenirs autobiographiques a suscité un intérêt croissant dans la recherche clinique car elle reflète l'attitude des individus à l'égard de leur *self* et des événements personnels passés. Plusieurs altérations de la mémoire autobiographique ont été montrées dans la schizophrénie, pathologie psychiatrique caractérisée par des altérations du *self*. Toutefois, la perspective visuelle que prennent les patients lors du rappel de leurs souvenirs n'a pas encore été étudiée dans la schizophrénie. Trente patients schizophrènes et leurs témoins appariés ont rappelé 24 souvenirs autobiographiques qui se sont produits au cours de 4 périodes de vie. Après chaque rappel, les participants ont indiqué la perspective visuelle adoptée, c'est-à-dire, s'ils se voyaient dans leurs souvenirs selon une perspective Acteur ou s'ils se voyaient eux-mêmes dans la scène comme une tierce personne, à partir d'une perspective Spectateur. Les résultats ont montré que les patients schizophrènes adoptent significativement moins la perspective Acteur que les sujets témoins. La proportion de réponse Acteur augmente significativement chez les sujets témoins en allant des périodes de vie les plus anciennes aux périodes les plus récentes. Cette augmentation n'est pas significative chez les patients. Ces résultats confortent la notion de passivité, déjà décrite dans cette pathologie, passivité avec laquelle les patients schizophrènes revivent leurs expériences passées. Les patients schizophrènes créeraient un sentiment d'éloignement ou de mise à distance à l'égard de leurs expériences passées et de leur *self* passé.

## PO 225 INTÉRÊT ET PLACE DE LA PSYCHOSE HALLUCINATOIRE CHRONIQUE EN 2013

C. GORIN, P. CLERVOY

*HIA Sainte-Anne, TOULON, FRANCE*

La psychose hallucinatoire chronique (PHC), individualisée par Ballet en 1911, est un délire chronique survenant le plus souvent chez la femme âgée et vivant seule, de mécanisme principal hallucinatoire, sans dissociation mentale et d'évolution chronique. Mme N. a 78 ans. Elle se présente d'elle-même au service des urgences car une bombe aurait explosée chez elle quelques jours plus tôt. Elle est convaincue qu'il s'agit d'une tentative d'homicide de la part de ses voisins. Depuis plusieurs mois, elle a bien remarqué leur « petit manège », ils l'« insultent » et « rient en [la] regardant ». Juste avant l'explosion, elle a senti la fumée autour d'elle et conserverait un « goût de roussi » dans la bouche. Le discours de la patiente est marqué d'une grande diffluence d'où émerge une thématique de persécution qui s'étend comme une tâche d'huile à tous les champs de sa vie affective. Les mécanismes sont intuitifs, interprétatifs et hallucinatoires. La patiente est venue spontanément se protéger de ses persécuteurs au sein de l'hôpital. Comme la paraphrénie, la PHC ne fait plus partie des classifications actuelles validées en psychiatrie. Ces descriptions cliniques n'ont pas passé le filtre des études nord-américaines, remettant en cause l'originalité réelle de ces troubles et surtout leur indépendance par rapport aux autres syndromes psychiatriques. Le DSM IV évoque des entités nosographiques proches comme le trouble délirant de persécution, non schizophrénique, ou les descriptions cliniques dans le chapitre schizophrénie « des cas à début tardif ». Mais la clinique d'aujourd'hui colle parfois davantage aux descriptions des anciennes classifications qu'à celles des classifications modernes. Les exigences nouvelles d'homogénéisation et d'universalité nous contraignent toutefois à évacuer du champ de nos références des concepts jugés peu opérants voire désuets dans nos référentiels. Ne s'agit-il cependant pas d'une forme de radicalisation dans une discipline aussi riche, complexe et disparate que la psychiatrie ? Au-delà du devenir de la PHC dans nos manuels, se pose la question plus générale de la disparition de certains modèles pour tendre vers un idéal standardisé, à l'image d'une société qui ne cesse de s'uniformiser au risque de s'appauvrir.

## PO 226 RÉVOLUTION ET IMPACT SUR LA THÉMATIQUE DU DÉLIRE

I. DERBEL, R. TRIKI, S. HAJERI, I. JOHNSON, L. DELLAGI, K. TABBANE

*Hôpital Razi, LA MANOUBA, TUNISIE*

*Introduction* : Le délire constitue une résurgence d'éprouvés traumatiques n'ayant pas pu être mentalisés. Chez le malade mental, la thématique du délire est sous-tendue par ce vécu traumatique. Or ce dernier se trouve fortement influencé non seulement par les événements de vie subis par le sujet, ses

croyances culturelles, mais aussi par l'environnement général et notamment les mouvements sociaux et politiques. Qu'en est-il chez le malade mental tunisien dans le contexte socio-politique relatif à la révolution ?

*Objectif* : Étudier les caractéristiques cliniques et épidémiologiques du délire ainsi que l'évolution de sa thématique chez des patients tunisiens et ce par rapport au contexte socio-politique.

*Matériel et méthode* : Étude rétrospective descriptive portant sur les patients hospitalisés au service de psychiatrie B sur une période de 7 mois (de septembre 2010 à mars 2011).

*Critères d'inclusion* : patients atteints de trouble psychotique bref, schizophrénie, trouble schizo-affectif, trouble bipolaire type I ou trouble délirant chronique selon les critères du DSM IV.

*Résultats* : – Les thèmes de délire prédominants avant la révolution : persécution ensorcellement religieux.

– Les thèmes de délire prédominants après la révolution : persécution religieux politique.

– Durant les mois de décembre et janvier : politique = persécution religieux ensorcellement.

– Chez deux des patients qui ont été hospitalisés à deux reprises pendant cette période, on a noté l'apparition d'un délire à thématique politique qui n'était pas présent auparavant.

– On retrouve en effet une corrélation entre la révolution et le contexte socio-politique qui s'en est suivi d'une part et la thématique du délire d'autre part.

*Conclusion* : Le délire politique surajouté par un contexte socio-politique particulier expose le patient à un risque de complications médico-légales. Ceci impose une prise en charge particulière et plus vigilante dans les périodes de crise telles que la révolution. Ainsi, des contrôles plus rapprochés et une optimisation du traitement sont recommandés.

## PO 227 QUAND LE DÉLIRE SE TRANSMET À LA FAMILLE

C. RACHDI, A. AISSA, W. HOMRI, S. YOUNES, R. LABBANE

*Hôpital Razi, MANOUBA, TUNISIE*

*Introduction* : Le trouble psychotique partagé est un trouble rare. Sa prévalence est difficile à évaluer. La littérature disponible sur ce sujet est limitée principalement aux rapports de cas. Elle est encore plus rare quand ce trouble se produit au sein d'une famille. Nous décrivons ici un cas de « folie à famille » impliquant une famille tunisienne dont le délire a touché quatre de ses membres.

*Présentation du cas* : M.H est âgée de 23 ans, sans antécédents, originaire d'une région rurale et y demeurant avec sa mère Z.H et son père A.H. Elle est la cadette d'une fratrie de 4. M.H a été ramenée aux urgences par sa mère pour des hallucinations. En effet, elle présentait depuis un an des troubles du comportement, une soliloquie, des propos délirants associés à des hallucinations auditives, visuelles et cénes-thésiques.

L'entretien avait retrouvé un syndrome délirant de persécution, de grandeur, d'ensorcellement et de référence à mécanisme intuitif et interprétatif, un syndrome hallucinatoire

visuel, auditif et cénesthésique et un syndrome dissociatif. Le diagnostic de schizophrénie paranoïde a été retenu et la patiente a été mise sous traitement antipsychotique.

L'entretien avec la famille avait trouvé que ses parents et son frère aîné HH étaient convaincus que M.H était dotée d'une force surnaturelle lui permettant de purifier les montagnes de sa région natale en combattant les voleurs et les malfrats. Ses parents et son frère partageaient également le même délire de persécution.

*Discussion* : Cette vignette clinique illustre un cas de délire partagé par une famille : M.H est la personne dominante qui présente au premier plan les idées délirantes tandis que les autres membres de la famille, qui n'ont pas de trouble psychiatrique primaire, présentent un trouble délirant partagé. Notre patiente, en communiquant ses propos délirants à ses parents, a fait propager ses croyances à sa famille provoquant ainsi une perturbation considérable dans leur vie. Le partage des symptômes délirants pourrait refléter la tentative d'une famille de maintenir sa cohésion en présence d'un environnement hostile.

*Conclusion* : Comme le montre la littérature, ce trouble est rare, complexe et à conséquences familiales graves mais son diagnostic précoce peut entraîner de bons résultats thérapeutiques.

#### **PO 228 TROUBLE DE L'ALIMENTATION CHEZ LE SCHIZOPHRÈNE**

I. ENNAKR, W. SOULAMI, M. BENAÏSSA, M. SABIR,  
A. OUANASS

*Hôpital Arrazi, SALÉ, MAROC*

Si de nombreuses spécialités médicales ont toujours été attentives au rôle de l'alimentation et à son impact sur la santé, la psychiatrie ne s'y est intéressée que très récemment suite notamment à l'utilisation des antipsychotiques atypiques. La prescription de ces molécules a majoré la prévalence de certaines comorbidités somatiques dans la population souffrant de schizophrénie. Outre l'influence des antipsychotiques, ces pathologies somatiques sont aussi favorisées par de mauvaises habitudes hygiéno-diététiques, et plus particulièrement par des déséquilibres alimentaires. Nous pouvons facilement observer dans notre pratique clinique quotidienne que la majorité des sujets souffrant de schizophrénie s'alimente de façon inadaptée.

Nous développerons dans ce travail successivement les caractéristiques des comportements alimentaires des patients schizophrènes, leurs apports nutritionnels quotidiens, ainsi que les autres facteurs se rapportant à leur hygiène de vie (tabagisme, activité physique, consommation d'alcool et autres substances psychoactives).

*Objectif* : Déterminer l'impact des habitudes hygiéno-diététiques sur la santé physique et mentale des patients schizophrènes.

*Méthodologie* : Hétéro questionnaire + questionnaire de Wirshing évaluant les connaissances diététiques des patients schizophrènes.

*Résultats* : En cours.

#### **PO 229 ÉVALUATION DU FONCTIONNEMENT GLOBAL DES SCHIZOPHRÈNES SUIVIS EN AMBULATOIRE : À PROPOS DE 100 CAS**

S. TRABELSI, L. ZOUARI, J. BEN THABET, N. CHARFI,  
N. ZOUARI, M. MAÂLEJ

*CHU Hédi Chaker, SFAX, TUNISIE*

*Objectif* : Évaluer le fonctionnement global des patients schizophrènes suivis en ambulatoire.

*Sujets et méthodes* : Nous avons mené une étude transversale sur une période de sept mois sous forme d'enquête qui a concerné 100 malades suivis à l'unité des consultations externes de psychiatrie au CHU Hédi Chaker de Sfax en Tunisie.

Pour l'évaluation du fonctionnement global, nous avons utilisé l'échelle d'Évaluation Globale du Fonctionnement (EGF). La symptomatologie positive et négative ainsi que la psychopathologie générale ont été évaluées par le « positive and negative syndrome scale » (PANSS).

*Résultats* : L'âge moyen des patients était de 41 ans 6 mois. Ils étaient de sexe masculin dans 78 % des cas et 66 % ne vivaient pas en couple. Ils n'avaient pas dépassé le niveau des études primaires dans 66 % des cas. Ils étaient inactifs ou avaient une activité professionnelle irrégulière dans 92 % des cas. Le taux de ceux qui avaient un bas niveau socio-économique était de 93 %. Tous les patients de notre étude étaient sous traitement neuroleptique : 50 % étaient sous deux neuroleptiques ou plus, 10 % seulement étaient sous monothérapie et le reste sous autres associations de psychotropes. La durée moyenne du suivi était de 14 ans 10 mois. Dans 15 % des cas, les patients avaient présenté des effets indésirables influençant la vie quotidienne. La majorité de nos patients (91 %) présentait le sous-type de schizophrénie dit « aucun sous-type ». Pour la psychopathologie générale, la moyenne était de 18,84 alors que 90 % des patients avaient des scores compris entre 16 et 20. Les scores de l'EGF de l'ensemble des patients variaient de 25 à 85, avec une moyenne de 54,04 et un écart type de 15,72. La majorité des patients (70 %) avait des scores inférieurs ou égaux à 60.

*Conclusion* : Il ressort de notre étude que la schizophrénie s'accompagne d'une altération du fonctionnement global. Sur un registre pratique, il faudrait souligner l'intérêt de la réadaptation psychiatrique visant l'amélioration des conditions résidentielles, éducationnelles et professionnelles des personnes atteintes d'incapacité psychiatrique et l'apport des neuroleptiques atypiques, mieux tolérés notamment en ce qui concerne les symptômes extrapyramidaux et les dyskinésies tardives.

#### **PO 230 LA RÉMISSION CLINIQUE DANS LA SCHIZOPHRÉNIE : FRÉQUENCE ET FACTEURS ASSOCIÉS, À PROPOS DE 115 CAS**

M. CHHOUMI, I. ELGHARBI, A. MRAD, L. GASSAB,  
F. ZAAFRANE, L. GAHA, A. MECHRI

*CHU Fattouma Bourguiba, MONASTIR, TUNISIE*

**Introduction :** Le concept de la rémission clinique dans la schizophrénie a fait l'objet d'un consensus d'experts définissant ses critères opérationnels et soulignant sa pertinence à la fois sur le plan clinique et thérapeutique.

Le but de notre travail était d'étudier la fréquence de la rémission clinique dans un groupe de patients schizophrènes et d'en déterminer les facteurs associés.

**Méthodologie :** Il s'agit d'une étude transversale, descriptive et analytique réalisée auprès de 115 patients schizophrènes suivis à la consultation externe de psychiatrie du CHU Monastir répondant aux critères diagnostiques de schizophrénie selon DSM IV. La rémission clinique a été appréciée par les 8 items de l'échelle positive and négative syndrome scale (PANSS). Un score < 3 sur une durée minimale de 6 mois était nécessaire pour retenir la rémission clinique ou symptomatique.

**Résultats :** L'âge moyen de nos patients était de  $37,8 \pm 11$  ans, 75,7 % étaient de sexe masculin et 36,5 % avaient un bas niveau socio-économique. La rémission clinique était constatée chez 50,4 % de nos patients et était basée surtout sur la réduction des scores des items correspondant aux symptômes positifs et de désorganisation de la PANSS. L'approche analytique a révélé que la rémission clinique était surtout associée au mode de début aigu des troubles ( $p = 0,026$ ), au bas score des symptômes négatifs lors de la dernière hospitalisation ( $p = 0,017$ ) et au mode d'évolution épisodique ( $p < 0,0001$ ).

**Conclusion :** Il ressort que le mode de début aigu, les scores bas des symptômes négatifs ainsi que le mode d'évolution épisodique étaient les facteurs prédictifs de la rémission clinique chez nos patients. La connaissance de ces facteurs conduira à la recherche des modèles et de facteurs étiopathogéniques qui permettent de comprendre et de prévenir l'évolution déficitaire de la schizophrénie.

### **PO 231 LES FACTEURS DÉTERMINANTS DE LA PSYCHOSE NON TRAITÉE**

N. CHARFI, Y. ZGUEB, R. JOMLI, S. ARFAOUI, F. NACEF

*Hôpital Razi, TUNIS, TUNISIE*

La période comprise entre l'apparition des premiers symptômes psychotiques et la mise en place du premier traitement définit la durée de psychose non traitée ou DUP « duration of untreated psychosis » dans la littérature internationale. Un nombre croissant d'études suggère que cette durée est influencée par différents facteurs sociodémographiques et cliniques. Elle est estimée à une moyenne de 2 ans.

**Objectif :** Le but de notre travail est d'étayer les différents facteurs sociodémographiques et cliniques pouvant influencer la durée de psychose non traitée.

**Matériel et méthode :** Il s'agit d'une étude descriptive rétrospective réalisée sur 52 dossiers de patients schizophrènes admis pour la première fois au service de psychiatrie A de l'hôpital Razi dont le diagnostic de schizophrénie a été retenu selon les critères du DSM-IV. Nous avons utilisé une fiche de dépouillement préétablie avec des items sur les caractéristiques socio-démographiques et cliniques des patients. L'analyse statistique a été faite par le logiciel SPSS (Le seuil de signification a été fixé à 5 %).

**Résultats :** L'âge moyen de nos patients était de 27,83 ans. La majorité était de sexe masculin (78,8 %). La DUP était inférieure à 6 mois chez 40,3 % de nos patients, entre 6 mois et 1 an chez 13,46 %, entre 1 an et 2 ans chez 17,3 %, entre 3 et 5 ans chez 15,3 % et dépassait les 5 ans chez 13,46 % des patients. Nous n'avons pas trouvé de corrélations significatives avec les conditions socio-économiques, ni la proximité d'un centre de soins spécialisé. Par contre la DUP était corrélée significativement à l'âge de début ( $p = 0,003$ ), le nombre de parents vivants ( $p = 0,006$ ), le fonctionnement pré morbide ( $p = 0,001$ ) et à la forme clinique de la schizophrénie ( $p = 0,021$ ).

**Conclusion :** L'ensemble de ces observations doit nous inciter à nous interroger sur les raisons de ce retard à la demande de soins spécialisés chez les patients et leurs familles et à orienter les recherches pour agir sur la durée de la psychose non traitée en axant sur les programmes visant à détecter les stades précoces de la schizophrénie et notamment la phase prodromique.

### **PO 232 VALIDITÉ PRÉDICTIONNELLE DES CRITÈRES DE LA RÉMISSION CLINIQUE CHEZ 115 PATIENTS SUIVIS POUR SCHIZOPHRÉNIE**

M. CHHOUMI, I. ELGHARBI, A. MRAD, L. GASSAB,  
F. ZAAFRANE, L. GAHA, A. MECHRI

*CHU Fattouma Bourguiba, MONASTIR, TUNISIE*

**Introduction :** L'emploi d'instruments psychométriques est indispensable pour étudier l'évolution clinique de la maladie. L'échelle positive and négative syndrome scale (PANSS) est l'un des instruments d'évaluation dans la schizophrénie qui comporte l'étude la plus complète de ses propriétés psychométriques.

Le but de ce travail était de déterminer la sensibilité, la spécificité et la valeur prédictive des critères de la rémission clinique de la PANSS chez un groupe de patients suivis pour schizophrénie.

**Méthodologie :** Il s'agit d'une étude transversale et descriptive réalisée auprès de 115 patients suivis en ambulatoire pour schizophrénie (d'âge moyen =  $37,6 \pm 10,2$  ans, 75 % de sexe masculin). L'évaluation de la rémission clinique était basée sur les 8 items de la PANSS, dont chacun est coté de (0 à 6). La rémission clinique est définie par un score < 3 sur une durée minimale de 6 mois. Ces 8 items de la PANSS ont été étudiés séparément afin de déterminer le poids de chaque critère dans la rémission clinique.

**Résultats :** Une rémission clinique était constatée chez 50,4 % des patients. Les scores aux items P1, P2, P3, G5 et G9 étaient significativement plus bas en cas de rémission clinique par rapport aux patients qui n'étaient pas en rémission ( $p < 0,0001$  pour les 5 items). En revanche, la différence n'était pas significative entre les deux groupes de malades (en rémission/pas de rémission) pour les items correspondant aux symptômes négatifs (N1, N4 et N6). Seuls les items P1, P2 et P3 avaient une spécificité supérieure à 50 %. Les valeurs prédictives des items correspondant aux symptômes positifs (P1, G9 et P3) et de l'item P2 « désorganisation conceptuelle » étaient plus élevées par rapport aux autres items.

**Conclusion :** La rémission clinique dans notre population semble être plus liée à la réduction des scores aux items des symptômes positifs et de désorganisation. Ainsi, ces items auront une plus grande valeur prédictive de la rémission clinique dans notre population.

#### PO 233

### DURÉE DE PSYCHOSE NON TRAITÉE ET ÉVOLUTION SUR 5 ANS DES SCHIZOPHRÉNIES DÉBUTANTES

N. CHARFI, Y. ZGUEB, R. JOMLI, S. ARFAOUI, F. NACEF

*Hôpital Razi, TUNIS, TUNISIE*

**Introduction :** Le pronostic de la schizophrénie a été corrélé à plusieurs variables cliniques notamment à la durée de psychose non traitée « DUP » correspondant à la période entre l'apparition des premiers symptômes psychotiques et la mise sous traitement. Un nombre croissant d'études suggère une corrélation importante entre un prolongement de la durée de psychose non traitée et un pronostic défavorable.

**Objectif :** Nous proposons d'étudier le rôle pronostique de la DUP en recherchant les différentes corrélations entre cette durée de psychose non traitée et les différentes caractéristiques évolutives de la pathologie schizophrénique.

**Matériel et méthodes :** Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive réalisée sur 52 dossiers de patients schizophrènes admis pour la première fois au service de psychiatrie A de l'hôpital Razi chez qui le diagnostic de schizophrénie a été retenu selon les critères du DSM-IV et dont l'évolution a été étudiée sur environ 5 ans (janvier 2007 à septembre 2012). Nous avons utilisé une fiche de dépouillement préétablie avec des items sur les caractéristiques cliniques et évolutives des patients. L'analyse statistique a été faite par le logiciel SPSS (Le seuil de signification a été fixé à 5 %).

**Résultats :** La DUP était inférieure à 6 mois chez 40,3 % de nos patients, entre 6 mois et 1 an chez 13,46 %, entre 1 an et 2 ans chez 17,3 %, entre 3 et 5 ans chez 15,3 % et dépassait les 5 ans chez 13,46 % des patients. Une corrélation significative a été retrouvée entre l'augmentation de la DUP et certaines caractéristiques évolutives : le nombre de rechutes ( $p = 0,02$ ), la durée des hospitalisations ( $p = 0,006$ ), l'altération du fonctionnement social et la réponse au traitement (la dose des neuroleptiques à la sortie). Les corrélations avec d'autres critères évolutifs n'étaient pas significatives notamment les tentatives de suicide, et la sévérité des symptômes.

**Conclusion :** Une action sur le délai de prise en charge de la schizophrénie constitue une perspective intéressante afin de permettre un dépistage précoce et actif des formes débutantes et instituer à temps un traitement adapté à l'instar de plusieurs actions menées dans différents pays.

#### PO 234

### LE DIALOGUE DE CRISE AVEC LES PATIENTS EN ÉPISODE PSYCHOTIQUE

C. WIDAKOWICH (1), J. SNACKEN (1), B. GRAZ (2)

(1) *Hôpital Saint-Pierre, BRUXELLES, BELGIQUE*

(2) *Antenna Technologies-Genève et Universités de Lausanne et Genève, LAUSANNE, SUISSE*

Une méthode d'entretien spécifique avec les patients avec psychose aiguë, le « Dialogue de Crise » (DdC), inspirée par les travaux de Henri Grivois a été développée et testée. Le but du DdC est d'établir un lien accueillant et constructif avec le patient en crise dès les premiers jours d'admission. Complément au traitement habituel aux urgences de psychiatrie, le DdC prend environ 3 minutes du temps de consultation.

Les concepts de base proviennent de l'observation que certains aspects de l'expérience psychotique, en particulier au début de l'épisode, sont communs à la plupart des gens vivant une psychose. On distingue ainsi trois invariants principaux étroitement liés : le trouble de la relation interindividuelle, l'indifférenciation subjective et le concernement généralisé. Le DdC tend à diminuer l'étrangeté de l'expérience vécue à l'aide d'une description de l'état subjectif du patient, qui fait sens pour lui et l'aide à diminuer l'anxiété et l'agitation, et si possible de déconstruire le délire.

Une étude clinique pilote exploratoire avec 47 patients suggère une évolution favorable des troubles du cours de la pensée, de l'anxiété et de la relation patient-soignant avec le DdC.

#### PO 235

### RÉORGANISATION STRUCTURALE ET FONCTIONNELLE DU RÉSEAU NEURONAL IMPLIQUÉ DANS LA MÉMOIRE DE TRAVAIL PENDANT LES DIX PREMIÈRES ANNÉES D'ÉVOLUTION DE LA SCHIZOPHRÉNIE : UNE ÉTUDE TRANSVERSALE

C. FÂGET-AGIUS (1), L. BOYER (2), C. LANCON (1), P. AUQUIER (2), J.P. RANJEVA (2), M. GUYE (2)

(1) *Sainte-Marguerite, MARSEILLE, FRANCE*

(2) *Timone, MARSEILLE, FRANCE*

**Objectif :** Notre étude a pour objectif d'étudier les modifications structurales et fonctionnelles des régions cérébrales impliquées dans la mémoire de travail à différents moments de l'évolution de la schizophrénie.

**Méthode :** Vingt huit patients ayant un diagnostic de schizophrénie selon les critères du DSM-IV-TR ont passé une IRM anatomique et fonctionnelle, durant laquelle ils ont accompli une tâche de mémoire de travail (*n*-back). Deux groupes de patients ont été établis suivant la durée d'évolution de la schizophrénie : « patients avec une courte durée d'évolution » (du début de la maladie à 5 ans) ; « patients avec une longue durée d'évolution » (de 5 à 10 ans). Onze sujets sains, appariés selon l'âge et le sexe, ont également été inclus dans l'étude.

**Résultats :** De manière similaire pour les deux groupes de patients, les performances comportementales diminuaient avec la charge (0-,1-,2-back) de la mémoire de travail. En comparaison aux sujets sains, les deux groupes de patients montraient une atrophie similaire de la substance grise au niveau des lobes frontaux et temporaux. Les performances comportementales étaient significativement corrélées à la densité de substance grise pour les lobes frontaux et temporaux. Le signal BOLD (Blood-Oxygen-Level Dependent) enregistré durant la tâche de mémoire de travail était différent

entre les deux groupes de patients. Les patients avec une longue durée d'évolution de la maladie avaient une augmentation du signal BOLD dans les régions fronto-temporo-pariétales durant le niveau 0-back de la tâche et au niveau du lobe frontal seulement durant le niveau 1-back de la tâche, en comparaison aux patients avec une courte durée d'évolution de la maladie.

*Conclusion* : L'ensemble de ces résultats suggèrent que les patients atteints de schizophrénie avec une longue durée d'évolution de la maladie ont une réorganisation fonctionnelle du réseau neuronal impliqué dans la mémoire de travail, leur permettant de maintenir des performances égales aux patients qui ont une courte durée d'évolution de la maladie. Des phénomènes de plasticité fonctionnelle sans modification structurale se produisent au cours des dix premières années d'évolution de la schizophrénie.

**PO 236**  
**L'INSIGHT DANS LA SCHIZOPHRÉNIE :**  
**CORRÉLATIONS CLINIQUES**  
**ET SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES**

R. HAOUA, I. JOHNSON, I. DERBEL, S. HAJERI, L. DELLAGI, R. TRIKI, K. TABBANE

*Service de Psychiatrie B. Hôpital Razi la Manouba, TUNIS, TUNISIE*

L'insight est un concept multidimensionnel largement évalué pour les pathologies psychotiques. Il fait référence à la conscience du trouble, à la conscience des phénomènes mentaux et à la conscience de soi. La question de la conscience de la maladie a longtemps retenu l'attention des psychiatres en raison de ses implications diagnostiques et thérapeutiques et a souvent fait l'objet d'évaluation par divers instruments de mesure. Cependant, peu d'études ont évalué la relation entre l'insight et les variables cliniques chez les patients atteints de schizophrénie.

Les auteurs se proposent dans ce travail d'examiner les corrélations entre insight, caractéristiques socio-démographiques et cliniques chez les patients souffrant de schizophrénie. Nous avons procédé à une étude prospective menée auprès de 70 patients atteints de schizophrénie, en stabilisation clinique, recrutés au niveau de la consultation externe du service de Psychiatrie B de l'hôpital Razi de Tunis. Les patients ont été évalués par la Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS), la Scale to Assess Unawareness of Mental Disorders (SUMD) et l'échelle de dépression de Calgary.

L'analyse statistique des résultats a révélé que la conscience du trouble est significativement plus élevée chez les sujets mariés ou vivant en couple que chez les célibataires. En outre, nous avons trouvé une corrélation positive entre le score d'insight et le niveau d'études. En revanche, il n'y a pas de différences statistiques entre conscience du trouble, âge, durée d'évolution de la maladie, nombre des hospitalisations antérieures et durée des hospitalisations. Concernant les dimensions symptomatiques de la schizophrénie, il existe une faible corrélation négative entre l'insight et les scores positifs, négatifs et de psychopathologie générale de la PANSS. Une corrélation positive a été cependant retrouvée entre l'insight et la symptomatologie dépressive.

La conscience du trouble est une dimension essentielle de la psychopathologie qu'il convient d'évaluer systématiquement car d'elle dépendent en grande partie l'alliance thérapeutique, l'observance du traitement, la probabilité de rechute et le pronostic.

**PO 237**  
**PREMIER ÉPISODE PSYCHOTIQUE :**  
**FACTEURS PRONOSTICS IMPLIQUÉS**

Y. ZGUEB, N. CHARFI, I. FARHAT, A. BEN HOUIDI

*Hôpital Razi, LA MANOUBA, TUNISIE*

L'apport d'étudier le premier épisode psychotique est important afin de dépister précocement les sujets souffrant d'une schizophrénie permettant ainsi une prise en charge précoce et adéquate.

L'objectif de ce travail est de déterminer les facteurs pronostics corrélés à une évolution chronique d'un premier épisode psychotique chez une population hospitalisée en milieu psychiatrique.

*Patients et méthode* : Il s'agit d'une étude rétrospective et comparative réalisée au service de psychiatrie « A » de l'hôpital Razi, portant sur 102 patients, hospitalisés pour un premier épisode psychotique, durant la période allant de janvier 2009 jusqu'à mars 2012 et répartis en deux groupes. Le premier groupe comprenait 49 patients qui présentaient un premier épisode psychotique sans le lendemain. Le deuxième groupe concernait 53 patients qui ont évolué vers une schizophrénie selon les critères DSM-IV.

*Résultats* : Notre population avait un âge moyen de 27 ans et était dans la moitié des cas de sexe masculin sans différence significative entre les deux groupes, bien que le deuxième groupe avait une prédominance masculine. Il n'y avait pas de différence significative entre les deux groupes concernant le niveau scolaire. L'adaptation prémorbide était meilleure chez le premier groupe avec une différence significative ( $p < 0,05$ ). Les antécédents familiaux psychiatriques étaient plus fréquents chez le deuxième groupe avec une différence significative ( $p < 0,05$ ). Concernant les caractéristiques de début d'un premier épisode psychotique, le mode insidieux était prévalent chez le deuxième groupe mais sans différence significative entre les deux groupes. Par ailleurs, la présence d'un facteur précipitant et la participation thymique étaient plus présents chez le premier groupe avec une différence significative ( $p < 0,05$ ).

*Conclusion* : Malgré la diversité de l'évolution d'un premier épisode psychotique, il peut être inaugural d'une schizophrénie, il est important de repérer les symptômes psychotiques durant cette phase, de souligner les facteurs pronostics. La prise en charge précoce et l'intervention efficace sur les facteurs pronostics pourraient avoir des effets bénéfiques au niveau de l'évolution.

**PO 238**  
**RENCONTRES EXTRA-TERRESTRES**  
**DANS LA SCHIZOPHRÉNIE :**  
**SPÉCIFICITÉS CLINIQUES ET DE TRAITEMENT**

A.C. RAMOND, S. VOILLET, M. MARINESCU

*CHS G. Mazurelle, LA ROCHE SUR YON, FRANCE*

Les auteurs analysent la symptomatologie délirante centrée sur les rencontres de troisième type, se basant sur trois observations cliniques de patients schizophrènes, selon les critères DSM IV R. Deux des patients pensaient avoir rencontré des extraterrestres dans « leur vaisseau », le dernier avait été « enlevé par des hommes verts ». Le mécanisme délirant était multiple, les symptômes négatifs et l'altération cognitive minime, malgré une durée d'évolution de 15 ans en moyenne. Le discours n'était pas désorganisé et ils n'étaient pas réticents pour exprimer leurs expériences délirantes, avec des nombreux détails. L'insertion sociale des trois patients était très modeste, caractérisée par un « nomadisme psychiatrique » avec un refus du traitement sur le long terme. Une recherche PubMed réalisée en octobre 2012 a retrouvé peu de publications à ce sujet, par exemple, l'article de Hrdak *et al.*, qui décrit l'automatisme mental créée par les extraterrestres, mais pas de « rencontres ».

Ils avaient des hauts niveaux de dissociation, sans sentiment de peur relié à leurs expériences « j'ai été choisi », une grande tendance aux hallucinations sur tous les modes, des capacités psychiques et intellectuelles élevées, d'après eux, et avec des résultats très bas aux épreuves de traitement du contexte. Ils avaient des faux raisonnements par rapport aux croyances dans le paranormal, mais les auteurs n'ont pas retrouvé d'autres altérations du raisonnement, avec, donc, un domaine bien spécifique d'altération cognitive. Pour les trois patients, le traitement neuroleptique n'a pas changé leur système de pensée, ni leurs croyances dans les extraterrestres, mais avaient une efficacité sur les hallucinations : un d'eux disait « votre traitement baisse mes capacités d'être en contact, baisse mon niveau de conscience qui me permet d'entendre les voix éthérées qui me transmettent les lieux de rencontre : je dois quitter l'hôpital pour Malaga, le futur lieu de départ... ». En conclusion, les auteurs essaient de donner les caractéristiques de ce sous-groupe particulier de délire schizophrénique.

### PO 239 SCHIZOPHRÉNIE : FACTEURS PRÉDICTIONNELS DE RÉSISTANCE

H. BOUJEMLA, W. CHERIF, L. CHENOUFI, M. GHARBI,  
M. CHEOUR

*Hôpital Razi, LA MANOUBA, TUNISIE*

**Introduction :** Malgré les avancées pharmacologiques (notamment en matière de psychotropes) réalisées depuis plus d'un demi-siècle, une proportion importante de patients atteints de schizophrénie souffrent encore de symptômes psychotiques persistants avec une détérioration fonctionnelle substantielle.

La notion de schizophrénie résistante fait ainsi l'objet de nombreuses réflexions et plusieurs paramètres y ont été impliqués.

Une analyse fine de ces facteurs permettrait des stratégies thérapeutiques plus adaptées et une prise en charge plus ciblée.

**Objectifs :** Le but de notre travail est de relever les facteurs prédictifs de résistance chez des patients atteints de schizophrénie.

**Matériel et méthode :** Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive portant sur les dossiers de patients hospitalisés et chez lesquels le diagnostic de schizophrénie résistante a été retenu selon les critères de l'APA 2004.

Un questionnaire a été rempli pour chaque patient, comportant des données sociodémographiques, cliniques (antécédents, comorbidités, durée d'évolution de la maladie, symptômes, forme de schizophrénie) et thérapeutiques (type de molécules, posologie) et enfin évolutives (l'obtention ou non d'une rémission).

L'analyse statistique a été réalisée par le logiciel SPSS dans sa version 11.

**Résultats :** La plupart des patients avaient un âge de début précoce de la maladie (< 20 ans), un mauvais fonctionnement pré morbide et une prédominance de symptômes négatifs au début des troubles.

Une DUP assez prolongée (> 1 an) caractérisait la majorité des sujets.

Un faible niveau socio-économique et un mauvais soutien familial ont également été retrouvés.

**Conclusion :** Certes l'utilisation de critères diagnostics fiables ainsi que des outils de mesures dimensionnels a permis de réaliser une progression majeure dans l'abord de la recherche clinique dans la schizophrénie résistante. Toutefois, face aux innovations pharmacologiques, le champ de recherche sur la question reste encore étendu, notamment d'un point de vue pharmacogénétique.

### PO 240 ÉTUDE RANDOMISÉE EN OUVERT ÉVALUANT L'IMPACT D'UN PROGRAMME DE PSYCHOÉDUCATION STRUCTURÉ SUR L'ATTITUDE VIS-À-VIS DU TRAITEMENT CHEZ DES PATIENTS SOUFFRANT DE SCHIZOPHRÉNIE

P.M. LLORCA (1), S. GÉRARD (2),  
B. AUGENDRE-FERRANTE (2), F. CHARTIER (2)

(1) *Pôle de Psychiatrie, CHU de Clermont-Ferrand, CLERMONT-FERRAND, FRANCE*

(2) *Laboratoires Lilly, SURESNES, FRANCE*

**Objectifs :** L'objectif de l'étude est de mesurer, chez des patients souffrant de schizophrénie, l'effet sur l'adhésion aux soins et les variables cliniques d'un programme de psychoéducation basé sur les différentes dimensions de l'insight.

**Méthodologie :** Il s'agit d'une étude interventionnelle, prospective, multicentrique, en ouvert, randomisée, avec 2 groupes parallèles (ratio 2 : 1) : groupe suivant le programme (GP) et groupe contrôle (GC). L'étude comportait une phase principale de 8 semaines (V2) (déroulement du programme pour le groupe GP) et une phase de suivi à 6 mois (V3). Les patients inclus devaient être cliniquement stables sous traitement antipsychotique et présenter un déficit modéré à sévère de l'insight.

Le critère principal était le score total sur l'échelle DAI-10 (Drug Attitude Inventory) à 8 semaines. Une analyse de covariance (ANCOVA) a été utilisée pour comparer les groupes. L'observance (Morisky), le fonctionnement global (GAF), l'alliance thérapeutique (4PAS), la symptomatologie clinique



(PANSS, CGI et CDS) et l'insight (SUMD) ont également été évalués.

**Résultats :** 323 patients ont été randomisés et 291 inclus dans l'analyse : 189 GP et 102 GC (âge moyen 33,6 ans, 63,2 % schizophrénie paranoïde). À l'inclusion, le score moyen (ET) à la DAI dans les groupes GP et GC est respectivement de 3,9 (4,3) et 3,1 (5,3) ; une amélioration du score est observée tout au long de l'étude (V3,  $p \leq 0,001$ ), mais il n'y a pas de différence significative entre les groupes à 8 semaines [GP 4,8 (3,9) vs GC 4,5 (4,6),  $p = 0,990$ ].

Une amélioration de la symptomatologie clinique (CGI-I), du fonctionnement global (GAF) et de l'insight (SUMD) est observée, avec une différence significative entre les groupes à V2 et V3, en faveur du groupe programme ( $p < 0,02$ ).

Il n'est pas noté de différence entre les groupes en termes de rechutes et d'hospitalisations.

**Conclusion :** L'amélioration observée, suite au programme de psychoéducation Insight, sur l'attitude des patients vis-à-vis de leur traitement, n'est pas supérieure à celle du groupe contrôle. Le programme montre une efficacité plus spécifique sur l'état clinique, la conscience du trouble et le fonctionnement du patient.

#### PO 241

### L'OLANZAPINE FORTE DOSE DANS LA SCHIZOPHRÉNIE RÉSISTANTE : MONITORING PLASMATIQUE ET MODALITÉS DE PRESCRIPTION

J.M. BATAIL (1), S. BLEHER (2), C. LOZACHMEUR (2), G. ROBERT (2), B. MILLET (2), D. DRAPIER (2)

(1) Centre Hospitalier Universitaire, RENNES, FRANCE

(2) Centre Hospitalier Guillaume Régnier, RENNES, FRANCE

La schizophrénie est une maladie chronique dont le cours évolutif peut être émaillé par une résistance au traitement antipsychotique. Ainsi la prise en charge thérapeutique s'avère parfois difficile pour le praticien avec des résultats partiels et non satisfaisants. Dans la littérature, le traitement par olanzapine à haute dose ( $> 20$  mg/j) apparaît comme une bonne alternative à la clozapine, gold standard du traitement de la schizophrénie résistante. Notre étude s'est attachée à comparer le profil clinico-biologique de patients traités à haute dose et dose recommandée ( $\leq 20$  mg/j) d'olanzapine. Au total, 50 patients ont été évalués et dosés. Il a été retrouvé une relation linéaire entre la dose orale et la concentration sérique (R (Pearson) = 0,83,  $p < 0,001$ ) avec un effet du tabac ( $p < 0,05$ ) et des consommations de café et thé ( $p < 0,01$ ). La tolérance semble être bonne quelle que soit la dose. Il n'a pas été retrouvé de lien entre la concentration et l'efficacité. Malgré l'évaluation non exhaustive des paramètres pharmacocinétiques à l'instar des données pharmacogénétiques comme le génotypage du cytochrome P450-1A2 ou de la glycoprotéine P Abcb1a, les aspects pharmacocinétiques ne semblent pas à eux seuls expliquer le rationnel psychopharmacologique qui sous-tend la résistance à 20 mg d'olanzapine alors qu'une réponse est parfois constatée à des doses supérieures. Une étude d'imagerie nucléaire explorant le profil de fixation cérébrale de l'olanzapine à haute dose, couplée aux évaluations pharmacocinétiques sus

citées, pourrait être un paradigme expérimental pertinent dans l'étude des mécanismes physiopathologiques de la schizophrénie résistante.

#### PO 242

### VIOLENCE ET AGRESSIVITÉ AU COURS DES SCHIZOPHRÉNIES : ASPECTS BIOLOGIQUES ET ÉVÉNEMENTIELS

K. AIOUEZ (1), B. BENZIADA (2), F. KACHA (3)

(1) CHU Mustapha Bacha, ALGER, ALGÉRIE

(2) CHU Bab el Oued, ALGER, ALGÉRIE

(3) EHS Mahfoud Boucebci, CHERAGA, ALGÉRIE

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

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

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

Les résultats montrent que la cortisolémie moyenne chez les patients schizophrènes agressifs ( $261,61 \pm 17,48$  nmol/l) est significativement diminuée par rapport à celle des patients schizophrènes non agressifs ( $553,74 \pm 5 414$  nmol/l),  $p = 0,01$ . Quant aux événements stressants, ils contribuent de façon indéniable à la genèse d'un comportement agressif chez les patients schizophrènes.

#### PO 243

### SCHIZOPHRÉNIE VIEILLIE : PROFIL SOCIO-DÉMOGRAPHIQUE ET PARTICULARITÉS CLINIQUES

S. CHARFI, W. CHERIF, A. MAAMRI, M. HADJ SELEM, H. BOUJEMLA, L. CHENNOUFI, M. CHEOUR

Hôpital Razi, TUNIS, TUNISIE

**Introduction :** En dépit d'une mortalité prématurée, l'allongement de la durée de vie des patients souffrant de schizophrénie est un constat clinique et épidémiologique.

Ce progrès a plusieurs implications : plus grande comorbidité somatique, majoration des altérations cognitives, perte d'autonomie...

Ainsi, mieux connaître les particularités cliniques des patients schizophrènes âgés est un préalable indispensable à tout projet thérapeutique.

Nous nous proposons dans ce travail de tracer le profil socio-démographique et de préciser les particularités cliniques et thérapeutiques des sujets âgés atteints de schizophrénie vieillie.

**Matériel et méthode :** Étude transversale menée sur un échantillon de 30 sujets âgés de plus de 55 ans et suivis à notre service pour schizophrénie (DSM IV).

Les données ont été recueillies à partir des dossiers médicaux et complétées par un hétéro-questionnaire.

L'analyse statistique a été réalisée par le logiciel SPSS dans sa version 11.

**Résultats :** Nos résultats préliminaires trouvent :

– la majorité des patients vivent seuls, dans des conditions économiques défavorables.

– La forme indifférenciée de schizophrénie est la plus retrouvée. Toutefois un enkystement du délire est souvent noté.

– La comorbidité somatique à type de diabète et de HTA était la plus retrouvée.

– La plupart de nos patients sont sous neuroleptiques à action prolongée.

**Conclusion :** Certes, l'allongement de l'espérance de vie des patients atteints de schizophrénie est un grand pas scientifique, mais une meilleure qualité de vie reste le défi des années à venir.

#### PO 244

### DYSFONCTIONNEMENTS THYROÏDIENS CHEZ UNE POPULATION DE 26 SCHIZOPHRÈNES

B. AMAMOU (1), A. MRAD (1), I. HELLARA (2), A. EZZAHER (2), D. HAJ MOUHAMED (2), I. DHIFALLAH (2), F. NEFFATI (2), W. DOUKI (2), M.F. NAJJAR (2), L. GAHA (1)

(1) Laboratoire de Recherche LR05ES10 « vulnérabilité aux psychoses », Faculté de Médecine Monastir, Université de Monastir, MONASTIR, TUNISIE

(2) Laboratoire de Biochimie Toxicologie, CHU Fattouma Bourguiba, MONASTIR, TUNISIE

**Introduction :** Les hormones thyroïdiennes modulent le fonctionnement des circuits neuronaux impliqués dans la synthèse de la sérotonine et par conséquent, elles jouent un rôle dans la régulation de l'humeur. Plusieurs études ont trouvé une association entre dysthyroïdies et troubles de l'humeur. Cependant, les liens avec les troubles psychotiques, notamment la schizophrénie, restent peu étudiés.

**Objectif :** L'objectif de notre étude était de déterminer la fréquence des dysfonctionnements thyroïdiens chez des patients suivis pour une schizophrénie.

**Matériels et méthode :** Il s'agit d'une étude cas témoin réalisée sur une période de 6 mois, incluant tous les patients hospitalisés pour une décompensation aiguë d'une schizophrénie. Nous avons colligé 26 cas, qui ont été comparés à un groupe de témoins sans antécédents personnels psychiatriques et thyroïdiens ( $n = 52$ ). Les deux groupes étaient appariés selon l'âge. Le dosage de la TSH et de la FT4 a été réalisé par électrochimiluminescence sur Cobas 6000TM. Étaient considérées comme un dysfonctionnement thyroïdien une TSH  $\geq 4$  mUI/l ou  $\leq 0,25$  mUI/l et/ou une FT4  $\geq 20$  mUI/l ou  $\leq 9$  mUI/l.

**Résultats :** Une hypothyroïdie périphérique a été trouvée chez 11,5 % des patients contre 3,8 % des témoins, sans différence significative. En revanche aucun cas d'hyperthyroïdie n'a été trouvé dans les deux groupes.

Les concentrations moyennes de la FT4 étaient significativement plus élevées chez les patients par rapport aux témoins ( $13,83 \pm 3,15$  vs  $12,73 \pm 2,23$  mUI/l ;  $p = 0,028$ ). Cependant, il n'y avait pas de différence significative des valeurs moyennes de la TSH entre les deux groupes.

**Conclusion :** L'hypothyroïdie est plus fréquente chez les patients schizophrènes par rapport aux témoins sains ( $p = 0,35$ ). Ce résultat suggère des liens entre la schizophrénie et la fonction thyroïdienne.

#### PO 245

### SCHIZOPHRÉNIE ET OBSERVANCE THÉRAPEUTIQUE

A. EL AMMOURI, H. KISRA

Hôpital Ar-Razi, SALÉ, MAROC

**Introduction :** L'absence d'observance du traitement est un problème fréquent et grave chez les patients atteints de schizophrénie. Il expose à des réhospitalisations, tentatives de suicide, une qualité de vie altérée, coût lourd pour la société.

**L'objectif :** Évaluer l'observance du traitement dans une population de patients schizophrènes, décrire les caractéristiques des patients ayant une mauvaise observance thérapeutique, et définir les facteurs de risque d'une mauvaise observance thérapeutique.

**Patients et méthodes :** Il s'agit d'une cohorte rétrospective menée chez des patients schizophrènes suivis en consultation ambulatoire, à l'hôpital psychiatrique Ar-Razi de Salé (Maroc). Ils étaient âgés de 18 ans, stabilisés sous le même traitement depuis au moins 3 mois. Les capacités cognitives leur permettaient de comprendre et répondre aux questions posées ; le recueil des données (sociodémographiques, cliniques et thérapeutiques) a été réalisé par un questionnaire établi à cet effet. L'évaluation de l'observance du traitement et de la conscience du trouble (insight) ont été réalisés respectivement par deux échelles validées la Médication Adherence Rating scale (MARS) et l'échelle Q8.

**Résultats :** 40 % des patients schizophrènes inclus dans notre étude n'étaient pas observants à leurs traitements. Comparativement aux patients observants au traitement, les patients non observants, avaient plus d'ATCDs addictifs (57,6 % contre 42,4 % ;  $p < 0,05$ ), étaient moins conscients de leurs troubles (77,8 % versus 22,2 % ;  $p < 0,01$ ), avaient significativement plus de prises médicamenteuses par jour (2,4 vs 1,9 ;  $p < 0,01$ ), prenaient significativement plus de comprimés par jour (2,8 vs 2,2 ;  $p < 0,05$ ) et se plaignaient significativement de plus d'effets secondaires (43,2 vs 56,8 ;  $p < 0,05$ ).

Après régression logistique, seules la présence d'effets secondaires, l'absence d'insight, et la présence d'ATCDs de conduites addictives constituent des facteurs de risque significatifs, prédictifs d'une mauvaise observance thérapeutique chez les patients schizophrènes.

**PO 246**

**SCHIZOPHRÉNIE RÉSISTANTE : FACTEURS DE RISQUE ET PARTICULARITÉS THÉRAPEUTIQUES**

C. BEN CHEIKH, H. EL KEFI, F. JOUINI, S. SOUISSI, S. EDHIF, A. OUMAYA, N. LAKHAL, S. GALLALI

*Hôpital Militaire, TUNIS, TUNISIE*

*But* : À travers un cas clinique et une revue de la littérature, on se propose d'étudier les facteurs de risques de résistance et les différentes alternatives de prise en charge thérapeutique au cours des schizophrénies résistantes.

*Observation* : Nous rapportons l'observation d'un patient âgé de 28 ans, sans antécédents pathologiques, suivi depuis l'âge de 20 ans pour une schizophrénie hébéphrénique résistante au traitement. Le patient a été traité initialement par trois familles de neuroleptiques de deuxième génération pris de façon successive à doses et à durées efficaces mais sans amélioration. Ceci a nécessité le recours aux neuroleptiques classiques puis à de multiples associations de neuroleptiques. L'évolution a été marquée par une persistance des symptômes psychotiques associés à des épisodes d'exacerbation des symptômes et de multiples tentatives de suicides malgré la prescription de la clozapine et des séances d'électroconvulsivothérapie.

**PO 247**

**CARACTÉRISTIQUES DE L'ACTE MÉDICOLÉGAL AU COURS DU TROUBLE SCHIZO-AFFECTIF : ÉTUDE RÉTROSPECTIVE**

A. BEN ROMDHANE, O. ZOUARI, D. BECHEIKH, R. RIDHA

*Hôpital Razi, LA MANOUBA, TUNISIE*

*Introduction* : Peu d'études se sont intéressées à l'aspect médico-légal du trouble schizo-affectif.

*Objectifs* : Décrire les caractéristiques de l'acte médico-légal chez les patients atteints d'un trouble schizo-affectif.

*Méthodologie* : Nous avons procédé à une étude rétrospective des dossiers des patients ayant été hospitalisés dans le service de psychiatrie médico-légale. Le diagnostic de trouble schizo-affectif a été porté selon les critères du DSM-IV. Les données ont été recueillies à l'aide d'une fiche préétablie.

*Résultats* : Nous avons recensé 34 dossiers de patients ayant été hospitalisés durant la période s'étalant de 1997 à 2012. L'âge moyen au moment de l'acte était de 34,91 ans. Les patients étaient majoritairement célibataires (55,9 % des cas). Le diagnostic de trouble schizo-affectif de type dépressif a été retenu chez un patient et de type manique chez 33. L'acte médico-légal était un homicide, une tentative d'homicide ou une agression chez 16 sujets (47,05 % des cas), une escroquerie, un cambriolage, une usurpation d'identité chez 5 patients, un viol ou un attentat à la pudeur chez 3 patients et un acte incendiaire chez 3 patient. D'autres actes médico-légaux (consommation de substances illicites, appartenance à un groupe politique non reconnu, outrage à un fonctionnaire d'état) ont été retrouvés chez 7 patients. La thématique délirante prédominante était la persécution dans 41,2 % des cas.

L'acte était prémédité chez 26,5 % des patients et reconnu chez 58,8 % des sujets.

*Conclusion* : Les sujets atteints de trouble schizo-affectif peuvent commettre des actes médico-légaux surtout s'il s'agit d'un trouble schizo-affectif de type bipolaire et quand la rechute au moment de l'acte est de nature maniaque.

**PO 248**

**SCHIZOPHRÉNIE VIEILLIE : REVUE DE LA LITTÉRATURE**

I. OUALI (1), I. FEKI (2), J. MASMOUDI (3), R. MASMOUDI (3), U. OUALI (2), A. JAOUA (3)

(1) *CHU Hedi Chaker, SFAX, TUNISIE*

(2) *Service de Psychiatrie A, CHU Hedi Chaker, SFAX, TUNISIE*

(3) *Service de Psychiatrie A, CHU Hédi Chaker, SFAX, TUNISIE*

*Objectif* : Identifier les spécificités épidémiologiques et cliniques liées à l'avancée en âge chez les sujets souffrant de schizophrénie, et évaluer leur qualité de vie (QDV).

*Méthodologie* : Recherche sur internet par les moteurs de recherche : Science Direct ; Medline par les mots clés : « schizophrénie », « vieillissement », « qualité de vie ».

*Résultats* : Il ressort de notre recherche que :

– Le taux de mortalité prématurée, avant l'âge de 65 ans, reste deux à trois fois plus élevé qu'en population générale. Le suicide est la première cause de cette surmortalité, mais toutes les causes naturelles sont également surreprésentées, notamment les maladies cardiovasculaires et les cancers. Un facteur de risque supplémentaire est représenté par la prise de poids et les anomalies métaboliques induites par certains antipsychotiques.

– Concernant les aspects cliniques, les symptômes positifs de schizophrénie s'amenuisent et une majorité de patients souffrent surtout de symptômes négatifs et de déficits cognitifs. La dépression et les comorbidités somatiques sont également fréquentes. La présence de troubles cognitifs est associée à un mauvais pronostic général de la maladie, en particulier fonctionnel. Sont également associés à un plus mauvais pronostic cognitif : les symptômes négatifs, le niveau de QI prémorbide, l'institutionnalisation.

– Un retentissement important sur le fonctionnement global de la personne et en particulier sur sa QDV. La QDV des sujets avec une schizophrénie est déterminée par de nombreux facteurs et ne se limite pas seulement à la symptomatologie présentée par le patient. L'existence d'une perturbation thymique, de troubles anxieux ou de symptômes psychotiques semble occuper une place essentielle comme facteurs déterminants dans leur QDV.

*Conclusion* : Bien qu'ils représentent une population croissante, on ne dispose que de très peu de données épidémiologiques et cliniques sur les patients âgés souffrant de schizophrénie. Pourtant, de par leurs spécificités cliniques et du fait d'un taux de surmortalité prématurée toujours très élevé, une meilleure connaissance de ces patients âgés souffrant de schizophrénie constitue un préalable indispensable à tout projet d'amélioration de l'offre de soins qui devrait leur être dédiée.

**PO 249****EFFET DU PROGRAMME PSYCHO-ÉDUCATIF PROFAMILLE SUR L'HUMEUR ET LE FARDEAU PSYCHOLOGIQUE DES PROCHES AIDANTS DE PATIENTS SCHIZOPHRÈNES**

S. FATTAH, Y. HODÉ, F. DUVAL

*Centre Hospitalier, ROUFFACH, FRANCE*

Le rôle et l'efficacité des programmes psycho-éducatifs, comme Profamille, destinés aux proches de schizophrènes, deviennent évidents pour une meilleure gestion des stratégies thérapeutiques de la schizophrénie. La dernière adaptation (version V3.0) du programme Profamille mis à jour par l'équipe du Dr Hodé contient un module de 14 sessions hebdomadaires, suivi par un second module de 8 sessions réparties sur 2 ans. Notre étude concerne l'équipe alsacienne qui a évalué l'effet du programme Profamille à travers 3 groupes de proches de schizophrènes (groupes 20, 21 & 22, durant les années 2009, 2010 & 2011). L'évaluation a été réalisée par l'administration au début, au milieu et à la fin du programme d'outils de mesures : la CES-d (auto-questionnaire évaluant les symptômes dépressifs), le degré de connaissances, l'acceptation du diagnostic, le coping, la satisfaction des participants, la validité sociale du programme et l'effet sur l'état du malade. Nous présentons les résultats préliminaires de l'équipe alsacienne, montrant un effet positif net, statistiquement significatif sur le degré de connaissance, sur le coping, sur l'humeur des participants et la stabilisation de l'état des patients. Les symptômes dépressifs des proches participants, mesurés par la CES-d ont été fortement et significativement améliorés à la fin du 1<sup>er</sup> module de la version V3.0 (c.à.d. au bout d'une année). Le maintien de ces effets bénéfiques au long cours a été démontré (1 an après à la fin du 2<sup>e</sup> module). Malgré l'efficacité prouvée de ce programme psycho-éducatif dans l'amélioration de la schizophrénie, sa mise en œuvre reste laborieuse, justifiant la nécessité de plus d'efforts de sensibilisation des équipes psychiatriques en pratique clinique. Ainsi nos résultats pourraient avoir des implications, en prenant en compte la généralisation de ce programme en pratique clinique de routine.

**PO 250****THÉORIE DE L'ESPRIT ET SCHIZOPHRÉNIE : QUEL EST L'IMPACT DU VIEILLISSEMENT ?**

A. LAGODKA (1), T. GALLARDA (1), M.C. BOURDEL (1), R. GADEL (1), M. CHAMPAGNE (2), D. WILLARD (1), J.P. OLIE (1), R. GAILLARD (1), M.O. KREBS (1), I. AMADO (1)

(1) *Centre de Psychiatrie et Neurosciences U894, Centre d'Évaluation et de Recherche Clinique, Service Hospitalo Universitaire, Faculté de Médecine Paris Descartes, Centre Hospitalier Sainte-Anne, PARIS, FRANCE*

(2) *Laboratoire Parole et Langage, CNRS UMR 7309, AIX-MARSEILLE UNIVERSITÉ, FRANCE*

*Introduction* : La théorie de l'Esprit (ToM) est une fonction cognitive complexe dont l'évolution avec l'âge, en particulier dans la schizophrénie, est mal connue. L'objectif de notre étude est d'évaluer l'impact du vieillissement sur la ToM dans

la schizophrénie et l'influence du fonctionnement exécutif sur cette capacité.

*Méthode* : Nous avons comparé 25 patients schizophrènes (Sz50) et 25 contrôles (C50) de plus de 50 ans ; et 25 patients schizophrènes (Szj) et 25 contrôles (Cj) âgés de 18 à 35 ans sur diverses mesures cliniques et neuropsychologiques évaluant le fonctionnement exécutif, le QI prémorbide, la mémoire épisodique et 2 tâches de ToM (la tâche du Faux-Pas et la tâche de Communication Référentielle CR).

*Résultats* : Pour la tâche du Faux-Pas, les Sz50 étaient significativement plus déficitaires que les C50, et les Szj étaient significativement plus déficitaires que les Cj. Les 2 groupes de patients schizophrènes avaient des scores moins bons que les contrôles pour le score total, l'explication du Faux-Pas (Q4) et l'empathie (Q6).

Pour la CR, les Sz50, contrairement aux C50, n'avaient pas, au fur et à mesure des essais, d'augmentation de leurs ratios références définis sur nombre total de mots ni de diminution de leurs ratios références indéfinis sur nombre total de mots, indiquant un déficit dans la construction du savoir partagé chez les patients. Il n'y avait pas de différences significatives entre Szj et Cj.

Les performances pour les tâches de fonctionnement exécutif montraient un déficit chez les Sz50 en comparaison aux C50, tandis qu'il n'y avait pas de différence entre Szj et Cj.

Les différences retrouvées aux 2 tâches de ToM entre patients et témoins restaient significatives quand le Z-score des fonctions exécutives était mis en covariable.

*Conclusion* : Contrairement aux patients schizophrènes jeunes, les patients schizophrènes âgés sont déficitaires aux 2 tâches de ToM, de manière indépendante des fonctions exécutives. Ces 2 tâches évaluent 2 aspects différents de la ToM : détection d'un Faux-Pas social d'une part et élaboration d'un savoir partagé dans un paradigme conversationnel d'autre part. Notre étude suggère que le déficit en ToM dans la schizophrénie devient plus important avec l'âge et s'étend à des dimensions conversationnelles.

**PO 251****PRÉVALENCE DE LA DÉPRESSION CHEZ LES SCHIZOPHRÈNES**

S. EL HECHMI, R. JOMLI, Y. ZGUEB, F. NACEF

*Hôpital Razi, MANOUBA, TUNISIE*

La schizophrénie est une maladie mentale lourde en raison de ses effets et sa durée. La survenue d'un épisode dépressif chez les patients schizophrènes aggrave encore plus la maladie et majore le risque suicidaire. Sa fréquence varie de 7 à 70 % selon les études, le risque sur la vie entière de développer une dépression étant estimé à 65 %. En pratique, le diagnostic de dépression au cours de la schizophrénie est sous-évalué en raison d'un chevauchement des symptômes dépressifs, négatifs et extrapyramidaux.

L'objectif de notre travail a été d'évaluer la fréquence de la dépression, d'en identifier les facteurs de risque, ainsi que les caractéristiques cliniques et pronostiques.

Il s'agit d'une étude transversale incluant une population de 26 patients, suivis pour schizophrénie dans le service de

psychiatrie A et stabilisés sous traitement depuis au moins un mois (Tableau 4).

TABLEAU 4. — *Caractéristiques socio-démographiques*

	Population (n = 26)
Âge	40,73 ± 9,8
Sex-ratio	4,2
Statut matrimonial	
Célibataire	80,8 %
Marié	15,4 %
Divorcé	3,8 %
Type de schizophrénie (DSM-IV)	
Indifférenciée	57,7 %
Paranoïde	19,2 %
Désorganisée	15,4 %
Résiduelle	7,7 %
Neuroleptiques	
Classiques	88,5 %
Atypiques	11,5 %

Une fiche épidémiologique relevant des caractéristiques sociodémographiques, avec passation de l'échelle d'évaluation de la dépression de Calgary spécifique à la pathologie schizophrénique (CDSS), dans une version traduite en arabe, et l'échelle des signes positifs et négatifs de la schizophrénie (PANSS).

Nos résultats retrouvent une fréquence élevée à 38,5 % de la dépression chez les schizophrènes définie par un cut-off du CDSS > 6 (spécificité à 82 %, sensibilité à 85 %). Par ailleurs, il n'existe pas de corrélation entre la symptomatologie dépressive, évaluée par l'échelle de Calgary et la symptomatologie déficitaire ou positive (Tableau 5). Cependant, les schizophrènes avec dépression ont une moyenne de psychopathologie générale plus élevée.

TABLEAU 5. — *Comparaison des caractéristiques spécifiques à la pathologie schizophrénique (CDSS) et l'échelle des signes positifs et négatifs de la schizophrénie (PANSS).*

	Sans dépression (n = 16)	Dépression (n = 10)	p <sup>a</sup>
Âge	39 (8,42)	41,81 (10,69)	0,48
CDSS	11,2 (3,58)	1,5 (1,93)	0,00
PANSS positive	13,6 (2,95)	12,75 (4,26)	0,86
PANSS négative	18,1 (5,08)	15,69 (6,91)	0,69
PANSS-PG	35 (11,24)	25,06 (8,714)	0,01

<sup>a</sup> Test t pour variables indépendantes.

CDSS : Calgary depression scale for schizophrenia ; PANSS : Positive and negative syndrome scale ; PG : Psychopathologie générale.

En conclusion, l'évaluation par l'échelle spécifique de Calgary montre que les troubles dépressifs dans la schizophrénie sont fréquents. L'intérêt dépasse l'évaluation de la symptomatologie dépressive au cours du suivi des patients schizophrènes pour viser le traitement spécifique indépendamment du contrôle des manifestations psychotiques, dans la perspective de l'amélioration de la qualité de vie.

## PO 252 LA STIGMATISATION DU MALADE SCHIZOPHRÈNE PAR LES MÉDECINS DU CHU MOHAMED VI DE MARRAKECH

I. SAKR, I. ADALI, F. MANOUDI, F. ASRI

*Équipe de Recherche pour la Santé Mentale, Service Universitaire Psychiatrique, CHU Mohamed VI, MARRAKECH, MAROC*

**Introduction :** La stigmatisation est décrite comme toute parole ou action menant à transformer une déficience, une incapacité ou un handicap en une marque négative pour la personne. Les schizophrènes ont fait à ce titre, et à travers les temps, l'objet de mesures d'exclusion et de disgrâce sociale.

**Objectifs :** L'objectif de notre étude est de savoir si dans le CHU Mohamed VI de Marrakech, les médecins stigmatisent les malades souffrant de schizophrénie, et dans le cas échéant comment cette attitude discriminative se traduit-elle dans leur démarche diagnostique et thérapeutique.

**Méthodologie :** L'étude a été menée auprès de 117 médecins résidents et internes au CHU Mohamed VI (l'étude est toujours en cours pour élargir l'échantillon), par le biais d'un hétéro-questionnaire évaluant l'attitude des médecins devant un patient schizophrène. Comment ils perçoivent le malade et la maladie et si l'étiquette sociale de schizophrène biaise leurs décisions autant que professionnels de la santé. Ont été exclus de l'étude les résidents de psychiatrie.

**Résultats :** La moyenne d'âge des médecins interrogés est de 31,5 ans (25-38), 58,1 % sont des femmes. Ils ont tous passé moins de six mois de leur cursus en psychiatrie. 76,06 % confirment avoir déjà eu un malade schizophrène dans leurs consultations et 34,83 % de ceux-ci l'ont référé directement en psychiatrie sans faire un interrogatoire ou un examen étayés. La plupart des médecins (62,3 %) déclarent être sur leur garde et préfèrent examiner le patient psychotique en présence d'une tierce personne. Toutefois 58,97 % des médecins interrogés pensent qu'un schizophrène même sous traitement peut être dangereux et violent et plus que la moitié (64,1 %) le voient incapable d'avoir une vie sociale normale, ce qui expliquerait le pourcentage des médecins (67,5 %) qui préfèrent expliquer le diagnostic et les modalités de traitement à la famille plutôt qu'au malade lui-même.

**Conclusion :** La perception dévalorisante du malade schizophrène doit faire l'objet d'une action d'information, de sensibilisation et d'éducation auprès du grand public d'abord, mais aussi auprès des prestataires des services de soins afin d'améliorer l'humanité des rapports avec les usagers des services de santé mentale.

## PO 253 RELIGION ET DÉLIRE SCHIZOPHRÉNIQUE

W. HIKMAT, Z. ENNACIRI, I. SAKR, I. ADALI, F. MANOUDI, F. ASRI

*Équipe de Recherche pour la Santé Mentale, Service Universitaire Psychiatrique, CHU Mohamed VI, MARRAKECH, MAROC*

**Introduction :** La question du délire schizophrénique dans les modèles neuroscientifiques actuels illustre bien les limites d'une approche strictement objective.

Les thèmes délirants sont variés et souvent intriqués, varient en fonction du contexte culturel et leur fréquence diffère d'un pays à l'autre.

Notre étude s'intéresse particulièrement au thème mystique qui est prédictif d'une mauvaise observance au traitement.

Objectif de notre travail consiste à mettre l'accent sur l'importance des thèmes délirants mystiques dans notre contexte, ainsi que les répercussions des différentes religions sur l'évolution de la schizophrénie.

**Matériels et méthodes :** Une étude analytique rétrospective type série de cas ayant comme population cible 134 schizophrènes hospitalisés au service psychiatrique universitaire de Marrakech.

**Résultats :** Notre étude montre que les thèmes les plus fréquents chez nos patients sont : délire de persécution (88,1 %), délire d'influence (56 %), délire d'ensorcellement (53 %), délire mystique (26,1 %), délire de grandeur (19,4 %).

Le thème mystique est en rapport avec Dieu dans 17,9 % des cas, une mission divine dans 17,9 %, avec les prophètes ou le coran dans 4,5 %.

Certains événements déclenchant une poussée processuelle chez les schizophrènes peuvent retentir sur la thématique délirante, dans notre série, 8,2 % des patients ont eu un délire mystique suite à un événement religieux.

**Discussion :** La religion peut agir à la fois comme facteur de risque, et de protection lorsqu'elle interagit avec le délire dans le cadre de schizophrénies.

L'étude de Morh *et al.* a révélé que les patients présentant un délire à contenu religieux sont moins susceptibles d'adhérer à un traitement psychiatrique.

Une autre étude a révélé que les patients romains catholiques ont une prévalence plus élevée de délires religieux par rapport aux protestants et aux musulmans.

D'après Atallah *et al.*, les patients ayant une affiliation religieuse islamique présentent moins de délires religieux.

**Conclusion :** Le délire chez les schizophrènes au Maroc est nettement influencé par la culture de notre pays. La thématique délirante peut influencer négativement l'observance du traitement.

### **PO 254 LE DÉLIRE RELIGIEUX DANS LA SCHIZOPHRÉNIE : PARTICULARITÉS CLINIQUES ET PRONOSTIQUES EN TUNISIE**

F. JELASSI

*Hôpital Razi La Manouba, BEN AROUS, TUNISIE*

Bien que souvent minimisée par les praticiens, la relation entre la religion et la schizophrénie est actuellement reconnue. En effet, mise à part que le thème religieux du délire est souvent influencé par le contexte socioculturel et ethnique de l'individu, le délire religieux chez le schizophrène a une influence importante sur le suicide, l'adhésion au traitement pharmacologique, le degré « d'insight » et la réadaptation sociale.

À travers une étude rétrospective incluant 50 patients suivis pour schizophrénie selon les critères du DSM-IV, nous établissons le profil épidémiologique et les particularités cliniques et

pronostiques des patients présentant un délire à thème religieux comparativement aux autres délires de thèmes différents.

### **PO 255 CANNABIS ET TROUBLES SCHIZOPHRÉNIFORMES : INTERACTIONS COMPLEXES CHEZ LES SUJETS PRÉSENTANT DES ANOMALIES DU DÉVELOPPEMENT**

G. DADI, Y. MORVAN, M.O. KREBS, A. DERVAUX

*Hôpital Sainte-Anne, PARIS, FRANCE*

**Contexte :** Plusieurs études prospectives ont retrouvé une plus grande fréquence d'anomalies subtiles du développement dans l'enfance chez les sujets qui développent ultérieurement des troubles schizophréniques.

**Objectif :** Tester l'hypothèse d'une plus grande sensibilité aux effets précipitants du cannabis chez les sujets qui présentent une vulnérabilité développementale, caractérisée par la présence de complications obstétricales et/ou d'antécédents dans l'enfance d'anomalies subtiles du développement.

**Méthodes :** 69 sujets (18-38 ans) présentant un premier épisode psychotique, défini comme l'âge où le critère A de schizophrénie du DSM-IV est rempli, ont été inclus. L'âge moyen des sujets était de 25,6 ans ( $\pm 5,6$ ), 68 % étaient de sexe masculin. L'exposition au cannabis (consommation au moins, une fois = 51) et les antécédents d'anomalies du développement ( $n = 24$  : énurésie, encoprésie, trouble du langage, dyslexie, retard à l'acquisition de la marche ou du langage, rubéole ou syphilis lors de la grossesse, incompatibilité Rhésus, pré-éclampsie, hémorragie ou menace d'accouchement prématuré, poids de naissance  $< 2\ 500$  g) ont été recueillis.

**Résultats :** Dans notre échantillon, les sujets présentant des anomalies développementales ont un délai moyen entre la première consommation de cannabis et le premier épisode schizophrénique plus long que les sujets sans anomalie de développement (9,3 ans vs 6,4 ans ;  $p = 0,046$ ). L'analyse d'interaction montre que parmi les sujets qui avaient consommé au moins une fois du cannabis, les sujets avec anomalies de développement avaient un âge de premier épisode plus tardif (25,8 ans vs. 22,9 ans,  $p = 0,044$ ) que les sujets sans anomalie.

**Conclusion :** Les résultats préliminaires de cette analyse sont contraires à notre hypothèse de départ, et suggèrent que la décompensation psychotique dans un sous-groupe de patients avec anomalies développementales est retardée chez les sujets exposés au cannabis. Outre certaines limitations méthodologiques, ils soulignent en tout cas l'hétérogénéité probable des mécanismes physiopathologiques en cause dans l'apparition de troubles schizophréniformes et la complexité des interactions entre troubles du développement et exposition au cannabis.

### **PO 256 SCHIZOPHRÉNIE ET TABAC**

J. BEN THABET (1), I. BAÂTI (1), F. MAROUEN (2),  
L. ZOUARI (1), N. ZOUARI (1), H. AYADI (2), M. MAÂLEJ (1)

(1) *Service de Psychiatrie C, CHU Hédi Chaker, SFAX, TUNISIE*  
(2) *Service de Pneumologie, CHU Hédi Chaker, SFAX, TUNISIE*

Le tabagisme, réel problème de santé publique, est très fréquent chez les patients atteints de schizophrénie (SCZ).

*Objectifs de ce travail* : – Étudier les caractéristiques épidémiologiques et cliniques du tabagisme dans une population atteinte de SCZ,

– Chercher une éventuelle relation entre les symptômes psychotiques et la sévérité de la consommation tabagique.

Pour ce faire, nous avons réalisé une enquête auprès de 30 patients chez qui le diagnostic de SCZ a été retenu (DSM-IV-TR). Ces patients, tous en rémission complète, ont été recrutés à la consultation de psychiatrie au CHU Hédi Chaker à Sfax (Tunisie).

Pour chaque patient, l'enquêteur a recueilli les données sociodémographiques et cliniques et a évalué la sévérité du tabagisme.

L'évaluation de la sévérité de la SCZ et des symptômes positifs et négatifs a été établie à l'aide de la Positive and Negative Symptom Scale (PANSS).

La dépendance tabagique a été appréciée par le questionnaire de Fagerström et la vérification de l'intoxication tabagique récente a été réalisée par la mesure du CO dans l'air expiré.

Les patients avaient un âge moyen de 40,6 ans et un sex-ratio (H/F) de 9. Les types de SCZ rencontrés étaient : paranoïde (36,6 %), indifférencié (30 %), désorganisé (16,7 %) et résiduel (16,7 %).

Selon la PANSS, 76,7 % des patients appartenaient au sous-type positif et 23,3 % au sous-type négatif.

La prévalence du tabagisme était de 73 %. Le tabagisme avait débuté en moyenne à l'âge de 19 ans, précédant la SCZ dans 68 % des cas.

La dépendance à la nicotine était forte ou très forte chez 60 % des tabagiques réguliers. L'inhalation de la fumée du tabac était profonde dans 65 % des cas. Le taux de CO était de 21,7 ppm en moyenne.

Comparés aux non-fumeurs, les patients fumeurs avaient un âge moyen de début de la SCZ plus précoce ( $p = 0,002$ ) et des scores de symptomatologie négative plus bas mais sans significativité statistique.

Notre étude a montré une fréquence élevée du tabagisme chez les malades atteints de SCZ, conformément aux données de la littérature. Dans plus de la moitié des cas, la dépendance nicotinique était forte ou très forte. L'importance du tabagisme chez de tels malades soulève la question du rôle du tabac dans l'amélioration des symptômes positifs ou négatifs, qui demeure un sujet de controverse.

#### PO 257

### ÉTUDE COMPARATIVE DE LA QUALITÉ DE VIE CHEZ LES PATIENTS ATTEINTS DE SCHIZOPHRÉNIE SOUS ANTIPSYCHOTIQUES CLASSIQUES ET ATYPIQUES

E. LAGDAS, Y. OTHMAN, M. SABIR, A. OUANASS

Hôpital Universitaire Ar-Razi, SALÉ, MAROC

*Introduction* : La qualité de vie des patients atteints de schizophrénie a été largement étudiée, cependant l'impact des traitements antipsychotiques, en particulier, les antipsycho-

tiques atypiques sur la qualité de vie subjective des patients nécessite d'être précisé.

*Objectif* : Comparer la qualité de vie chez des patients atteints de schizophrénie traités par un antipsychotique classique (APC) à celle des patients traités par un antipsychotique atypique (APA).

*Méthode* : Il s'agit d'une étude comparative transversale naturaliste ayant inclus des patients atteints de schizophrénie selon les critères du DSM-IV TR traités par un seul APC ou PA, stabilisés ( $CGI \leq 4$ ), sous le même traitement depuis au moins 2 mois et n'ayant pas de comorbidité psychiatrique ou somatique chronique.

L'évaluation du profil clinique des patients a été réalisée par la PANSS (Positive And Negative Syndrome Scale). L'évaluation de la qualité de vie a été effectuée à l'aide de l'échelle MOS-SF36 (Medical Outcomes Study 36-item Short Form).

*Résultats* : Nous avons inclus 67 patients ; dont 37 sous APC et 30 sous APA. L'âge moyen des premiers ( $39,46 \pm 9$ ) est plus élevé que celui des seconds ( $29,8 \pm 9$ ) ( $p < 0,01$ ), et ces derniers ont un niveau éducatif plus élevé ( $p < 0,01$ ).

Les deux groupes étudiés sont comparables au niveau du profil clinique établi par l'échelle PANSS. Aucune différence significative concernant les scores globaux de la qualité de vie au niveau de la santé physique et mentale et des scores de leurs sous échelles, n'a été constatée chez les deux groupes de patients.

*Conclusion* : Dans notre étude nous n'avons pas trouvé de différence significative concernant la qualité de vie subjective chez les patients souffrant de schizophrénie en fonction de la classe type d'antipsychotique (APA vs APC).

*Mots clés* : Antipsychotique ; Qualité de vie ; Schizophrénie.

#### PO 258

### PLACE DES ANTIDÉPRESSEURS DANS LE TRAITEMENT DU SYNDROME DÉPRESSIF CHEZ LES PATIENTS SOUFFRANT DE SCHIZOPHRÉNIE

H. HASSINE, I. BELDI, W. HOMRI, S. OUANAS, R. LABBANE

Hôpital Psychiatrique RAZI, TUNIS, TUNISIE

*Introduction* : La dépression chez le patient souffrant de schizophrénie est loin d'être exceptionnelle, évaluée en moyenne à 25 %. Source de souffrance dans cette population, la dépression est associée à un risque accru de rechute et de suicide. Depuis l'avènement des inhibiteurs spécifiques de la recapture de la sérotonine (ISRS), la prescription par les psychiatres d'antidépresseurs associés aux antipsychotiques chez ces patients est devenue une attitude courante (11 à 43 %).

*Objectif* : Nous nous proposons dans ce travail, basé sur une revue de la littérature, de réfléchir sur la place des antidépresseurs dans la prise en charge de la dépression chez les patients schizophrènes.

*Matériels et méthodes* : Il s'agit d'une revue de la littérature basée sur une recherche pubmed et sciencedirect utilisant les mots clés : dépression, schizophrenia, antidepressant, clinical trial.

**Résultats :** Un certain nombre d'études semble démontrer l'effet bénéfique de l'utilisation des ISRS et des antidépresseurs tricycliques contre placebo dans le traitement des épisodes dépressifs chez le patient schizophrène que ce soit en terme d'évolution favorable et guérison ou en terme d'amélioration du score Hamilton (HDRS). Parmi les ISRS, seule la sertraline a été étudiée. Cependant, la fiabilité de ces études est relative du fait du faible nombre d'études qui se sont intéressées à la question, du nombre limité de patients inclus (< 30), de possibles biais de sélection car la symptomatologie dépressive a été évaluée par des échelles non spécifiques (HDRS, BDI, MADRS), et ce malgré l'existence d'échelles spécifiques permettant la distinction entre les signes négatifs et dépressifs (échelle de dépression de Calgary (CDS) et l'échelle de dépression psychotique (PDS)).

**Conclusion :** Si la prescription d'antidépresseurs en première intention en cas de symptomatologie dépressive chez les patients schizophrènes semble légitime, la vigilance clinique reste nécessaire à la recherche de surdosage et d'effets secondaires liés à d'éventuelles interactions médicamenteuses surtout avec l'utilisation des antidépresseurs tricycliques.

#### PO 259

### L'ACTE HOMICIDE SUICIDE CHEZ LE SCHIZOPHRÈNE

O. ZOUARI, A. BEN ROMDHANE, D. BECHEIKH, R. RIDHA

*Hôpital Razi, TUNIS, TUNISIE*

**Introduction :** L'acte homicide-suicide est un événement rare et tragique. Longtemps rattaché à la mélancolie, le champ clinique de cet acte s'est élargi englobant des situations cliniques hétérogènes dont la schizophrénie. L'étude de cet événement reste toutefois complexe et difficile le plus souvent basée sur l'autopsie psychiatrique.

**Objectif :** Nous nous proposons d'étudier la clinique et la dynamique de l'acte homicide-suicide chez le schizophrène.

**Méthodologie :** Nous avons abordé l'acte homicide-suicide chez le schizophrène à travers l'étude d'un acte homicide-suicide perpétré par un patient schizophrène et caractérisé par la survie de son protagoniste ainsi que de ses victimes.

**Résultats :** Monsieur R est un ancien patient des milieux psychiatriques suivi depuis trois ans pour schizophrénie paranoïde émaillée de plusieurs rechutes processuelles, une mauvaise observance thérapeutique et des antécédents d'évasions multiples lors de ses hospitalisations. Il est marié, sans emploi, père d'un garçon âgé de 2 ans. À l'âge de 28 ans, il a tenté d'assassiner son épouse et son fils à coups de couteaux avant de tenter de se suicider par la même arme. Au terme de la procédure judiciaire, il a été jugé irresponsable pour cause de démence selon l'article 38 du code pénal tunisien. L'examen à l'admission avait révélé un syndrome délirant riche de jalousie, de persécution et d'ensorcellement. L'étude du passage à l'acte dont le mécanisme apparent est l'élimination des agressés, révèle une agressivité profonde de l'auteur à l'encontre de ses victimes.

**Conclusion :** L'évaluation adéquate et exhaustive des facteurs de dangerosité de passage à l'acte constitue un des piliers d'une meilleure prédiction de l'acte homicide-suicide

notamment chez le malade schizophrène. Une collaboration étroite et efficace entre la famille, l'équipe soignante et les autorités judiciaires s'avère parfois nécessaire pour une prise en charge thérapeutique rapide et efficace.

#### PO 260

### EFFET AGRESSIVOLYTIQUE DE LA CLOZAPINE CHEZ UNE POPULATION DE PATIENTS ATTEINTS DE SCHIZOPHRÉNIE AYANT COMMIS DES ACTES MÉDICO-LÉGAUX : ÉTUDE RÉTROSPECTIVE ET DESCRIPTIVE

L. EUCHI, L. EUCHI, S. JRIDETTE, O. MZIOU, H. ZALLILA, R. RIDHA, A. BOUSSETTA

*Hôpital Razi, MANOUBA, TUNISIE*

Les patients suivis pour schizophrénie et qui présentent des comportements violents avec des passages à l'acte auto et hétéroagressifs, et éventuellement des actes médico-légaux sont souvent polymédiqués et dans une impasse thérapeutique et institutionnelle. La clozapine serait l'un des derniers recours thérapeutiques. En effet outre son effet antipsychotique, la clozapine aurait une dimension anti-agressive.

Nous allons nous intéresser, dans ce travail, à une population particulière de patients souffrant de schizophrénie, hospitalisés dans le service de psychiatrie légale de l'hôpital Razi à la suite d'un acte médico-légal, jugés déments au moment des faits au sens de l'article 38 du code pénal tunisien et qui ont été mis sous clozapine.

Le but de ce travail étant de juger de l'efficacité de l'action agressivolytique de la clozapine chez ces mêmes patients.

Nous avons mené dans ce sens une étude rétrospective et descriptive sur dossiers portant sur la période de janvier 2000 jusqu'en janvier 2012.

Notre population comporte treize patients de sexe masculin. L'âge moyen de notre population était de 42 ans avec des extrêmes allant de 25 à 55 ans. Le diagnostic retenu chez la plupart des patients de notre population était celui d'une schizophrénie indifférenciée. Au maximum, six psychotropes ont été associés chez ces patients. Les doses en équivalent chlorpromazine du traitement antérieur à la prescription de la clozapine variaient entre 640 mg et 1 100 mg.

Les valeurs du score HCR 20 variaient entre une valeur minimale de 23/40 et une valeur maximale de 35/40. Ces patients ont été mis sous clozapine devant essentiellement la résistance de leur symptomatologie psychotique pour 61,5 % (n = 8) des patients. La dose moyenne prescrite est de 492,31 mg. Une nette amélioration des éléments de dangerosité modifiables par le traitement a été constatée dès la troisième semaine de traitement. Une amélioration des scores moyens d'HCR 20 a, de même, été relevée, en passant d'une valeur moyenne de 30,77/40 à celle de 20,69/40.

Un élargissement de l'éventail des indications de la clozapine serait nécessaire avec une préconisation de son utilisation dans toutes les situations où les comportements agressifs et violents persisteraient malgré une prise en charge adaptée.



**PO 261**

**COMPARAISON DE DEUX OUTILS DE MESURE DE SALIENCE COGNITIVE DANS UNE POPULATION DE PATIENTS SOUFFRANT DE SCHIZOPHRÉNIE. CORRÉLATION AVEC LES SCORES DE LA GAF**

H. BERGAOUI (1), A. FRAJERMAN (1), C. TESSIER (1), P. NUSS (2)

(1) Hôpital Saint-Antoine, PARIS, FRANCE

(2) UMR 7203 Université Pierre et Marie Curie – Hôpital Saint-Antoine AP-HP, PARIS, FRANCE

La salience cognitive fait référence autant au traitement contextuel de l'information cérébrale qu'à l'expérience individuelle qui résulte de la hiérarchisation des informations qu'il induit. Elle impliquerait divers systèmes de signalisation, particulièrement dopaminergique et participerait à la cognition sociale, dimension impliquée dans le fonctionnement global des patients. Le but du présent travail a été de comparer deux outils de mesure de salience cognitive et leurs liens avec le fonctionnement global d'une population de patients souffrant de schizophrénie (SCZ).

Les 2 tests de salience étudiés ont été le CPT-AX 1000 (Continuous Performance Test-AX version) et le SAT (Salience Aberrant test). Leur passation a eu lieu chez des patients ( $n = 35$ ) traités et stabilisés. Un Winsconsin Card Sorting Test (WCST) a aussi été réalisé. Des sujets sains appariés ( $n = 34$ ) ont formé un groupe contrôle. L'échelle GAF (Global Assessment of Functioning) a évalué le fonctionnement global des patients.

En comparaison des sujets contrôle, 60 % des patients SCZ présentait une diminution significative des performances pour le WCST. Les valeurs du SAT étaient significativement différentes pour 42 % des sujets alors que celles du CPT-AX n'étaient anormales que pour 27 % des patients. Seul ce dernier sous-groupe présentait aussi des scores anormaux au WCST montrant une possible participation préfrontale pour ce test de salience.

Des réponses anormales au WCST ne prédisaient pas l'appartenance au groupe de sujets présentant un score GAF faible. En revanche, les sujets présentant des scores faibles au SAT et CPT-AX pris séparément étaient significativement ( $p < 0,05$ ) plus fréquents dans le groupe de patients à GAF faible. Nous avons aussi testé l'hypothèse selon laquelle le CPT-AX et le SAT évaluerait deux dimensions différentes de la salience. Nous avons ainsi examiné les patients ayant des scores faibles pour le SAT et CPT-AX. Cette sous-population présentait en effet des scores significativement ( $p = 0,02$ ) plus faibles à la GAF en comparaison des patients n'ayant pas cette combinaison.

Le CPT-AX et le SAT sont deux tests de salience cognitive pertinents chez les sujets SCZ. Il est vraisemblable qu'ils font appel à des réseaux neurobiologiques en partie différents.

**PO 262**

**PROFAMILLE : UNE NOUVELLE INITIATIVE AU SHU DANS LE CADRE DU C3R-P À L'HÔPITAL SAINTE-ANNE**

C. CALMEJANE (1), D. WILLARD (2), O. CANCEIL (3), M. PLAZE (2), R. GAILLARD (2), A. DAMMAK (4), I. AMADO (2), M.O. KREBS (2)

(1) UNAFAM, PARIS, FRANCE

(2) SHU Sainte-Anne, PARIS, FRANCE

(3) Secteur 17 Sainte-Anne, PARIS, FRANCE

(4) Secteur 14 Sainte-Anne, PARIS, FRANCE

Profamille est un programme psycho éducatif structuré destiné aux proches d'un malade souffrant de schizophrénie

Il arrive que les familles aient souvent des idées fausses sur la maladie, sur ses causes, ses symptômes, ainsi que sur la manière de les prendre en charge. Ces différents biais sont souvent des stéréotypes de la population générale, souvent stigmatisantes, attribuant les troubles du comportement soit à l'éducation, soit à des traits de caractère du proche souffrant.

L'existence de ces idées fausses est montrée dans des enquêtes d'opinion et dans les évaluations des connaissances des familles avant de débiter le programme ProFamille

Ce programme permet aux familles de comprendre la pathologie qui affecte leur proche et d'apprendre à y faire face le mieux possible en préservant leur propre équilibre

Au cours des 20 dernières années, plus de 30 études contrôlées ont démontré que la prise en charge psycho éducative des familles était hautement efficace, divisant le taux de rechute par 4 à 1 an.

Actuellement une cinquantaine de centres proposent ProFamille en France.

Profamille est inscrit dans le cadre des missions du C3R-P (centre référent en remédiation et réhabilitation psychosociale), et est soutenu par l'UNAFAM et Schizo, oui !

Dans notre équipe l'animation est assurée par une psychologue, un psychiatre et un parent ayant déjà suivi le programme Profamille. Cette interface, qui constitue tant une aide ponctuelle pour certains exercices qu'un partage d'expérience, facilite l'empathie entre les participants et l'équipe soignante. Des observateurs, futurs animateurs potentiels, sont présents mais n'interviennent pas.

L'Île-de-France étant une région avec un grand bassin de population, notre équipe a proposé la Création d'un « cluster Île-de-France » dans le réseau ProFamille.

**PO 263**

**SPÉCIFICITÉ ET PERTINENCE DE L'EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE EN PSYCHIATRIE ADULTE : ÉVALUATION DU FONCTIONNEMENT COGNITIF D'UN CAS DE SCHIZOPHRÉNIE PRÉCOCE**

C. MAM-LAM-FOOK (1), D. WILLARD (2), R. GAILLARD (1), M.O. KREBS (1), I. AMADO (2)

(1) Service-Hospitalo-Universitaire de Santé Mentale et Thérapeutique, Inserm U894, Centre Hospitalier Sainte-Anne, PARIS, FRANCE

(2) Centre Référent Remédiation et Réhabilitation Psychosociale – Service-Hospitalo-Universitaire de Santé Mentale et Thérapeutique, Inserm U894, Centre Hospitalier Sainte-Anne, PARIS, FRANCE

Selon Séron (1993), « la neuropsychologie est une science qui se pratique au chevet des patients atteints d'une lésion cérébrale, et qui utilise les accidents de la nature pour comprendre les rapports qui relient le cerveau et l'activité psychologique ». Cette spécialité est à l'interface de la neurologie, la psychologie, la psychiatrie ou encore les neurosciences. Si la neuropsychologie est actuellement répandue en neurologie et dans les unités de recherche, elle n'en est qu'à ses débuts dans les services de psychiatrie. Pourtant, l'essor des neurosciences et de l'imagerie cérébrale a permis de montrer que des dysfonctionnements cérébraux associés à des désordres cognitifs et/ou socio-émotionnels, étaient couramment retrouvés chez les patients souffrant d'une pathologie psychiatrique. Ainsi, il convient de les évaluer et de les prendre en charge, dans une perspective de réhabilitation psycho-sociale. Si l'évaluation du fonctionnement cognitif *via* la mesure d'un quotient intellectuel (QI) est une pratique courante en psychiatrie, elle peut néanmoins s'avérer insuffisante et biaisée (stabilité clinique, effet du traitement etc.). L'« examen neuropsychologique » ou « bilan (neuro) cognitif » se différencie de la mesure du QI, puisqu'il évalue chacune des fonctions mentales supérieures en les dissociant les unes par rapport aux autres. Ce bilan permet de dégager un profil cognitif en mettant en évidence tant les capacités défaillantes que les potentialités des patients. Elle peut offrir une aide diagnostique, l'appréciation d'une charge neurodéveloppementale, des arguments éventuels sur une organicité et peut guider des orientations de prises en charge rééducative ou de remédiation. Elle apparaît ainsi comme un outil essentiel dans la construction d'un projet de réinsertion socioprofessionnelle. Mais l'accent mis sur ce nouvel abord est-il un effet de mode ou relève-t-il d'un véritable intérêt en psychiatrie ? Afin de discuter des spécificités et de la pertinence de cet apport, nous présentons le cas d'un adolescent souffrant de schizophrénie précoce, pour qui un retard mental, avait été évoqué. L'examen exhaustif de son fonctionnement cognitif a permis de repenser le diagnostic, les possibilités thérapeutiques, la prise en charge et le pronostic à long terme.

**PO 264**  
**PRISE EN CHARGE ORIGINALE DE « PSYCHOSES »**  
**DE L'ADOLESCENT PRÉSENTANT UNE HISTOIRE**  
**DÉVELOPPEMENTALE ATYPIQUE**

G. MARTINEZ (1), D. WILLARD (2), A. GUT (1), C. DOYEN (3),  
 Y. CONTEJEAN (3), R. GAILLARD (3), I. AMADO (2),  
 M.O. KREBS (3)

(1) *Service-Hospitalo-Universitaire de Santé Mentale et Thérapeutique, Inserm U894, Centre Hospitalier Sainte-Anne, PARIS, FRANCE*

(2) *Centre Référent Remédiation et Réhabilitation Psychosociale – Service-Hospitalo-Universitaire de Santé Mentale et Thérapeutique, Inserm U894, Centre Hospitalier Sainte-Anne, PARIS, FRANCE*

(3) *Service de Psychiatrie infanto-juvénile, Centre Hospitalier Sainte-Anne, PARIS, FRANCE*

En psychiatrie générale, certains adolescents présentent, sans antécédents nettement repérés, des « symptômes

psychotiques » dont la présentation clinique peut inviter à porter un diagnostic de schizophrénie par l'intensité des manifestations délirantes, le déclin cognitif et l'altération fonctionnelle. D'autres tableaux, voisins dans leur expression, présentent une histoire marquée par des éléments patents de l'enfance, tels que des difficultés d'apprentissage en parallèle à la survenue de troubles du comportement et de difficultés émotionnelles. Souvent ces enfants et leurs familles consultent de nombreux praticiens, sont observés voire suivis par différentes équipes mais demeurent dans un questionnement et une errance diagnostiques. Ces patients constituent un réel défi pour les équipes de psychiatrie adulte : leur prise en charge s'avère délicate et peu efficiente (mauvaise réponse ou intolérance aux antipsychotiques, comorbidité de troubles des apprentissages entravant le parcours scolaire et la réintégration socioprofessionnelle, difficultés interpersonnelles). Ces tableaux cliniques complexes de « psychoses de l'adolescent », au terme de l'enfance, doivent être envisagés dans la continuité d'un développement atypique, afin de construire une prise en charge complète, harmonieuse, cohérente et *in fine* efficiente. Nos échanges réguliers avec les équipes de pédopsychiatrie nous permettent actuellement de dégager une démarche diagnostique et thérapeutique originale en psychiatrie adulte. Il s'agit pour ces patients d'investiguer plus finement la période développementale, – de la petite enfance jusqu'à l'émergence de la symptomatologie psychotique –, en analogie avec ce qui est fait pour l'enfant. Il est également primordial pour ces patients, d'avoir une lecture multifocale du trouble en ayant recours à l'avis de différents spécialistes (neuropsychologue, généticien, orthophoniste, psychomotricien...). Cette relecture sémiologique de l'ensemble des symptômes, que nous illustrons ici par la présentation d'un cas clinique, nous permet de mettre en place un nouveau mode de prise en charge individualisée, inspirée de celle proposée en pédopsychiatrie, dans une perspective de réhabilitation psycho-sociale.

**PO 265**  
**CONTINUUM AUTISME – SCHIZOPHRÉNIE ?**  
**REPÉRAGE DES SYMPTÔMES AUTISTIQUES**  
**DANS LA TRAJECTOIRE PRÉCOCE DES PATIENTS**  
**SOUFFRANT DE SCHIZOPHRÉNIE**

G. MARTINEZ, O. GAY, Y. MORVAN, I. AMADO,  
 N. BENDJEMAA, M.O. KREBS

*Université Paris Descartes, Faculté de Médecine Paris Descartes, Service Hospitalo-Universitaire, CH Sainte-Anne, INSERM U894, Centre de Psychiatrie et Neurosciences, Laboratoire de Physiopathologie des Maladies Psychiatriques, PARIS, FRANCE*

*Contexte* : Le modèle neuro-développemental de la schizophrénie et l'hypothèse d'un continuum avec l'autisme constituent un cadre théorique invitant à explorer les symptômes autistiques dans l'enfance des sujets souffrant de schizophrénie.

*Hypothèse* : Nous faisons l'hypothèse que les sujets ayant présenté de façon significative des symptômes autistiques ont un profil particulier.

**Méthode** : 116 patients ont été évalués cliniquement et ont rempli un questionnaire de dépistage des troubles du développement (DTD). Les sujets ayant présenté des symptômes autistiques significatifs (DTD-SA+ ,  $n = 32$ ) ont été comparés à ceux n'en ayant peu ou pas présenté (DTD-SA-NS,  $n = 84$ ).

**Résultats** : En comparaison aux sujets DTD-SA-NS, les sujets DTD-SA+ présentent un trouble émergent plus précocement et de façon plus progressive, marqué par la prévalence des symptômes négatifs et de désorganisation. Les premiers traitements sont instaurés avec plus de retard, et la résistance aux neuroleptiques tend à être plus importante. Ce profil est associé à davantage de retards d'acquisitions.

**Discussion** : Les profils cliniques et évolutifs sont différents selon la présence ou l'absence de symptômes autistiques prémorbides. Nos résultats confortent par ailleurs l'hypothèse d'un possible recouvrement entre autisme et certaines formes de schizophrénie. Une exploration fine des trajectoires précoces chez les patients souffrant de schizophrénie est donc importante pour ajuster les prises en charges thérapeutiques.

## PO 266 ARCHÉOLOGIE FOUCALDIENNE ET SCHIZOPHRÉNIE

G. MOTTET

*Cabinet libéral, ROMANS-SUR-IZÈRES, FRANCE*

Michel Foucault a théorisé en 1969 sa démarche historique et philosophique dans son ouvrage l'Archéologie du savoir. Sa méthode est archéologique car elle tente d'exhumer ce qui est exclu de l'histoire des idées. À la suite d'Henri Ey, qui fit une critique sans appel de son Histoire de la folie en réaffirmant face au « mur de la biologie » la primauté de la nature sur la culture dans la genèse de la maladie mentale, les psychiatres n'utilisent pas cette méthode archéologique.

Pourtant, l'archéologie foucauldienne peut aider la psychiatrie par la mise en perspective de ses avancées et de ses points aveugles, en tentant de dégager de l'épaisseur de son discours ses conditions de possibilité.

En interrogeant les formations discursives du savoir psychiatrique sur la schizophrénie, tant dans ses aspects actuels (neuropsychologiques, électrophysiologiques, neurobiologiques, génétiques) que dans ses aspects plus classiques (historiques, cliniques, psychanalytiques, phénoménologiques, ethnopsychiatriques) nous constatons la présence d'un invariant, le surgissement problématique du fini au sein de l'infini.

Cet invariant n'est pas le signe d'une structure. Il est une trace de l'émergence du processus dissociatif, un des lieux possibles de l'apparition de la schizophrénie dans la condition humaine. Ce lieu, à différencier de sa cause, est la rupture anthropologique que constitue la découverte de l'infini en Occident à partir du XVI<sup>e</sup> siècle. S'interroger sur la manière dont les humains se sont adaptés à ce nouveau paradigme, c'est envisager aussi les échecs de cette adaptation et leurs conséquences sur nos processus cognitifs et affectifs.

L'archéologie nous encourage ainsi à dépasser l'opposition nature/culture.

## PO 267 ÉTUDE DU DÉFICIT DES FONCTIONS EXÉCUTIVES DANS LA SCHIZOPHRÉNIE PRÉCOCE

S. BOURGOU (1), S. HALAYEM (1), I. AMADO (2),  
A. BOUDEN (1)

(1) *Hôpital Razi, LA MANOUBA, TUNISIE*

(2) *Hôpital Sainte-Anne, PARIS, FRANCE*

**But du travail** : Mettre en évidence un déficit en fonctions exécutives, et plus spécifiquement en inhibition et en flexibilité cognitive, chez des adolescents atteints de schizophrénie précoce.

**Méthodologie** : Douze adolescents atteints de schizophrénie précoce âgés de 13 à 17 ans, appariés par âge et par niveau scolaire à douze témoins sains, ont été recrutés au service de Pédiopsychiatrie de l'hôpital Razi. Ils ont été retenus pour l'étude après la passation d'un questionnaire standardisé semi-structuré Kiddie SAD PL. Le test de Diamond, élaboré par Davidson *et al.* en 2006, a été utilisé pour évaluer les fonctions exécutives et spécifiquement l'inhibition et la flexibilité cognitive.

**Résultats** : Dans les tâches de Diamond, les patients ont nécessité plus de temps que les témoins pour maintenir un bon taux de résultats corrects. Une diminution de l'exactitude de leur réponse et une augmentation du temps de réponse ont été notées à fur et à mesure que l'exigence en inhibition augmentait. Les performances des patients dans les tâches qui exigeaient la mise en jeu de la flexibilité cognitive, ont été significativement moins bonnes que celles des témoins en temps de réaction et en taux de réponses justes.

**Conclusion** : Les sujets atteints de schizophrénie précoce présentent un déficit en fonctions exécutives. Ce déficit entre dans le cadre d'un déficit cognitif plus global touchant également la mémoire de travail, l'attention, la fluence verbale, la théorie de l'esprit et les habiletés motrices.

## PO 268 ÉVALUATION DE LA DÉPRESSION CHEZ LES AIDANTS NATURELS DES PATIENTS SCHIZOPHRÈNES

M.W. KRIR, B. AMAMOU, H. BEN AÏCHA, M. ECHHOUMI,  
A. MRAD, A. MECHRI, F. ZAAFRANE, L. GAHA

*CHU Fattouma Bourguiba, MONASTIR, TUNISIE*

**Introduction** : Au cours des dernières décennies, la prise en charge des maladies mentales chroniques et particulièrement des schizophrénies a subi une évolution considérable en raison de la désinstitutionnalisation des patients et de leur retour dans la communauté. L'une des conséquences de ce mouvement a été l'implication de plus en plus importante des familles dans le soutien quotidien à leur proche malade. Si l'impact et le rôle des proches en tant qu'acteurs dans la prise en charge ne sont plus discutés, les conséquences de la pathologie sur la famille restent moins explorées.

**Objectifs** : Déterminer la prévalence de la dépression chez les aidants naturels des patients schizophrènes et rechercher d'éventuels facteurs associés à sa survenue.

**Matériels et méthodes** : Nous avons réalisé une enquête auprès de 70 personnes qui accompagnaient leurs proches

schizophrènes au cours de leurs rendez-vous à la consultation externe du CHU de Monastir et qui en étaient les aidants naturels. L'évaluation a consisté en l'administration de la version arabe de l'échelle de dépression de Hamilton (HDRS) pour le diagnostic de la dépression.

**Résultats :** 44,2 % des aidants naturels des patients schizophrènes étaient déprimés. Il s'agit d'une dépression légère chez 21,4 %, d'une dépression modérée chez 17,1 % et d'une dépression sévère chez 5,7 % des sujets. Les principaux facteurs associés à la dépression étaient l'inactivité professionnelle du patient, l'absence de couverture sociale, l'ancienneté de la maladie et la mal observance thérapeutique.

**Conclusion :** Nous avons trouvé une prévalence élevée de la dépression chez les aidants naturels des patients schizophrènes. Cette dépression serait en rapport avec plusieurs facteurs en particulier l'insuffisance de la couverture sociale des patients. Il serait donc nécessaire d'accompagner non seulement les patients mais également leurs aidants afin d'éviter l'épuisement.

## PO 269

### LIEN ENTRE STRESS ET PATHOLOGIE MENTALE : REVUE DE LITTÉRATURE

B. TEFAHI

*EHS.A.Errazi, ANNABA, ALGÉRIE*

La pathologie mentale est le résultat d'une interaction complexe entre une vulnérabilité (modèle de Zubin, 1977) et des états de stress psychosociaux.

Stress et pathologie mentale sont deux entités nosographiques, leur lien se rapporte aux mécanismes biologiques qui augmentent la réponse comportementale du sujet suite aux expositions cumulatives environnementales (événements de vie, traumatisme d'enfance etc.).

Nous illustrerons à travers une revue de littérature faite sur la base des données Pubmed entre 2003 et 2012, en utilisant les mots clés suivants : « stress », « mental illness », « neurobiologie », « psychosocial », « vulnerability », « treatment » pour élucider tous les paramètres neurobiologiques, psychosociaux et de vulnérabilité qui expliquent le lien entre stress et pathologie mentale afin d'identifier les signes de rechute de la maladie mentale pour une meilleure qualité de vie.

**Mots clés :** Neurobiologie ; Pathologie mentale ; Psychosocial ; Qualité de vie ; Rechute ; Stress ; Vulnérabilité.

## PO 270

### TRAUMATISME PSYCHIQUE ET RÉANIMATION

K. CHAHRAOUI (1), J.P. QUENOT (2), A. BIOY (1), A. LAURENT (3), O. ROSENBLUM (1)

(1) Université de Bourgogne, DIJON, FRANCE

(2) CHU, DIJON, FRANCE

(3) Université de Franche-Comté, BESANÇON, FRANCE

Les services de réanimation médicale accueillent des patients dont le contexte d'urgence et de gravité des pathologies est associé à une mise en jeu de la vie. La réanimation constitue ainsi un lieu de soins où la vie peut être sauvée grâce aux techniques qui permettent de suppléer aux fonc-

tions vitales. Pourtant, ces techniques de suppléance sont souvent lourdes, invasives et douloureuses et peuvent constituer une agression à la fois physique et psychique pour le patient. Plusieurs études menées en service de réanimation ont ainsi mis l'accent sur les conséquences d'un séjour en réanimation pour les patients avec l'importance des événements iatrogènes et des complications psychopathologiques (troubles anxieux et dépressifs) pouvant survenir dans les suites de l'hospitalisation.

Dans une étude clinique exploratoire en cours, nous nous interrogeons sur le devenir des patients trois mois après leur séjour en réanimation et sur les traces psychiques laissées par un tel vécu. À partir de l'analyse d'entretiens enregistrés d'un groupe de 20 patients, nous montrons que le séjour en réanimation peut représenter un événement subjectif majeur, parfois traumatique, et une situation psychique extrême à plusieurs niveaux : a) Extrêmes au niveau du vécu des confins de la vie et de la mort avec un risque réel ou potentiel de mort où le sentiment subjectif de menace vitale peut être prégnant ; b) Extrêmes au niveau de l'agression vécue du corps où les techniques de soins, de suppléance (intubation, ventilation) peuvent être ressenties comme violentes et effrayantes ; c) Extrêmes au niveau du vécu du coma où le patient peut vivre des éprouvés, des sensations, parfois des vécus oniroïdes où réalité et imaginaire se confondent donnant lieu dans certains cas à de véritables épisodes confusionnels ou hallucinatoires ; Enfin 4) extrêmes au niveau de l'identité du sujet où l'absence de paroles, de communication liée à l'état du sujet (endormi, intubé, ventilé, sédaté), peuvent s'apparenter à un effacement provisoire de la subjectivité.

Nous présentons quelques observations cliniques illustrant ces différents aspects et nous nous interrogeons sur l'importance du suivi psychologique en post-réanimation.

## PO 271

### PSYCHOTRAUMATISME, RÉSONANCES ET INTERSUBJECTIVITÉ : PLAIDOYER POUR UNE PSYCHOTHÉRAPIE D'ACTIVATION DE LA RÉSILIENCE

V. FOURNEL (1), E. BARDOT (2)

(1) CH Montheran, SAINT CLAUDE, GUADELOUPE

(2) Psychiatre Libéral, LA ROCHE-SUR-YON, FRANCE

Le concept de résilience semble aborder la victime par une approche catégorielle permettant de différencier ceux qui sont résilients de ceux qui ne le sont pas.

Une approche dimensionnelle viserait à se poser la question de la possibilité pour ceux dont la résilience est faible ou modérée de voir évoluer favorablement leur niveau de résilience. Cette approche pourrait mettre l'accent sur le rôle de la psychothérapie dans la mise en œuvre du processus de résilience. Cela amène à rechercher ce qui est efficace dans les psychothérapies des sujets traumatisés mais aussi à découvrir les écueils particuliers de ce type de thérapie. Car cette approche thérapeutique très spécifique, est marquée par une expression symptomatique singulière du fait de :

– l'impact du traumatisme sur le fonctionnement neurobiologique du cerveau ;

- la fascination des victimes pour leur malheur ;
- la culpabilité du survivant ;
- l'impact du traumatisme sur les liens d'attachement de la victime ;
- du risque que cela représente pour un thérapeute de subir la situation avec l'autre. Car il s'agit bien de cela lorsque l'on parle d'intersubjectivité : « subir la situation avec l'autre » (Hantz-Georg GADAMER). Rejoindre l'autre dans sa propre réalité pour construire avec lui l'espace relationnel qui lui permettra de sortir de sa douleur.

Or, il semble exister, parmi les premiers inconvénients, une sorte de fascination de la part des thérapeutes autour du récit des victimes. Les autres difficultés semblent liées aux propres réactions de défense du thérapeute : mise à distance, déni, projection, identification.

Louis CROCQ, psychiatre, spécialiste des névroses de guerre écrit : « Les traumatisés incarnent à leur tour le destin d'Orphée puisqu'ils ont voyagé aux enfers et qu'ils en sont revenus inconsolables, fascinés par leur malheur et coupés de la communauté de vécu du reste des hommes. Comme Orphée, le traumatisé se détourne de sa présence au monde car il est obsédé et dominé par une activité incoercible de reviviscences terrifiantes. »

Le thérapeute devenant Orphée à son tour peut-il sortir indemne des enfers ?

## **PO 272 PSYCHOTRAUMATISME CHEZ LES BRÛLÉS**

R. EL JARRAFI, M. ELKADIRI, A. ELMOUEFFEQ, M. SABIR, A. OUANASS

*Hôpital Ar-Razi, SALÉ-RABAT, MAROC*

Être brûlé est une expérience traumatique sur le plan physique, mental et aussi émotionnel.

Les survivants/victimes de brûlure, en plus des séquelles physiques visibles, peuvent présenter des troubles psychiques invisibles à l'œil nu ; pourtant ils sont aussi graves et défigurant que les cicatrices sur la peau.

*Objectif* : Dans cette étude prospective, on va évaluer l'incidence de PTSD chez des patients victimes de brûlure admis au CHU Ibn Rochd à Casablanca.

*Méthodologie* : À cet effet, on va utiliser un hétéro-questionnaire pour le recueil des données socio-démographiques ainsi que le PCL-C (PTSD Checklist – Civilian Version).

*Résultats* : En cours.

*Mots clés* : Brûlés ; PCL-C ; PTSD.

## **PO 273 LE BURN-OUT DES SOIGNANTS EN SOINS PALLIATIFS : PRÉVALENCE ET FACTEURS ASSOCIÉS**

H. BEN AICHA, F. ZAAFRANE, I. ELANES, A. CHERIAA, L. BEN AMOR, L. GAHA

*CHU Fattouma Bourguiba, MONASTIR, TUNISIE*

*Introduction* : Le burnout cet état d'épuisement physique, émotionnel, et mental résultant d'une exposition à des situa-

tions de travail émotionnellement exigeantes est très fréquent chez les soignants exerçant dans des services d'urgence, de soins intensifs ou confrontés avec des maladies graves.

Ses conséquences peuvent être majeures sur le plan individuel, altérant la santé physique et psychologique mais également sur le plan professionnel, réalisant un désintérêt profond et d'une attitude négative envers le travail.

*Objectifs* : Notre étude a pour but de déterminer la prévalence de l'épuisement professionnel chez les soignants et d'en rechercher les facteurs associés.

*Méthodologie* : Il s'agit d'une étude transversale analytique réalisée auprès d'une population de 100 soignants travaillant aux services de réanimation, carcinologie et hématologie des centres hospitalo-universitaires Farhet Hached à Sousse et CHU Fatouma Bourguiba à Monastir.

Les données ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire explorant les caractéristiques sociodémographiques et professionnelle du personnel soignant. L'évaluation du Burnout s'est faite par la passation de l'échelle « Maslach Burnout Inventory ».

*Résultats* : Le niveau de l'épuisement professionnel était élevé chez 30 % du personnel

Dans notre population d'étude :

- 64,5 % avaient un niveau élevé d'épuisement émotionnel.
- 38,75 % des personnels soignants avaient un niveau élevé de dépersonnalisation.
- 43,75 % d'entre eux avaient un niveau bas de sentiment d'accomplissement personnel.

Ailleurs, le burnout était significativement corrélé avec : ancienneté, facteurs de stress, et surcharge quantitative de travail.

*Conclusion* : Considérant nos résultats, les moyens de prévention utiles pour contribuer à « l'art de soigner », en préservant le corps et l'esprit concerneraient : la formation, l'amélioration de l'environnement de travail, l'instauration de groupes de paroles, la présence de supervision et la possibilité d'une réflexion personnelle afin de s'auto-évaluer.

## **PO 274 ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE & SOUTIEN SOCIAL EN PÉRIODE PÉRINATALE**

A. GEORGE, C. DONATE, R. LUZ, E. SPITZ

*Université de Lorraine UFR-SHA Équipe Epsam, METZ, FRANCE*

Le développement d'un stress posttraumatique (ESPT) suite à l'accouchement concerne 1 à 2 % des femmes (Denis & Callahan, 2009 ; Olde *et al.*, 2006). Actuellement, la littérature étudie les facteurs constitutifs à son développement (Anderson *et al.* 2012). Cette étude s'inscrit dans le cadre du projet de recherche « ACCOUNOVA » portant sur l'ESPT post-accouchement et la prise en charge de femmes atteintes (avec un co-financement : région Lorraine et FEDER).

Les objectifs de l'étude présentée sont d'évaluer : (1) si le soutien social perçu (SSP) a un effet bénéfique sur la santé psychologique et physique de la femme enceinte et (2) son

rôle protecteur pour les femmes à risque de développer un ESPT postnatal.

Notre échantillon se compose de 94 femmes en fin de grossesse et 33 femmes ayant accouché (6 à 8 semaines post-partum). L'auto-évaluation comportait des échelles mesurant : le soutien social perçu (SSQ, Sarason *et al.* 1983), l'État de Stress Post-traumatique (*IES-R*, Brunet *et al.* 2003 & *PPQ*, Pierrehumbert *et al.* 2004), la qualité de vie (MOS *SF 36*). De plus, la perception du soutien de l'équipe médicale a été évalué sur une échelle de Likert en 4 points.

*Nos résultats montrent* : (1) La satisfaction par rapport au soutien social perçu (SSP) est liée à un meilleur état de santé générale ( $r = 641 p < .001$ ), de santé mentale ( $r = .358 p < 0,48$ ) et de fonctionnement social ( $r = .505 p < 0,004$ ). De plus, elle est associée à une diminution des limitations physiques ( $r = .508 p < 0,003$ ), des douleurs physiques ( $r = .439 p < 0,014$ ). La qualité de vie peut être expliquée à 33,5 % par la perception du soutien de l'équipe médicale, et par la qualité et la quantité du SSP.

(2) Huit femmes sur 33 présentaient un score égal ou supérieur à 6 élevé sur l'échelle mesurant l'ESPT postnatale (PPQ). Moins les femmes sont satisfaites avec leur soutien social perçu en période périnatale, plus elles risquent de développer un ESPT après l'accouchement ( $r = -.45 p < 0,017$ ).

En adéquation avec la littérature, nos résultats soulignent l'importance du soutien social et le rôle crucial des soignants lors de l'accouchement.

#### **PO 275 PSYCHOTRAUMATISMES CHEZ LES FEMMES VICTIMES D'AGRESSIONS SEXUELLES**

A. ELMOUEFFEQ, M. ELKADIRI, M. BENAÏSSA, M. SABIR, A. OUANASS

*Hôpital Arrazi, SALÉ, MAROC*

L'agression sexuelle constitue une atteinte grave à l'intégrité physique et psychique de la victime. Les réactions des victimes de viol s'apparentent à celles de personnes confrontées à un drame majeur ou à une grande catastrophe.

Malgré que notre société soit imprégnée de la culture arabomusulmane qui conçoit que le mariage est le seul cadre possible à la sexualité, il reste que les agressions sexuelles contre les femmes sont un phénomène très fréquent même s'il reste un sujet qu'on aborde difficilement.

L'agression sexuelle est à haut risque de complications psychiatriques, le risque de séquelles traumatiques reste très important même après plusieurs années après.

L'objectif de notre étude est d'évaluer les répercussions psychologiques notamment le stress post-traumatique, la dépression et les troubles anxieux chez un échantillon de femmes victimes d'agressions sexuelles qui sont suivies en consultation psychiatrique à l'hôpital Arrazi ou bien pris en charge dans des associations de protection des femmes victimes de violences.

*Méthodologie* : Étude transversale descriptive réalisée en 2012 sur un échantillon de 40 femmes victimes d'agression sexuelle en utilisant un hétéro-questionnaire relevant les éléments sociodémographiques, l'échelle HADS pour évaluer la

dépression et l'anxiété et l'IES-R pour évaluer le stress post-traumatique.

*Résultats* : En cours.

*Mots clés* : Agressions sexuelles ; Femmes ; Psycho-traumatisme.

#### **PO 276 LE BURN-OUT DE L'ÉTUDIANT EN MÉDECINE MAROCAIN : QUELS CONSTATS, QUELLES SOLUTIONS ?**

S. AZZAOUÏ, L. EJJAKI, A. AMINE, M. SABIR

*Hôpital Arrazi/CHU Ibn Sina, SALÉ, MAROC*

« La médecine est une maladie qui frappe tous les médecins de manière inégale. Certains en tirent des bénéfices durables. D'autres décident un jour de rendre leur blouse parce que c'est la seule possibilité de guérir-au prix de quelques cicatrices » Martin Winckler, La maladie de Sachs, POL, 1998.

Le *Burn-out* ou syndrome d'épuisement professionnel est un état d'épuisement émotionnel, de déshumanisation de la relation à l'autre et de diminution des performances, en réponse à un stress professionnel chronique.

Il est significativement présent chez l'ensemble du personnel de la santé et dans les métiers d'aide à la personne. Les futurs médecins ne semblent pas y échapper puisque selon plusieurs études anglo-saxonnes, il toucherait près de la moitié des étudiants en médecine au cours de leur cursus universitaire. Son impact peut être palpable tant au niveau personnel qu'au niveau académique et professionnel.

*Objectifs de l'étude* : – Évaluer la prévalence du *Burn-out* chez les étudiants en médecine au Maroc.

– Déterminer les facteurs de risque et soulever les conséquences de ce phénomène.

– Proposer des mesures préventives (stratégies de coping).

*Matériel et Méthodes* : Enquête multicentrique, transversale à visée analytique, réalisée auprès des étudiants en médecine dans 3 facultés de Médecine au Maroc (Rabat, Casablanca et Fès).

Les étudiants ont été librement et anonymement sollicités pour remplir un auto-questionnaire associant des variables sociodémographiques et professionnelles, une version adaptée du Maslach *Burn-out Inventory* (MBI) et une évaluation des causes et des conséquences du stress vécu durant leur parcours universitaire.

Analyse descriptive et statistique effectuée au moyen du logiciel SPSS version 20.0.

*Résultats* : En cours.

*Mots clés* : Burn-out ; Medical student ; Stress.

#### **PO 277 ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE CHEZ LES MÈRES DE BÉBÉS PRÉMATURÉS**

L. KHALILI (1), S. ID BARKA (1), H. LACHRAF (2), A. BARAKAT (2), F.Z. SEKKATE (1)

(1) *Hôpital Ar-Razi CHU Ibn Sina, SALÉ, MAROC*

(2) *Hôpital d'enfant CHU Ibn Sina, RABAT, MAROC*

Malgré les progrès obstétricaux et pédiatriques de ces 20 dernières années, la naissance prématurée reste un événement soudain, souvent imprévisible, menaçant la survie du nouveau-né et son pronostic développemental à long terme. Une naissance avant terme constitue un traumatisme psychique maternel important qui peut retentir sur la relation mère-bébé relation cruciale pour le devenir de l'enfant.

*Objectif* : Évaluer la présence de symptômes de stress post-traumatique chez les mères de bébés prématurés.

*Méthodologie* : Étude prospective observationnelle portant sur un groupe de mères de bébés prématurés (Jusqu'à 100 femmes) suivis en 2012 au service de néonatalogie à l'Hôpital d'enfants CHU Ibn Sina Rabat au moyen d'un hétéroquestionnaire recueillant les données sociodémographiques des mères. Les symptômes de l'état de stress post-traumatique ont été évalués par l'échelle de « l'Impact of event Scale » IES.

*Résultats* : Analyse descriptive et fonctionnelle SPSS 13.0 en cours.

### **PO 278 VÉCU TRAUMATIQUE DE DÉCÈS PATIENTS EN MILIEU PSYCHIATRIQUE HOSPITALIER : ÉTUDE RÉALISÉE À L'HÔPITAL ARRAZI DE SALÉ**

H. TAIBI, A. BELHACHMI, C. CHAIB, M. SABIR, A. OUANASS

*Hôpital Arrazi, SALÉ, MAROC*

Le travail en milieu psychiatrique est délicat et le décès d'un patient est une expérience douloureuse et traumatisante pour les prestataires de santé mentale, que ce soit professionnel expérimenté ou en formation.

Nous avons essayé dans ce travail d'évaluer les conséquences psychologiques de la perte d'un patient (par suicide ou par homicide commis par un autre patient) sur le personnel en milieu psychiatrique hospitalier.

*Matériel et méthodes* : Il s'agit d'une étude de type transversale réalisée auprès du personnel médical et infirmier de l'Hôpital Arrazi. L'évaluation a été faite par un auto-questionnaire pour le recueil des caractéristiques sociodémographiques, le PTSD Check-List Scale pour le dépistage de l'état de stress post-traumatique, l'échelle de Hamilton pour le repérage des symptômes anxiodépressifs et Le Maslach Burnout Inventory (MBI) pour l'épuisement professionnel.

*Résultats* : 45 sujets ont accepté de participer à l'étude. 66 % de personnel psychiatrique ont perdu un patient hospitalisé. 30 % présentaient des symptômes psycho traumatiques, dont 7 % répondaient aux critères DSM-IV du PTSD. Les manifestations anxieuses dans 47 % des cas, dont l'intensité allant de moyenne à sévère dans 27 % des cas. Les manifestations dépressives dans 67 % des cas, dont l'intensité est sévère dans 20 % des cas. Et 9 cas sur 10 souffraient d'épuisement professionnel.

*Conclusion* : Le décès des patients en psychiatrie est fréquent que cela soit à cause de la maladie mentale ou des comorbidités somatiques. Des stratégies adaptées doivent être mises en place à l'avance pour intervenir auprès de personnel soignant confronté au décès des patients.

### **PO 279 SYMPTÔMES DISSOCIATIFS POST-TRAUMATIQUES DANS UNE POPULATION D'ADOLESCENTS HOSPITALISÉS EN PSYCHIATRIE**

S. GOFFINET

*GH La Ramee-Fond'Roy, UCCLÉ, BELGIQUE*

*Background* : Nous avons réalisé une étude épidémiologique dans une population d'adolescents, âgés de 12 à 20 ans, dont le motif d'admission relevait de la psychiatrie générale, de crise, résidentielle à court-terme (durée de séjour moyenne : 29 jours). Le but de l'étude était d'évaluer la prévalence des symptômes dissociatifs.

*Méthode* : 178 patients ont été sollicités pour participer à la réalisation de la recherche. Ceux qui ont accepté d'y participer ont rempli des auto-questionnaires couvrant tout le spectre des symptômes dissociatifs post-traumatiques : la version adolescent du questionnaire des expériences dissociatives (en anglais : A-DES), le questionnaire de dissociation (Dis-Questionnaire) plus fréquemment utilisé en Europe, les auto-questionnaires dérivés de l'interview clinique structuré pour les troubles dissociatifs (SCID-D), l'inventaire multidimensionnel de dissociation version adolescente (A-MID), le questionnaire d'impact de l'événement traumatique (IES-22). Les résultats de ces différents questionnaires ont été croisés avec les diagnostics généraux des cliniciens, aveugles aux résultats de la recherche.

*Résultats* : 92 patients ont donné leur consentement et rempli la plupart des questionnaires proposés. On note une très haute prévalence des symptômes dissociatifs dans cette population d'adolescents hospitalisés, psycho-traumatisés dans l'enfance en grande majorité. Le pourcentage du diagnostic de trouble dissociatif comme tel dépasse les 46 %. Le profil est légèrement différent de celui de l'adulte essentiellement au niveau de l'intensité de la symptomatologie. Certaines variables de bizarrerie et de symptômes rares permettraient de différencier les jeunes aux prises avec des conséquences à long-terme de psycho-traumas des adolescents entrant dans un processus psychotique.

*En conclusion* : La réplication d'études dans d'autres contextes pour confirmer la fréquence très élevée de ces troubles chez les adolescents est nécessaire. En conséquence, sur le plan pratique, cela soulignerait l'aspect multidisciplinaire indispensable de la prise en charge (psychothérapeutique, de réseau et judiciaire). L'existence de psycho-traumatismes infantiles doit mener à une prévention et à des soins des conséquences psychiatriques.

### **PO 280 ÉVALUATION DES FACTEURS DE RISQUE DE PASSAGE À LA CHRONICITÉ DE L'ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE**

M. BENABBAS (1), O. BENELMOULOU (2)

(1) *HMRUC, CONSTANTINE, ALGÉRIE*

(2) *EHS Psychiatrie, CONSTANTINE, ALGÉRIE*

Il s'agit d'une étude épidémiologique de type prospectif concernant une population de malades (au nombre de 50)

présentant le diagnostic de PTSD hospitalisés au service de psychiatrie du CHU de Constantine.

Le suivi de cette population se base sur les éléments suivants :

- le diagnostic (Axe I et II)
- les antécédents personnels et familiaux
- le temps de latence
- la sévérité du traumatisme
- l'exposition au traumatisme
- association d'un traumatisme balistique
- l'existence d'un soutien psychosocial
- la durée de traitement.

Après 4 mois de prise en charge, 35 maladies ont complètement guéri, seulement persistent 15 patients dans leur symptomatologie clinique et les scores aux différentes échelles qui demeurent élevés.

Ces 15 malades sont passés à la chronicité et ont développé un PTSD chronique

On peut mettre en évidence deux types de facteurs :

- facteurs de protection de passage à la chronicité ou de bon pronostic ;
- facteurs de risque de passage à la chronicité ou de mauvais pronostic.

#### PO 281

### CE QUE RÉVÈLE L'ENREGISTREMENT DES MOUVEMENTS OCULAIRES PENDANT UNE TÂCHE DE COMPARAISON D'IMAGE SUR LES DÉFICITS COGNITIFS ASSOCIÉS RESPECTIVEMENT AU TOC ET À LA SCHIZOPHRÉNIE

N.J. JAAFARI

*Université de Poitiers, Centre Hospitalier Henri Laborit, POITIERS, FRANCE*

Les rituels de vérifications dans le trouble obsessionnel compulsif (TOC) seraient liés à des anomalies de mémoire de travail. Jaafari *et al.* [1] ont enregistré les mouvements oculaires lors d'une tâche de comparaison d'images pour vérifier cette hypothèse. Les patients souffrant de TOC sévère ont besoin de plus de mouvements du regard entre les images et mettent plus de temps que les témoins pour comparer les images. Comme attendu, la sévérité des rituels de vérifications était associée à une réduction des capacités de mémoire de travail. Dans l'étude présentée ici, l'objectif était d'évaluer la spécificité des déficits cognitifs révélés par la comparaison d'images chez les patients TOC par rapport à ceux souffrant de schizophrénie.

Vingt-quatre patients schizophrènes et 24 contrôles appariés ont passé la tâche [1]. Les mouvements oculaires ont été enregistrés de manière non-invasive par un oculomètre Tobii 1750. Les composantes verbales et visuo-spatiales de la mémoire de travail ont été évaluées par les tests d'empan de lecture et d'empan inversé de localisations spatiales.

Comme chez les patients TOC, la mémoire de travail des patients schizophrènes était inférieure à celle des contrôles, et ils mettaient plus de temps pour comparer les images. Contrairement aux patients TOC, cependant, les patients schizophrènes ne déplaçaient pas plus leur regard entre les

deux images que les contrôles. De plus, ni le temps de comparaison ni le nombre de mouvements du regard n'étaient liés au déficit de mémoire de travail. Ainsi, les anomalies de comparaison d'images rencontrées dans la schizophrénie ne résulteraient pas d'un déficit de mémoire de travail engendrant plus vérifications.

Ces données montrent que la tâche de comparaison d'images proposée par [1] peut être utilisée en association avec les enregistrements oculaires pour caractériser les déficits cognitifs associés aux pathologies psychiatriques. Les enregistrements oculaires révèlent que, bien que les deux populations de patients TOC et schizophrènes mettent plus de temps que les témoins pour comparer les images, les déficits cognitifs sous-jacents sont différents. La tâche doit encore être testée dans d'autres troubles psychiatriques pour mieux évaluer son potentiel diagnostique.

#### PO 282

### ANXIÉTÉ DE SÉPARATION EN CONSULTATION DE PSYCHIATRIE

I. CHAABANE, S. HALAYEM, O. MOULA, A. BOUASKAR, A. BOUDEN, R. GHACHEM

*Hôpital Razi, MANOUBA, TUNISIE*

Les vicissitudes de la séparation-individuation peuvent entraîner à l'âge adulte des troubles somatiques et/ou anxio-dépressifs et une altération du fonctionnement social, scolaire ou professionnel.

L'objectif de ce travail est de repérer les symptômes d'anxiété de séparation chez des sujets adultes consultant en psychiatrie dans le but d'éclairer sur la présence d'une anxiété de séparation durant l'enfance prodromique de troubles psychiatriques à l'âge adulte.

Ce travail consiste en une étude transversale d'un échantillon composé d'hommes et de femmes qui consultent pour la 1<sup>re</sup> fois ou qui sont déjà suivis au service de la consultation externe de psychiatrie de l'EPS Razi pour trouble anxieux ou dépressif selon les critères du DSM IV. Une fiche de recueil d'informations ainsi qu'un questionnaire ont été établis basés sur l'inventaire des symptômes de l'anxiété de séparation (échelle SASI : Separation Anxiety Symptom Inventory de Silove).

Les résultats préliminaires concernent un groupe de 19 patients ayant une moyenne d'âge de 41,4 ans, constitués de 11 hommes et 8 femmes, 12 patients mariés et 7 célibataires. Nous avons retrouvé comme diagnostic : épisode dépressif majeur chez 12 patients ; trouble panique chez 2 patients ; trouble anxiété généralisée chez 2 patients ; état de stress post-traumatique compliqué d'une dépression majeure chez 1 patient ; trouble de l'adaptation chez 1 patient et trouble anxiété de séparation chez 1 patient.

La présence d'une anxiété de séparation durant l'enfance a été retrouvée chez 9 patients dont les 2 atteints d'un trouble panique, les 2 atteints de trouble anxiété généralisée, le patient qui présente actuellement une anxiété de séparation et 4 patients atteints d'une dépression majeure. Parmi ces 9 patients, 7 remplissent les critères d'anxiété de séparation à l'âge adulte.

9 autres patients avaient moins de 2 critères de l'anxiété de séparation durant l'enfance et 7 parmi eux, les ont gardés à l'âge adulte.



Un seul patient a développé une anxiété de séparation pour la 1<sup>re</sup> fois à l'âge adulte.

*En conclusion*, l'anxiété de séparation est une réalité clinique rencontrée par nombre de praticiens et dont l'évaluation est pertinente du fait qu'elle peut être masquée par des manifestations d'une autre nature.

#### **PO 283**

### **CLINIQUE DES TROUBLES ANXIEUX EN CONSULTATION DE PÉDOPSYCHIATRIE DE SFAX (TUNISIE) : À PROPOS DE 97 CAS**

A. WALHA, J. BOUDABOUS, S. JALOULI, I. HADJKACEM, K. KHEMAKHEM, Y. MOALLA, H. AYEDI, F. GHRIBI

*CHU, Hédi Chaker, SFAX, TUNISIE*

L'objectif de cette étude est de relever la fréquence ainsi que les types de troubles anxieux chez les enfants et les adolescents consultant en pédopsychiatrie.

*Matériel et méthode* : Notre étude est rétrospective et descriptive, portant sur 97 cas d'enfants et d'adolescents suivis au service de pédopsychiatrie de Sfax (Tunisie) pour trouble anxieux diagnostiqué selon les critères du DSM IV-TR. Ces patients ont été recrutés sur une période de 2 ans s'étalant du 1<sup>er</sup> janvier 2007 jusqu'au 31 décembre 2008.

*Résultats* : La prévalence des troubles anxieux en consultation de pédopsychiatrie est de 9 % (97 parmi 1 080 consultants sur une période de 2 ans).

Les motifs de consultation sont dominés par l'anxiété et/ou les peurs exagérées notées dans 33 % des cas, suivis par les plaintes somatiques dans 26,8 % des cas, les difficultés scolaires dans 19,6 % des cas et les troubles du sommeil dans 18,6 % des cas.

Sur le plan nosographique, les troubles anxieux sont à type de phobie spécifique dans 21,6 % des cas, d'état de stress post-traumatique dans 20,6 % des cas, de trouble d'anxiété de séparation dans 18,55 % des cas, de trouble d'anxiété généralisée dans 18,55 % des cas, de phobie sociale dans 7,2 % et de trouble d'anxiété non spécifié dans 7,2 % des cas.

*Conclusion* : Nos résultats rejoignent ceux des données de la littérature quant à la fréquence élevée des troubles anxieux chez l'enfant et l'adolescent.

L'anxiété n'a constitué le motif principal de consultation que dans 1/3 des cas. Dans les 2/3 des cas restants, il s'agit plutôt d'autres manifestations à type de somatisations ou difficultés scolaires. D'où l'intérêt d'un dépistage précoce des troubles anxieux devant tout enfant et adolescent présentant de telles manifestations.

#### **PO 284**

### **TROUBLES ANXIEUX CHEZ LE SUJET ÂGÉ EN INSTITUTION : PRÉVALENCE ET COMORBIDITÉS**

R. DJEBBI, W. CHÉRIF, N. BANNOUR, L. CHANNOUFI, S. ELLINI, M. CHEOUR

*Hôpital Razi, MANOUBA, TUNISIE*

*Introduction* : Les troubles anxieux touchent 5 à 10 % des personnes âgées de plus de 70 ans. Les femmes et les personnes vivant en institution sont particulièrement affectées.

En dépit de leur importante prévalence, ils restent souvent sous-diagnostiqués et sous traités.

Ceci étant essentiellement dû à une importante comorbidité somatique et psychiatrique d'une part et à une certaine banalisation d'autre part.

*Objectif* : Étudier la prévalence des troubles anxieux en institution et relever les comorbidités somatiques et psychiatriques associées.

*Patients et méthode* : Étude descriptive et transversale.

Ont été inclus les résidents, indemnes de déclin cognitif important, du centre de protection des sujets âgés de la Manouba.

L'anxiété est évaluée par deux échelles :

- The Short anxiety screening test (SAST)
- l'échelle de Covi.

Les comorbidités ont été évaluées par l'échelle CIRS-G.

L'analyse statistique a été réalisée par le logiciel SPSS dans sa version 11.

*Résultats* : 50 sujets ont été colligés.

Les résultats préliminaires retrouvent :

Une moyenne d'âge de 75 ans et un sex-ratio = 2/3.

Des pathologies somatiques touchaient 95 % des sujets, il s'agissait essentiellement de maladies cardio-vasculaires et de déficits sensoriels. Des maladies neurologiques étaient aussi fréquentes.

La polymorbidité était particulièrement importante (81 %).

Le cumul d'au moins un problème de santé somatique et un problème de santé neuropsychiatrique a concerné 83 % de notre échantillon.

Le score moyen du SAST était de 25 avec un score Covi moyen égal à 2,6.

La note totale moyenne de CIRS-G était de 14,33 et l'indice de gravité moyen était de 0,77.

*Conclusion* : Les personnes âgées en institution présentent souvent des problèmes de santé aussi bien somatiques que neuropsychiatriques.

Les troubles anxieux sont particulièrement fréquents, ce qui augmente le risque de dépendance fonctionnelle et implique un plus lourd fardeau pour le personnel soignant.

Les institutions doivent adapter leurs structures en conséquence, notamment en s'assurant des compétences du personnel soignant tant en gériatrie qu'en psycho-gériatrie.

#### **PO 285**

### **CRISE DU MILITAIRE EN MILIEU DE SA VIE**

H. SAIDANI (1), B. SEMAOUNE (2)

(1) Hca, ALGER, ALGÉRIE

(2) HC Alger, ALGER, ALGÉRIE

Tout est en crise, à commencer par la notion de crise elle-même. Le mot « crise » hante donc notre vie quotidienne. Au hit-parade des utilisations, ce mot bat tous les records depuis la fin des années 1970. Son succès, la généralisation de son usage à tous les domaines, est sans doute l'un des grands événements de ces dernières années. En tout cas, un

événement qui n'a rien d'innocent. C'est le signe en traduction simultanée d'une prise de conscience extraordinaire.

Ceux qui parlaient le plus de crise étaient sans doute les médecins et les économistes. Les premiers parce que, depuis les Grecs, la crise est le moment décisif d'une maladie, son paroxysme, sa phase aiguë.

Les seconds parce qu'ils étaient frappés dès le milieu du XIX<sup>e</sup> siècle par la régularité avec laquelle se produisent des dysfonctionnements de l'économie. La crise économique (qui se décline en crise bancaire, financière, de sur ou de sous-production, etc.) est donc une perturbation d'un système plus ou moins complexe qui semble fonctionner voire progresser.

Donc, il y a crise :

- lorsque se dessinent deux possibilités décisives ;
- lorsque deux tendances se combattent ;
- lorsqu'il faut bien séparer ce qui est confus.

Pourquoi tout ça ? Tout simplement que nous allons parler d'une crise toute particulière celle du militaire en milieu de sa vie.

### PO 286

#### ANXIÉTÉ MATERNELLE DE SÉPARATION ET AMÉNAGEMENT DE TEMPS DE TRAVAIL

W. JELLOULI, C. CHAIB, S. BELBACHIR, F.Z. SEKKAT

Hôpital Universitaire Psychiatrique Ar-Razi, SALÉ, MAROC

*Introduction* : De nos jours, la femme occupe une place grandissante dans le monde du travail. Cependant, le rôle de mère reste tout aussi important. De ce fait, il est nécessaire pour les femmes d'accorder leurs activités professionnelles avec leurs vies familiales et particulièrement lors de la naissance d'un enfant.

*L'objectif de notre étude* est d'évaluer le vécu psychologique des mères en conciliation de leur rôle familial et leur activité professionnelle.

*Matériel et méthode* : Participantes et procédure : Étude descriptive menée auprès des femmes actives ayant au moins un enfant de moins de 2 ans.

Les mères sont recrutées par connaissance et par rencontre à la sortie de certaines crèches de la ville de Rabat et d'Errachidia.

*Instruments de mesure* : Un premier questionnaire regroupe les informations sociodémographiques et deux questions mesurant la satisfaction par rapport à la durée du temps de travail (auto-évaluation de la satisfaction, selon une échelle Likert en cinq points) et une appréciation de leurs souhaits éventuels de modification de la durée de leur temps de travail actuel selon quatre catégories (souhait de réduire, augmenter, maintenir le nombre actuel d'heures de travail, se retirer temporairement ou définitivement du marché du travail).

Un second questionnaire évalue le vécu émotionnel de la femme lié à la question de la séparation mère-enfant en lien avec son activité professionnelle et à la délégation de la garde des enfants à une tierce personne à l'aide de l'échelle HAD (hospital anxiety and depression) qui évalue l'anxiété et la dépression.

*Résultat* : En cours.

### PO 287

#### ANXIÉTÉ, ÉMOTIONS ET RÉGULATION ÉMOTIONNELLE AFFECTIVE ET COGNITIVE : ÉLABORATION D'UNE RELATION STRUCTURELLE

A. CARRÉ (1), J.B. PINGAULT (2), C. LALANNE (3), F. GIERSKI (4), C. BESCHE-RICHARD (5), L. POUGA (6), S. BERTHOZ (7)

(1) Université de Reims Champagne-Ardenne C2S EA6291, REIMS, FRANCE

(2) University of Montreal & Sainte-Justine Hospital, MONTRÉAL, CANADA

(3) INSERM U669 – AP-HP, DRCD, Hôpital Saint-Louis, PARIS, FRANCE

(4) Université de Reims Champagne-Ardenne C2S EA6291 – CHU de Reims, REIMS, FRANCE

(5) Université de Reims Champagne-Ardenne C2S EA6291 – Institut Universitaire de France (Paris), REIMS, FRANCE

(6) Laboratoire de Neurosciences Cognitives, École Normale Supérieure – INSERM U660, PARIS, FRANCE

(7) INSERM U669 – Institut Mutualiste Montsouris – Université Paris-Sud – Université Paris-Descartes, PARIS, FRANCE

*Contexte* : La capacité à gérer les émotions primaires, en particulier négatives, influence la réponse subjective et comportementale aux situations émotionnelles notamment interpersonnelles (Panksepp *et al.* 2006). L'anxiété renvoie à une perception de menace, et une dysrégulation émotionnelle (Hofmann *et al.* In Press). Cette émotion est liée aux émotions primaires négatives peur et tristesse ; ses liens avec la colère sont moins bien connus (Bados *et al.* 2010 ; Clark & Watson 1991 ; Corr 2011).

*Objectif* : Notre objectif est :

- 1) étudier le type, le sens et la force de la relation entre la peur, la tristesse et la colère ;
- 2) établir la relation existante entre ces dimensions affectives, et des facteurs cognitifs et affectifs reflétant la régulation émotionnelle, *i.e.* l'alexithymie et l'empathie.

*Méthodologie* : L'échantillon comporte 742 participants (M = 20,58 ; SD = 2,02 ; 61 % de femmes). L'évaluation des profils émotionnels comprend des échelles d'anxiété trait et état (STAI), dépression (BDI), colère (MAI), les sous-échelles de peur, tristesse et colère développées par Panksepp et collaborateurs (ANPS ; Davis *et al.*, 2003 ; Pingault *et al.*, 2011), et d'affectivité négative (EPN-31), d'empathie (IRI) et d'alexithymie (BVAQ-B). L'analyse est effectuée par une modélisation par équation structurelle (Amos®) (Fig. 3).

*Résultats* : Le modèle final révèle un regroupement peur/anxiété et tristesse/dépression d'une part (Affects Négatifs) et de la colère d'autre part (Affect de Colère). Concernant la régulation émotionnelle, le modèle regroupe entre elles les dimensions cognitives et affectives de l'alexithymie et de l'empathie ( $\chi^2(179) = 1120$  ; RMSEA = .084 ; AGFI = .81). Les Affects Négatifs sont positivement associés aux processus cognitifs de régulation émotionnelle, tandis que l'Affect de Colère en prédit une diminution. Les résultats montrent également que les dimensions cognitives présentent un effet médiateur sur les dimensions affectives.

*Conclusion* : Ces résultats suggèrent de prendre en considération la relation existante entre la colère et l'anxiété, et

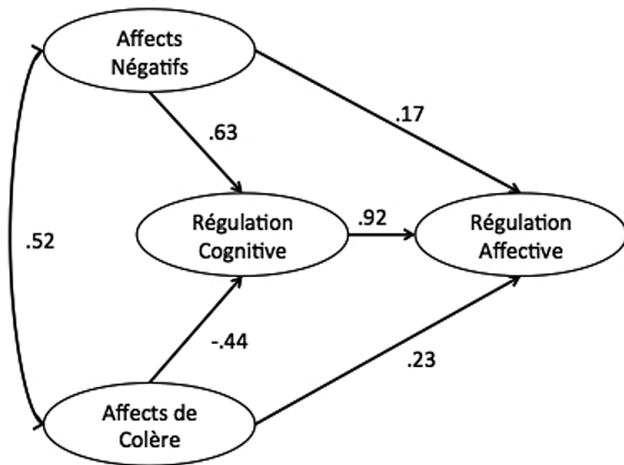


FIG. 3.

leurs effets différentiels sur les processus de régulation émotionnelle dans la prise en charge de l'anxiété.

### PO 288 ÉVALUATIONS ET TRAITEMENTS DU RISQUE DE PSYCHOSE CHEZ LES ADOLESCENTS

N. ZDANOWICZ, L. MEES, D. JACQUES, D. TORDEURS,  
C. REYNAERT

Université Catholique de Louvain, YVOIR, BELGIQUE

**Objectif :** Dans 1<sup>er</sup> tableau psychotique surtout s'il s'agit d'une schizophrénie les guidelines recommandent de rapidement traiter par neuroleptique atypique. Deux figures cliniques sont à distinguer : les psychoses d'installation aiguës et celles à début insidieux. Si dans les tableaux aigus (60 % des cas) l'évolution est bonne pour 85 % des jeunes, en cas de début insidieux à symptômes négatifs prédominants l'évolution est péjorative chez 25 %. Comme dans le tableau aigu le diagnostic est relativement aisé c'est surtout le diagnostic des cas « insidieux – négatifs » qui représentent un enjeu diagnostique. Un tel diagnostic est-il possible ? Comment limiter le nombre de faux négatifs et de faux positifs avec le risque de stigmatisation ? Quel traitement administrer ?

**Méthode :** Revue de la littérature (pubmed, psycarticle, psycinfo) et confrontation avec notre pratique clinique.

**Résultats :** Il est possible d'identifier les jeunes présentant un risque de développer une psychose à l'aide d'échelles telle que la SOPS (Scale of Prodromal Symptoms), la PACE (Personal Assessment and Crisis Évaluation) ou par la présence de caractéristiques neuro-anatomiques et génétiques. Malheureusement ces outils sont plus spécifiques des symptômes positifs et identifient donc une sous population des jeunes à risques : les Ultra Haut Risque (UHR). Il existe chez ces jeunes des arguments pour l'efficacité de traitements en vue de prévenir l'évolution vers une schizophrénie. Par contre, pour les jeunes à début insidieux, à symptomatologie négative la question reste : nous n'avons, à ce jour, pas de réel capacité ni de les dépister ni d'évaluer l'efficacité d'un traitement.

**Conclusion :** Les « Ultra Haut Risque » deviennent une entité nosologique en soit. Cette entité est constituée de jeunes qui présentent en majorité des symptômes positifs. L'évolution en absence de traitement se fait vers de graves problèmes de fonctionnement social et psychologique. Un diagnostic et un traitement rapide des UHR sont donc nécessaires. Dans l'avenir nous devons affiner nos outils diagnostiques afin que non seulement la spécificité et la sensibilité soit suffisantes mais également afin que la catégorie plus large des « Syndrome de Risque Psychotique » inclue les jeunes avec des symptômes majoritairement négatifs.

### PO 289 CONSOMMATION DE CANNABIS DANS LES ARMÉES FRANÇAISES : ACTUALITÉS ÉPIDÉMIOLOGIQUES ET COMPARAISON AVEC LA POPULATION GÉNÉRALE

S. MOROGE, F. PAUL, C. MILAN, M. PILARD

HIA Laveran, MARSEILLE, FRANCE

**Intérêt de la question :** Le cannabis est la substance illicite la plus consommées en France. La forte diffusion du cannabis sur le plan national est une réalité à laquelle l'institution militaire ne saurait échapper, l'armée apparaissant comme une collectivité composée de soldats qui s'inscrivent dans l'actualité de leur temps. Cette réalité est d'autant plus perceptible que les caractéristiques sociodémographiques de l'armée actuelle recouvrent les principaux facteurs de risque de consommation de cannabis : le sexe masculin, l'âge jeune et le faible niveau d'étude. L'usage de cette substance, pourvoyeuse notamment d'accidents du travail et d'accidents de la voie publique, prend un relief particulier dans les armées de par la nécessité opérationnelle attendue de tout soldat.

**Données épidémiologiques :** En 2010, l'INPES estimait que 2,8 % de la population nationale des 18-64 ans consommait du cannabis de façon régulière. Les études réalisées par le département épidémiologique et de santé publique du service de santé des armées retrouvaient des chiffres plus ou moins comparables selon les armées : 8,2 % de fumeurs réguliers de cannabis dans l'armée de terre en 2007, pour la marine 3,9 % de consommateurs réguliers en 2005 et 1 % d'usagers réguliers dans l'armée de l'air en 2009.

**Discussion :** Ces différences de consommation s'expliquent par un profil socio-démographique (âge et grade notamment) qui diffèrent selon les armées. Cependant, on peut distinguer pour chaque arme des profils à risque d'usage pour le cannabis. La consommation de cannabis est particulièrement problématique chez les personnels militaires du fait de sa potentielle dangerosité dans ce milieu : risque de manipulation détournée ou hasardeuse d'armes lors d'une ivresse aiguë, retentissement cognitif d'un usage chronique et manipulation de matériel sensible, risque de développer une complication psychiatrique pouvant mettre en danger l'individu mais aussi le groupe en situation opérationnelle.

**Conclusion :** La forte prévalence de cette substance psychoactive dans les armées doit être connue des praticiens pour une meilleure information des personnels militaires et la mise en place de stratégies de prévention, de dépistage et de soins efficaces.

## PO 290 L'ADDICTION AU TABAC CHEZ LES SCHIZOPHRÈNES

M.T. BENATMANE

CHU Alger Centre, ALGER, ALGÉRIE

*Introduction* : La fréquence de la consommation de tabac chez les patients schizophrènes varie entre 60 et 90 % des sujets selon les études contre 23 à 30 % en population générale. La consommation de tabac est liée aux autres dépendances.

*Objectif* : C'est l'étude de la prévalence du tabagisme chez les patients schizophrènes hospitalisés.

*Méthodologie* : Sont inclus dans notre étude 36 patients schizophrènes selon les critères du DSMIV, avec évaluation de la dépendance par l'échelle de Fagestrom.

*Résultats* : La fréquence de consommation de tabac est plus élevée que pour les autres groupes psychiatriques (70 % vs 35 %)  $p = 0,001$ . L'âge moyen des patients schizophrènes non-fumeurs était plus élevé que celui des fumeurs (38 ans vs 32 ans,  $p = 0,02$ ). Plus de comorbidités somatiques chez les patients schizophrènes fumeurs (15,4 % vs 8,7 %)  $p = 0,03$ .

*Conclusion* : La fréquence de la consommation de tabac chez les patients schizophrènes est élevée. La diminution de l'espérance de vie constatée est en rapport avec les différentes maladies cardiovasculaires et néoplasiques générées par la consommation du tabac.

**Mots clés** : Dépendance ; Schizophrénie ; Tabagisme.

## PO 291 ADDICTION ET ADOLESCENCE : REVUE DE LITTÉRATURE

B. TEFAHI

EHS.A.Errazi, ANNABA, ALGÉRIE

Adolescence et addiction sont deux entités différentes. L'adolescence est une période à risque caractérisée par un remaniement des structures psychiques, physiologiques et morphologiques. Elle se construit selon un modèle de référence empruntant les valeurs héritées des parents et les nouveaux comportements notamment l'addiction aux substances psycho actives.

Nous illustrerons à travers cette intervention, une revue de littérature faite sur la base des données Pub Med en utilisant les mots clés suivants : « adolescence », « addiction », « neurobiology », « pathophysiology », « treatment » tous les paramètres qui expliquent le lien entre adolescence et addiction à partir d'un modèle causal neurobiologique et physiopathologique afin d'élaborer dans un cadre thérapeutique les particularités de la prise en charge de l'addiction chez l'adolescent.

**Mots clés** : Addiction ; Adolescence ; Neurobiologie ; Physiopathologie ; Prise en charge.

## PO 292 THÉRAPIE COGNITIVOCOMPORTEMENTALE DANS LA DÉPENDANCE CANNABIQUE

B. TEFAHI (1), F. KACHA (2), M. KANIT (3), X. LAQUEILLE (3)

(1) EHS.A.Errazi, ANNABA, ALGÉRIE

(2) EHS. Mahfoud Boucebci, ALGER, ALGÉRIE

(3) Service d'Addictologie, CH-Sainte-Anne, PARIS, FRANCE

La dépendance au cannabis est un trouble au long cours d'intensité variable (modérée, moyenne ou sévère) qui se traduit par des prises de cannabis de plus en plus importantes accompagnées d'un envahissement progressif de la vie psychique.

La prise en charge cognitivocomportementale de la dépendance cannabique vise à apprendre au sujet dépendant au cannabis à réduire ses réactions émotionnelles et à modifier toutes les croyances erronées à l'origine de ses pensées dysfonctionnelles vis-à-vis de la consommation de cannabis.

Nous illustrerons notre intervention par une vignette clinique pour expliquer toute la trajectoire de la thérapie cognitivocomportementale qui produit le changement du comportement du consommateur de cannabis pour mettre fin au cercle vicieux addictif.

**Mots clés** : Cannabis ; Dépendance ; Prise en charge ; Thérapie cognitivocomportementale.

## PO 293 CANNABIS ET SCHIZOPHRÉNIE

A. BELHACHMI (1), W. OUAHID (2), S. GASSIM (1), J. MEHSSANI (1), M.Z. BICHA (1)

(1) HMIM5, RABAT, MAROC

(2) Hôpital Arrazi, SALÉ, MAROC

L'usage de substances psycho-actives notamment le cannabis chez les patients schizophrènes est un phénomène bien décrit, avec une prévalence largement supérieure à celle observée chez la population générale.

L'usage de cannabis aggrave le pronostic de la schizophrénie, étant lié à une mauvaise réponse et compliance aux traitements, à plus de ré-hospitalisations et de rechutes, ainsi qu'une altération globale du fonctionnement.

La prise en charge adéquate de l'addiction au cannabis permet une amélioration du pronostic de la maladie schizophrénique.

Notre travail concerne 50 patients marocains suivis pour schizophrénie selon les critères diagnostiques DSM-IV. Il s'agit d'une étude descriptive de type transversale, qui a comme objectif d'évaluer les troubles liés à l'utilisation de cannabis chez une population de patients schizophrènes et de mettre en exergue les difficultés relatives à la prise en charge de cette comorbidité.

**PO 294**  
**ADDICTION COMPORTEMENTALE**  
**OU AVEC SUBSTANCE :**  
**INFLUENCE SUR LE JUGEMENT SOCIAL**

J.L. TAVANI (1), A. PIERMATTEO (2), J. COLLANGE (1),  
 L. DANY (2), F. ZENASNI (2), S. LELAURAIN (2),  
 M. THILLOT (1), G. LO MONACO (2)

(1) Université Paris Descartes, BOULOGNE BILLANCOURT, FRANCE

(2) Université Aix-Marseille 1, AIX EN PROVENCE, FRANCE

Cette recherche questionne la distinction entre addiction avec substance et addiction comportementale (jeux en ligne) au niveau de la perception des risques engendrés par ces pratiques. Si les acteurs de santé sont unanimes pour alerter sur les dangers de ces deux formes d'addiction, il n'en reste pas moins qu'au niveau du jugement social, des variations pourraient apparaître. En effet, la consommation abusive d'alcool ou de cannabis peut conduire à des signes visibles et interprétables socialement (stéréotypes, stigmatisation), *a contrario* de la dépendance des jeux en ligne qui n'est pas totalement ancrée dans nos modes de perceptions. C'est ainsi que deux hypothèses ont guidé cette recherche. Tout d'abord, on prévoit que les substances (alcool et cannabis) donneront des résultats assez convergents en matière de jugement social et qu'elles seront divergentes du jugement de l'addiction comportementale. En second lieu, les jugements prononcés seront plus sévères dans les conditions « substances » que dans la condition « comportementale ». Afin de mettre à l'épreuve ces hypothèses, nous avons interrogé 300 sujets (Mâge = 20,64 ; SD = 4,91) qui devaient lire un scénario présentant un protagoniste consommant de l'alcool ou du cannabis ou jouant aux jeux en ligne. Nous demandions aux participants de juger le protagoniste à partir de 35 items. Afin de connaître l'organisation des trois conditions (alcool vs. cannabis vs. jeu) nous avons réalisé un Effet Guttman (Lo Monaco & Guimelli 2011) dont le but est de permettre le repérage de l'enchaînement et de l'ordination des conditions expérimentales. Les résultats font apparaître un net rapprochement entre les deux substances et un éloignement entre ces deux substances et l'activité. Ce premier résultat va dans le sens de la validation de notre première hypothèse. Par ailleurs, les jugements exprimés à l'endroit du protagoniste présenté dans les scénarios révèlent, pour la plupart, plus de sévérité dans le cas des substances que dans le cas de l'activité, ce qui tend à valider notre seconde hypothèse. Les résultats seront discutés autour de la question la perception/reconstruction différentielle du risque impliquant des drogues avec ou sans produit et des implications de ce résultat en terme de prévention.

**PO 295**  
**LA MÉPHÉDRONE :**  
**UNE NOUVELLE DROGUE DE SYNTHÈSE**

A. PETIT (1), F. LEVY (2), L. KARILA (3), M. REYNAUD (3),  
 M. LEJOYEUX (1)

(1) Hôpital Bichat Claude Bernard, PARIS, FRANCE

(2) Hôpital Saint-Antoine, PARIS, FRANCE

(3) Hôpital Paul Brousse, VILLEJUIF, FRANCE

*Introduction :* La méphédrone ou est un psychostimulant de synthèse dérivé de la cathinone appartenant à la famille des phényléthylamines. Se présentant sous la forme d'une poudre blanche vendue sur Internet, elle a récemment fait son apparition en France, et est consommée majoritairement par les populations jeunes et homosexuels issues du milieu festif.

*Matériels et méthodes :* Une revue de littérature a alors été effectuée. Nous avons sélectionné les articles scientifiques de langue anglaise et française publiés entre 2006 et 2012 en consultant les bases de données Medline, Embase, Psycinfo, et Google Scholar. Les mots utilisés seuls ou en association sont les suivants : « mephedrone », « dépendance », « abuse » « toxic effects » and « complications ».

*Résultats :* Les complications sont dominées par la présence d'une cardiotoxicité, de syndrome toxique sympathomimétique, d'altérations neurocognitives, de comportements sexuels à risque et de trouble psychotique paranoïaque.

*Conclusion :* Aucune étude n'a été menée sur la toxicité à long terme. Pourtant les résultats préliminaires sur les conséquences de cet usage, source d'abus et de complications somatiques et psychiatriques, ont poussé de nombreux pays européens à classer la méphédrone comme stupéfiant.

**PO 296**  
**LE FÉMININ ? CLINIQUE DES POLYADDICTIONS**  
**EN SITUATION TRANSCULTURELLE**

J. BEKAERT

Hôpital Maritime de Zuydcoote, DUNKERQUE, FRANCE

Les recherches épidémiologiques, actuelles, font état de l'existence conduites addictives polymorphes (Villegier, Rouyer, Chevalier, 2006), qui se caractérise par l'association de plusieurs produits ou comme une variation fortuite dans l'utilisation des produits lié à l'offre (Bailly, 2003). Ainsi, les polyaddictions tendent à se succéder dans le temps, être concomitantes ou sont alternées dans l'histoire de vie de l'individu. Dans cette perspective, il n'est pas rare de constater de jeunes toxicomanes se détourner des drogues habituelles pour se pencher vers l'alcool (Bailly, 2003). Certains de ses adultes qui sont issus de parents immigrants se révèlent dans un état de grande souffrance et sont amenés à demander l'accès aux soins dans les services d'addictologie. Cependant, les connaissances dans le domaine des polyaddictions notamment en lien avec la culture restent encore très fragmentaires.

À partir d'une vignette présentant une femme d'origine maghrébine de seconde génération vivant en France et hospitalisée pour une problématique polyaddictive, nous proposons d'illustrer et d'appréhender sous l'angle de clinique transculturelle les spécificités de la psychopathologie des conduites addictives. Nous rapportons, ainsi, le cas d'une patiente âgée de 36 ans bénéficiant d'une hospitalisation pour une alcoolodépendance au whisky évoluant depuis un an et demi. L'histoire de la maladie révèle une dépendance très prégnante à l'héroïne (sniff et injectable) puis à la cocaïne, aux opiacés et aux benzodiazépines. Les retentissements sur la vie sociale et professionnelle sont majeurs. Les antécédents familiaux montrent que le père a été alcoolodépendant jusqu'à l'âge de 40 ans et que la mère souffre

de dépression. Après le décès de son père, survenu quelques mois avant l'hospitalisation, la patiente a présenté des hallucinations auditives. Cette étude vise par conséquent une meilleure compréhension des enfants migrants et plus particulièrement de l'impact culturel ainsi que des répercussions cliniques possibles. Les soins psychologiques nécessitent l'inscription et la prise en compte de la dimension culturelle de la maladie dans la rencontre et l'accompagnement de l'autre en vue d'accroître l'efficacité thérapeutique de la prise en charge.

**PO 297**  
**RECHERCHE D'UNE ADDICTION AUX RÉSEAUX SOCIAUX ET ÉTUDE DU PROFIL D'UTILISATEUR CONCERNÉ**

E. COUDERC, E. CHARLES

CH Esquirol, LIMOGES, FRANCE

*Introduction* : En quelques années, les réseaux sociaux sont devenus un véritable phénomène de société. Les études sur le plus célèbre d'entre eux, Facebook, en ont étudié les utilisateurs mais se sont peu penchées sur son possible caractère addictif. À l'heure où l'addiction à internet, qui suscite nombre d'interrogations, s'apprête à intégrer le futur DSM-V, la question mérite d'être posée.

*Objectifs* : Les objectifs de cette étude sont tout d'abord de rechercher l'existence de cette addiction à Facebook puis d'étudier le profil de l'utilisateur addict sur le plan psychopathologique (en recherchant notamment des troubles de la relation à l'autre et une anxiété sociale) mais aussi de l'utilisation de Facebook.

*Méthode* : Il s'agit d'une étude descriptive et transversale réalisée de février à mai 2012 par le biais d'un auto-questionnaire en ligne incluant un Test d'Addiction à Facebook et recueillant des données sociodémographiques, psychopathologiques et sur l'utilisation de Facebook. Les sujets ont été recrutés sur la base du volontariat *via* des messages d'annonce postés sur des forums internet divers.

*Résultats* : La population étudiée est constituée de 517 sujets dont 23 répondent aux critères d'addiction à Facebook soit une prévalence retrouvée de 4,45 %. Les sujets addicts ont des scores plus élevés d'anxiété ( $p = 0,0019$ ), de dépression ( $p < 0,0001$ ), de phobie sociale généralisée ( $p = 0,0295$ ) et de sentiment de solitude ( $p < 0,0001$ ), ainsi que des scores plus faibles de sentiment d'appartenance sociale ( $p = 0,0004$ ) et de fonctionnement social ( $p = 0,0262$ ). La régression logistique retrouve une forte corrélation entre l'addiction à Facebook et le score de dépression, la consommation d'ecstasy et deux motivations à l'utilisation de Facebook : passer le temps et rencontrer de nouvelles personnes.

*Conclusion* : Notre étude confirme l'existence d'une addiction à internet spécifique : l'addiction au réseau social Facebook. Celle-ci est associée à la présence de comorbidités habituelles d'autres types d'addictions (dépression, anxiété) ainsi qu'à une altération du « profil social » des sujets concernés. Des hypothèses sur les mécanismes sous jacents sont proposées.

**PO 298**  
**TRAITEMENT PAR MÉTHADONE, ABUS DE LAXATIFS, ET TORSADES DE POINTES**

X. LAQUEILLE (1), C. GÉNIN (1), B. PITRAT (2), A. LUPUYAU (2), A. DERVAUX (1)

(1) Centre Hospitalier Sainte-Anne, PARIS, FRANCE  
 (2) Polyclinique La Concorde, ALFORTVILLE, FRANCE

*Contexte* : L'allongement de l'intervalle QTc sur l'électrocardiogramme peut entraîner des torsades de pointes et une évolution létale. Il est favorisé par l'utilisation de certains médicaments, en particulier la méthadone, par les troubles électrolytiques, en particulier l'hypokaliémie, par certaines cardiopathies et le syndrome du QT long congénital.

*Méthodes* : Cas clinique : nous rapportons le cas d'une patiente, âgée de 46 ans, polytoxicomane (cannabis, crack et héroïne), traitée par méthadone à la dose de 200 milligrammes par jour depuis plusieurs années. Lors d'une hospitalisation en clinique pour diminuer la dose de méthadone, la patiente a présenté un épisode de tachyarythmie ventriculaire avec arrêt cardio-circulatoire, avec torsades de pointe sur l'ECG réalisé par le SAMU. Le transfert immédiat en service de réanimation a permis une évolution favorable. Le QTc était alors de 491 millisecondes (ms). Il existait également une hypokaliémie sévère à 2,7 millimoles par litre (mmol/l). Plusieurs plaquettes vides de laxatif hypokaliémiant ont été retrouvées dans la chambre de la patiente. Le facteur essentiel de décompensation était l'hypokaliémie induite par les prises excessives de laxatif dans un but amaigrissant, et qui constitue un facteur torsadogène majeur.

*Conclusions* : Les causes de torsade de pointes sont généralement multifactorielles. La patiente présentait plusieurs facteurs de risque de torsade de pointes : sexe féminin, doses élevées de méthadone, hypokaliémie sévère induite par la consommation cachée de laxatifs. L'existence d'un syndrome du QTc long congénital ne peut pas être exclu, la grand-mère maternelle de la patiente étant décédée de mort subite.

Une surveillance électrocardiographique régulière du QTc est nécessaire au début et lors du suivi d'un traitement par méthadone, même chez des patients traités depuis plusieurs années. Cependant, la surveillance de l'ECG n'est pas toujours suffisante pour prévenir une défaillance cardiaque, notamment en raison de la prise simultanée d'autres médicaments, en particulier des laxatifs utilisés sans avis médical. Les patients traités par méthadone doivent être clairement informés de l'existence de ce risque, des interactions médicamenteuses et de ses complications potentielles.

**PO 299**  
**PRÉVALENCE DES TROUBLES ANXIO-DÉPRESSIFS DANS UNE POPULATION DE FUMEURS TUNISIENS CONSULTANT EN MÉDECINE GÉNÉRALE**

M. MAALEJ BOUALI (1), J. BEN THABET (1), H. DAMMAK (2), N. CHARFI (1), N. ZOUARI (1), L. ZOUARI (1), H. AYEDI (3), M. MAALEJ (1)

(1) Service de Psychiatrie C, CHU Hedi Chaker, SFAX, TUNISIE  
 (2) Hôpital Régional de Kerkennah, SFAX, TUNISIE  
 (3) Service de Pneumologie, CHU Hedi Chaker, SFAX, TUNISIE

Nos objectifs étaient d'évaluer la prévalence des troubles anxio-dépressifs dans une population de fumeurs consultant en médecine générale dans une zone semi-urbaine, et d'étudier la relation entre troubles anxio-dépressifs et dépendance tabagique chez ces patients.

Il s'agissait d'une étude transversale, menée à la consultation de médecine générale de l'hôpital régional de Kerkennah. Nous avons utilisé le test de dépendance tabagique de FÂGERSTROM, l'échelle de dépression de BECK et l'échelle HAD.

Notre étude a concerné 50 patients, dont deux femmes, âgés de 16 à 61 ans. Trois patients avaient des antécédents psychiatriques. L'âge de début du tabagisme se situait entre 7 et 28 ans. Le nombre de cigarettes consommées par jour variait de 3 à 40. Concernant les circonstances du début, 54 % ont rapporté qu'ils avaient commencé à fumer avec leurs pairs. Quarante-six pour cent avaient essayé au moins une fois un sevrage. La cause d'échec la plus fréquente était le stress. La relaxation était l'effet recherché par la moitié des fumeurs. Vingt-six pour cent des patients avaient une forte dépendance tabagique au test de FÂGERSTROM. Dix pour cent avaient une dépression sévère à l'échelle de BECK et 8 % avaient une dépression certaine à l'échelle HAD avec un lien significatif ( $p < 0,05$ ). Un syndrome anxieux certain à l'échelle HAD a été trouvé chez 38 %. Plus la dépendance tabagique était forte, plus grand était le nombre de cigarettes consommées par jour ( $p < 0,05$ ). Il y avait une corrélation entre l'ancienneté du tabagisme et le score de dépression à l'échelle HAD ( $p = 0,01$ ). Mais il n'y avait pas de corrélation entre le niveau de dépendance et les scores d'anxiété et de dépression.

Notre étude a montré une prévalence des troubles anxio-dépressifs chez les fumeurs tunisiens en zone semi-urbaine assez élevée. La lutte contre ce fléau que représente le tabagisme devrait en tenir compte car ils sont susceptibles de pérenniser la dépendance. Un dépistage par des tests appropriés et un traitement adéquat de ces troubles pourraient ainsi améliorer le pronostic lorsqu'un sevrage est tenté.

### PO 300 COMORBIDITÉ TDAH ET ADDICTION

W. SOULAMI, I. ENNAKR, F. LABOUDI, M. SABIR, F. ELOMARI

Hôpital Arrazi, SALÉ, MAROC

*Introduction* : Les personnes atteintes d'un trouble de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) ont des difficultés à se concentrer, à être attentives et à mener à terme des tâches le moins complexes. Elles ont souvent du mal à rester en place, à attendre leur tour et agissent fréquemment de façon impulsive.

À l'âge adulte, le TDAH peut occasionner de graves problèmes comportementaux et sociaux. Ainsi, près de la moitié des adultes atteints de TDAH souffrent de troubles anxieux, qui perturbent leur intégration sociale et leur équilibre de vie. De plus, les personnes atteintes de TDAH sont plus susceptibles que les autres de souffrir de dépendance à l'alcool ou aux drogues.

Il est donc très important de mettre tout en œuvre pour dépister et traiter du mieux possible le TDAH dès l'enfance.

L'évaluation de la comorbidité liée à un TDAH à l'âge adulte pose de nombreux problèmes, bien qu'elle soit très fréquente. Des personnes ayant un trouble de l'attention (TDA) se tournent vers les drogues telles que l'alcool, le cannabis, l'héroïne, les tranquillisants, les médicaments contre la douleur, la nicotine, la caféine, le sucre, la cocaïne et les amphétamines dans l'espoir de calmer leur corps et leur cerveau agités. Nous appelons auto-médication l'usage de drogues pour améliorer ses capacités, pour aider à se sentir mieux ou pour diminuer ou engourdir ses émotions.

*L'objectif de notre étude* est d'évaluer la comorbidité TDAH et addiction chez les patients hospitalisés au centre de désintoxication de l'hôpital Arrazi afin d'établir une prise en charge conjointe et améliorer la qualité du sevrage de ces patients.

*Méthodologie* : Critères du DSM IV pour le TDAH et l'addiction. Hétéro questionnaire pour les critères sociodémographiques de notre échantillon.

*Résultats* : En cours.

**Mots clés** : Addiction ; Sevrage ; TDAH.

### PO 301 SUJETS PRIS EN CHARGE EN SUBSTITUTION : CARACTÉRISTIQUES À L'ENTRÉE DANS LES SOINS EN FONCTION DU TRAITEMENT REÇU, MÉTHADONE ET/OU BUPRÉNORPHINE

A. GAY, T. SIGAUD, S. BILLARD, F. LANG

CHU de Saint-Étienne Hôpital Nord, SAINT-PRIEST-EN-JAREZ, FRANCE

Depuis leur introduction, les traitements de substitution ont fait l'objet de multiples travaux et leur impact positif sur la prise en charge des patients dépendants aux opiacés est établie. Les nombreuses études comparant l'efficacité des deux traitements disponibles, méthadone et buprénorphine haut dosage montrent des résultats équivalents, mais peu s'intéressent aux indications respectives de ces deux molécules et à la population des patients changeant de substitution au cours du suivi.

Ainsi, notre étude porte sur l'analyse rétrospective des caractéristiques en début de prise en charge d'une population de patients substitués, recrutés en CSAPA sur une période de 11 ans, et différenciés en fonction du traitement de substitution reçu au cours du suivi : méthadone uniquement, buprénorphine haut dosage uniquement, les deux traitements. Les variables étudiées sont les données sociodémographiques, le fonctionnement social, les conduites addictives et les comorbidités psychiatriques.

Les résultats portent sur 829 patients : 432 sous méthadone (52 %), 284 sous buprénorphine (31,9 %) et 145 ayant reçu les deux traitements (16,1 %). Les patients recevant uniquement de la buprénorphine sont ceux les mieux insérés socio-professionnellement et ayant le moins recours à l'injection, conformément aux habitudes de prescriptions françaises. Les patients recevant uniquement de la méthadone présentent une insertion sociale intermédiaire et, contrairement aux

données de la littérature, moins de conduites polyaddictives et moins d'indicateurs de comorbidités psychiatriques. Les patients recevant les deux types de substitution présentent au début des soins une plus grande sévérité en termes d'insertion socioprofessionnelle, conduites addictives et indicateurs de comorbidités psychiatriques.

Au sein de cette dernière population plus difficile à stabiliser et présentant une plus grande sévérité clinique initiale, les modifications de traitement de substitution peuvent traduire des réalités cliniques différentes : ré-insertion socio-professionnelle, rechute, mésusage, ou difficultés en lien avec la présence de comorbidités psychiatriques, soulignant pour ces patients la nécessité d'une prise en charge adaptée.

**PO 302**  
**SYNDROME DE SEVRAGE AIGU SUITE À L'ARRÊT DU TRAMADOL POUR UN TRAITEMENT À VISÉE ANTALGIQUE DE COURTE DURÉE**

A. MARQUIS (1), T. JAVELOT (2), S. FELDER (1), J. GRANDIDIER (1), O. UBERSFELD (1), H. JAVELOT (3)

(1) *Maison Hospitalière de Baccarat, BACCARAT, FRANCE*  
 (2) *Centre Hospitalier Saint-Jean-de-Dieu, LYON, FRANCE*  
 (3) *Établissement Public de Santé Alsace Nord, BRUMATH, FRANCE*

Les cas de symptômes de sevrage suite à l'arrêt du tramadol se rencontrent régulièrement dans la littérature médicale, mais principalement après des traitements prolongés.

Mme M est une patiente âgée de 89 ans et bénéficie des traitements suivants depuis au moins 6 mois : mémantine 10 mg/j le matin, hydroxyzine 25 mg/j le soir, lactulose 10 g/15 ml, 1 sachet matin et soir et paroxétine 10 mg/j le matin. Mme M présente une maladie d'Alzheimer et des antécédents d'épisodes dépressifs. La patiente présente enfin une insuffisance rénale modérée (clairance de la créatinine à 39,4 ml/min). La patiente ne présente aucun antécédent d'addiction.

Fin décembre 2011, Mme M présente un furoncle douloureux sur la cuisse droite traité par un antalgique *per os*, le tramadol, à raison de 50 mg matin, midi et soir pendant 7 jours, la patiente étant douloureuse à la mobilisation de sa jambe. Environ 40 heures après la dernière prise de tramadol, Mme M présente le matin à 8 h des spasmes généralisés à type de mouvements cloniques sans hyperthermie. La patiente décrit sur l'ensemble de la journée des douleurs généralisées. Vers midi Mme M présente des vomissements et l'inconfort digestif ainsi que les douleurs abdominales persisteront jusqu'au soir. La patiente semble totalement rétablie le surlendemain.

Les symptômes présentés par la patiente sont fortement évocateurs d'un syndrome de sevrage. Les symptômes décrits précédemment et l'absence de rigidité musculaire, d'hyperthermie et de tachycardie font davantage supposer l'apparition d'un phénomène de sevrage plutôt qu'un éventuel syndrome sérotoninergique, que l'association à risque avec la paroxétine pourrait laisser envisager. Le décours temporel entre la fin du traitement et l'apparition des symptômes apparaît hautement compatible pour l'imputabilité du tramadol.

Le tramadol est connu comme potentiellement à risque pour le développement d'un syndrome de sevrage suite à l'arrêt d'un traitement prolongé. L'intérêt du cas présenté est lié à l'apparition d'un tel phénomène à la suite d'un traitement de courte durée, à une faible posologie et chez une patiente ne présentant pas d'antécédent d'addiction.

**PO 303**  
**RÉÉVALUATION DES PRESCRIPTIONS DE BENZODIAZÉPINES EN EHPAD : RÉSULTATS D'UN PROGRAMME MENÉ SUR 31 PATIENTS**

A. MARQUIS (1), T. JAVELOT (2), A.M. BO (1), D. BORA (1), S. FELDER (1), J. GARAT (1), J. GRANDIDIER (1), P. IYAPAH (1), O. UBERSFELD (1), H. JAVELOT (3)

(1) *Maison Hospitalière de Baccarat, BACCARAT, FRANCE*  
 (2) *Centre Hospitalier Saint-Jean-de-Dieu, LYON, FRANCE*  
 (3) *Établissement Public de Santé Alsace Nord, BRUMATH, FRANCE*

Les prescriptions chroniques de benzodiazépines et des molécules apparentées sont fréquentes dans la population générale et particulièrement en gériatrie. L'ARS lorraine a demandé en septembre 2011 une réévaluation des prescriptions de benzodiazépines en EHPAD. Nous présentons ici le travail qui a été réalisé dans notre établissement.

À l'initiative du pharmacien plusieurs stratégies de sevrage ont été proposées et une liste complète des patients dont les prescriptions de benzodiazépines devaient être réévaluées a été établie. Une évaluation était réalisée au bout de 4 mois et demi et 31 patients étaient concernés par cette politique de réévaluation des prescriptions. Lors de la réévaluation étaient considérées les prescriptions reconduites, les prescriptions arrêtées et les diminutions de posologie (incluant les cas des : diminutions effectives, arrêts d'un traitement si plusieurs benzodiazépines ou apparentées en prescription ou encore substitutions d'une benzodiazépine par une autre de demi-vie plus courte).

Parmi les 31 patients inclus dans notre étude tous présentaient cette prescription depuis plus d'un mois et 27 depuis plus de 6 mois. 29 patients ont été réévalués au bout de 4 mois et demi (un patient décédé, un autre transféré). Parmi les particularités des prescriptions on peut relever que : 4 patients recevaient plusieurs benzodiazépines ou apparentées, 22 benzodiazépines ou apparentées étaient à demi-vies courtes et 12 à demi-vies intermédiaires ou longues. À la date de la réévaluation 15 patients ont conservé la même prescription, 7 patients ont eu une diminution de posologie et enfin 7 patients ont vu leur traitement arrêté.

La majorité des modifications de prescriptions avec diminution de posologie ou arrêt de traitement (11 cas sur 14) s'est effectuée plus d'un mois avant la date de la réévaluation et n'ont pas nécessité de réajustement posologique ou de réintroduction de traitement.

Le programme de réévaluation des prescriptions de benzodiazépines a permis d'obtenir en 6 mois des résultats particulièrement encourageants puisque qu'environ la moitié des patients ont vu leur traitement soit diminué, soit arrêté. Ces premiers résultats méritent bien évidemment d'être réévalués à plus long terme.



**PO 304****JOUEURS EN HIPPODROME : ÉTUDE SUR L'IMPULSIVITÉ ET LES DISTORSIONS COGNITIVES**

L. ROMO (1), L. BARCELO (1), L. KERN (1), C. LUCAS (1), C. LEGAUFFRE (2), A. MORVANNOU (3), E. DE NICHOS (1), S. PLANTEY (1)

(1) Université Paris Ouest Nanterre La Défense, NANTERRE, FRANCE

(2) CHU Louis Mourier, COLOMBES, FRANCE

(3) Hôpital Marmottan, PARIS, FRANCE

L'objectif du travail est d'évaluer les liens entre la présence d'un problème de jeu de hasard et d'argent chez des joueurs d'hippodromes. Les travaux sur cette thématique sont rares. L'impulsivité ainsi que les distorsions cognitives représentent deux facteurs de risque de développer un problème de jeu.

Nous voulions analyser si ces dimensions étaient présentes, et de quelle façon, dans cette population.

Nous avons utilisé comme instruments d'évaluation un questionnaire sociodémographique, la GRCS (Gambling Related Cognition Scale), l'ICJE, Indice Canadien du jeu excessif, l'HAD (Échelle d'anxiété et dépression) et l'échelle UPPS, Impulsivity Behavior Scale.

100 joueurs ont participé, dont 67 % hommes, avec un âge moyen de 44,4 ans.

46 % étaient en couple et 36 % célibataires. Ils jouaient également à d'autres jeux comme le Rapido, le Bingo, des paris sportifs et jouaient dans des casinos.

L'étude a eu lieu en janvier et avril 2011.

Nous avons trouvé 18 % de joueurs à risque et 10 % de joueurs pathologiques (selon l'ICJE). Néanmoins, 91 % de l'échantillon ne pensent pas avoir un problème de jeu.

Nous avons trouvé des corrélations entre les sous échelles : biais d'interprétation et incapacité à arrêter de jouer avec l'échelle manque de persévérance de l'UPPS. D'autres résultats sont discutés.

**PO 305****EFFICACITÉ D'UNE PRISE EN CHARGE HOSPITALIÈRE POUR DES PATIENTS ALCOOLO-DÉPENDANTS SUR LE BIAIS ATTENTIONNEL : ÉVALUATION À L'AIDE D'UNE VERSION FRANÇAISE DU « ALCOHOL STROOP TEST »**

V. FLAUDIAS (1), I. DE CHAZERON (1), F. PLANCHE (2), J. BRUN (2), P.M. LLORCA (1), G. BROUSSE (1)

(1) Clermont Université, Université d'Auvergne, EA 7280 NPsy-Sydo, CLERMONT-FERRAND, FRANCE

(2) CHU Clermont-Ferrand, Pôle Psychiatrie B, CLERMONT-FERRAND, FRANCE

*Objectifs* : Les études précédentes ont montré chez des patients alcoolo-dépendants la présence d'un biais attentionnel (BA) envers les stimuli liés à leur addiction, ce qui peut être un facteur de rechute (1). Ce BA peut être évalué grâce au « Alcohol Stroop Test » (AST). Dans cette tâche, le patient doit dénommer la couleur d'un mot. Ce mot peut être relié sémantiquement à l'alcool, ou être neutre. Le BA est la différence des temps de réponses entre les mots liés à l'alcool

et neutres. Le but de notre étude était d'évaluer l'influence de la prise en charge hospitalière de ces patients sur le BA.

*Méthode* : Des patients ayant une dépendance à l'alcool (DSM IV) et admis pour traitement en unité spécialisée d'addictologie au CHU de Clermont Ferrand ont été recrutés ( $n = 42$ ). Le groupe contrôle était constitué de participants sans trouble addictif ni psychiatrique ( $n = 16$ ). Pour les patients, un groupe réalisait le test AST à leur admission ( $n = 19$ ), un deuxième groupe juste avant leur sortie d'hospitalisation ( $n = 23$ ).

*Résultats* : Les résultats ont montré un BA ( $M = 34$  ms,  $SD = 70,06$ ) uniquement pour les patients vus en admission ( $t(18) = 2,12$ ,  $p < .05$ ). De plus, le BA des patients entrant en hospitalisation est plus important que celui du groupe contrôle ( $M = 23$  ms,  $SD = 93,42$ ), lui-même plus important que celui des patients vus immédiatement avant leur sortie ( $M = -12$  ms,  $SD = 93,55$ ) ( $t(55) = -1,71$ ;  $p = .09$ ).

*Conclusions* : Bien que ces résultats ne soient que préliminaires, notre étude apporte des arguments en faveur de l'influence de la prise en charge hospitalière sur l'évolution du biais attentionnel et sur l'intérêt de l'évaluation des techniques thérapeutiques de l'addiction à l'alcool dans cette évolution.

**Référence**

1. Cox WM, Hogan LM, Kristian MR, Race JH. Alcohol attentional bias as a predictor of alcohol abusers' treatment outcome. Drug and alcohol dependence. 2002 ; 68 (3) : 237-243.

**PO 306****ESTIME DE SOI ET ADDICTION**

R. EL JARRAFI, A. ELMOUEFFEQ, M. ELKADIRI, M. SABIR, F. EL OMARI

Hôpital Ar-Razi, SALÉ-RABAT, MAROC

L'estime de soi est généralement définie comme l'évaluation globale de la valeur de soi en tant que personne, c'est-à-dire le degré de satisfaction de soi-même et se révèle être un besoin. Ainsi elle donne une tonalité affective à l'identité personnelle et à ce titre, elle est l'un des fondements de l'image de soi.

L'addiction, de son côté, est un fléau mondial qui gagne rapidement du terrain, elle est considérée par l'OMS comme un problème de santé publique. Si tous les milieux socio-économiques sont concernés, l'addiction génère une marginalisation des individus, les plongeant dans la précarité et, de ce fait, dans une situation d'exclusion sociale, majorée par des difficultés affectant l'image de soi chez ces usagers de drogues avec une quête de l'identité, entraînant ainsi une dépréciation et sous estime de soi.

*L'objectif* de notre étude est d'évaluer l'estime de soi chez nos usagers de drogues marocains et son impact sur la prise en charge.

*Méthodologie* : Notre étude réalisée au Centre National de Prévention et de Recherche de Toxicomanie à l'hôpital Ar-Razi à Salé cherchera à montrer les différents liens existant entre addictions et estime de soi évaluée à l'aide de l'échelle d'estime de soi de Rosenberg.

*Résultats* : En cours.

**Mots clés** : Addiction ; Estime de soi ; Marginalisation.

**PO 307**  
**DÉPENDANCE À INTERNET ET COMORBIDITÉ**  
**PSYCHIATRIQUE : REVUE DE LA LITTÉRATURE**

S. ARFAOUI, O. MEZIOU, A. BEN HOUIDI, H. ZALILA,  
 A. BOUSSETTA

*Razi, MANOUBA, TUNISIE*

*Introduction* : Avec l'évolution rapide de nouvelles technologies, l'addiction ou l'usage abusif d'internet est devenu un phénomène qui prend de l'ampleur. Or, il y a encore peu de données sur les patients qui consultent pour ce motif, notamment la sévérité du trouble, les comorbidités et l'évolution clinique.

*Objectif* : Étudier la prévalence de l'addiction à internet, ses aspects cliniques et psychopathologiques et relever les principaux troubles psychiatriques associés.

*Méthodologie* : Nous avons effectué une revue de la littérature sur la base de données Pubmed, utilisant les termes « internet » AND « addiction behaviour » AND « psychiatric disorders ».

*Résultats* : Une recension de la littérature montre que les prévalences de la cyberdépendance varient d'un pays à l'autre. Elle touche 6 % des internautes américains, 30 % des jeunes coréens de moins de 18 ans. Pour la France, l'Allemagne et la Suisse elle est de 1 à 2 %. On retrouverait parmi les dépendants à Internet un trouble de la personnalité dans 50 % des cas, avec une prépondérance de personnalité borderline (environ un quart), narcissique et antisociale. Des traits obsessionnels seraient aussi souvent présents. La phobie sociale figure également en tête de liste des troubles psychiatriques associés à la dépendance à Internet. En effet, la communication virtuelle réalise chez le phobique les rêves d'une relation sans contrainte, qu'il est libre d'interrompre dès qu'il le souhaite. Internet devient dans ce cas un faux remède et isole plus qu'il ne soigne. Le trouble déficit de l'attention avec hyperactivité serait aussi plus fréquemment retrouvé chez les internautes adolescents ayant tendance à passer un temps excessif sur Internet et notamment sur les jeux vidéo en réseau. Les troubles de l'humeur sont également retrouvés chez les internautes dépendants.

*Conclusion* : La cyberdépendance facilite l'expression et surtout l'aggravation de troubles latents. Elle rend ainsi difficile l'élaboration d'une thérapie standardisée, et nécessite la plupart du temps plusieurs traitements au long cours. À l'heure actuelle, le seul moyen efficace dont nous disposons pour lutter contre la cyberdépendance reste la prévention.

**PO 308**  
**TOXICOMANIE À LA BUPRÉNORPHINE**  
**HAUT DOSAGE OU SUBUTEX ET COMORBIDITÉ**  
**PSYCHIATRIQUE**

H. BEN AMMAR, I. CHAABANE, O. MOULA, A. BOUASKER,  
 R. GHACHEM

*Hôpital Razi, MANOUBA, TUNISIE*

La Buprénorphine Haut Dosage (BHD) ou Subutex® est une molécule agoniste-antagoniste morphinique indiquée dans le traitement substitutif des pharmacodépendances aux opia-

cés. En Tunisie, elle n'est ni autorisée, ni commercialisée, son utilisation a été détournée faisant l'objet de mésusage, d'abus et de toxicomanie chez certains jeunes consommateurs.

Nous avons mené une étude rétrospective sur un échantillon de 23 sujets dépendants à la BHD consultant pour la première fois à la consultation externe de l'hôpital Razi sur une période de six mois.

L'objectif de ce travail est de rechercher une comorbidité psychiatrique associée à la toxicomanie à la BHD en étayant le profil sociodémographique des sujets dépendants.

Notre échantillon est exclusivement masculin, d'âge moyen 32,13 ans. 87 % des toxicomanes étaient célibataires. Le niveau scolaire ne dépassant pas le primaire dans 65,2 % des cas. Plus que des deux tiers des patients (69,6 %) étaient au chômage. Le niveau socio-économique est jugé bas dans 82,6 % des cas. La notion d'émigration en Europe a été notée chez 39,1 % des sujets avec une durée moyenne du séjour de 4,66 ans. 82,6 % des patients ont des antécédents judiciaires. La poly toxicomanie a été notée chez la totalité de notre population. Tous des patients utilisaient la voie injectable. La dose moyenne journalière consommée est de 9,13 mg.

La comorbidité avec d'autres troubles psychiatriques est largement mise en évidence : plus de la moitié des toxicomanes (52,2 %) ont une personnalité antisociale, 8 % des cas avaient des antécédents de tentative de suicide. Un tiers de notre échantillon présentait un épisode dépressif majeur actuel dont plus de la moitié présentait un risque suicidaire. Des troubles psychotiques ont été notés chez trois patients.

Nos résultats reflètent la grande souffrance des toxicomanes à la BHD due essentiellement aux problèmes sociaux qui se compliquent par une comorbidité anxio-dépressive et un important risque suicidaire, et nous incitent à une prise en charge multidisciplinaire et à leur introduire une stratégie de réduction de risques liés à cette pratique.

**PO 309**  
**PHYSIOPATHOLOGIE DU SEVRAGE À L'ALCOOL :**  
**ÉTUDE DU RÔLE DU RÉCEPTEUR 5HT3 SUR LE PLAN**  
**COMPORTEMENTAL ET L'EXPRESSION PROTÉIQUE**  
**LORS DU SEVRAGE À L'ALCOOL CHEZ LE RAT**

M. SOUFIA, F. KAZOUR, C. WARD, S. RICHA, N. FARES

*Université Saint-Joseph, Faculté de Médecine. Laboratoire de recherche en physiologie et physiopathologie., BEYROUTH, LIBAN*

*Introduction* : Étant une substance qui interagit avec une multitude de neurotransmetteurs, l'alcool, ingéré de façon chronique, induit des modifications neurobiologiques responsables du syndrome de sevrage une fois la dépendance à l'alcool installée. Jusqu'à ce jour, la prise en charge du sevrage reste surtout le traitement symptomatique.

*Objectifs* : L'objectif primaire de ce travail est d'étudier le rôle du récepteur 5HT-3R dans la physiopathologie de la dépendance à l'alcool chez le rat et l'effet de l'ondansétron (antagoniste 5HT3) sur les symptômes de sevrage. Parmi les objectifs secondaires on cite : l'étude sur le plan comportemental des symptômes d'anxiété et de dépression ainsi que

la mesure de l'expression des récepteurs 5HT-3R, OPRD1, CRH1-R, du peptide CARTP et de l'IL-6.

**Méthode :** Administration intrapéritonéale pendant 11 j à 24 rats Wistar divisés en 3 groupes : 1<sup>er</sup> : 1,5 g d'éthanol par kg/j. 2<sup>e</sup> : 1,5 g d'éthanol par kg/j et 4 mg d'OND/kg/j de J5 à J11. 3<sup>e</sup> : solution saline. Au 12<sup>e</sup> jour : évaluation des symptômes anxieux par la durée de sorties à l'« Elevated Plus Maze » et des symptômes dépressifs au « Porsolt Swim Test ». Sacrifice des rats et quantification de l'expression du 5HT3R, OPRD1, CRH1R et CARTP par RT-PCR, de l'IL6 par ELISA et de l'expression du 5HT3R au niveau tissulaire cérébral.

**Résultats :** Dans le groupe ondansétron une réduction des symptômes anxieux ( $p = 0,05$ ) et dépressifs ( $p = 0,037$ ), une surexpression d'IL6 ( $p = 0,029$ ) et une sous-expression du gène OPRD1 ( $p = 0,005$ ) ont été retrouvées. Aucune différence n'a été retrouvée sur l'expression du CRH1R, CARTP et 5HT3R. L'étude anatomo-pathologique révèle un marquage positif des récepteurs 5HT3 similaire au niveau du cortex et du cervelet dans les 3 groupes avec la présence de cellules pyramidales géantes marquées dans les groupes Alcool et Alcool + Ondansétron.

**Conclusion :** Déjà utilisé comme médicament antiémétique, l'ondansétron, antagoniste 5HT3, semble être une molécule prometteuse dans le traitement du sevrage à l'alcool. Elle aurait comme effet de réduire les symptômes anxio-dépressifs du sevrage. Cependant plusieurs études sont encore nécessaires avant de pouvoir extrapoler ces résultats à l'homme et de voir cette molécule faire partie de notre arsenal thérapeutique.

### PO 310 PARCOURS DE SOIN DES PATIENTS DÉPENDANTS À LA BUPRÉNORPHINE À HAUT DOSAGE SUIVIS À LA CONSULTATION EXTERNE : À PROPOS DE 32 CAS

A. BELARBI, M. GUERMANI, O. MOULA, A. BOUASKER,  
R. GHACHEM

Hôpital Razi, TUNIS, TUNISIE

**Introduction :** Les discussions autour du renforcement du cadre de prescription et de la délivrance de la buprénorphine à haut dosage (Subutex®) insistent sur la nécessité d'une collaboration systématique et formalisée entre les différents intervenants de la santé.

**Objectif :** Décrire le parcours du soin des patients dépendants à la buprénorphine à haut dosage suivis à la consultation externe d'hôpital Razi.

**Méthodologie :** Une enquête rétrospective a été menée sur les dossiers des patients ayant consulté le service de la consultation externe d'hôpital Razi durant une période de 6 mois allant du mois de mars 2012 jusqu'au mois d'août 2012 et dont le diagnostic retenu était une dépendance à la buprénorphine à haut dosage. Nous avons utilisé une fiche préétablie contenant 40 items.

**Résultats :** Nous avons trouvé 23 patients dépendants à la buprénorphine à haut dosage. Tous étaient de sexe masculin. L'âge moyen était 32,13 ans  $\pm$  5,4, 82,6 % des consul-

tants avaient un faible niveau socio-économique et 78,3 % d'entre eux n'avaient pas une couverture sociale. 16 patients étaient des chômeurs. 82,6 % de nos consultants avaient des antécédents d'incarcérations. La durée de la consommation de la buprénorphine oscillait entre 2 et 168 mois. Les lieux de la procuration de cette molécule n'étaient précisés que par 26 % des consommateurs. Quant à leurs prises en charge précédant leurs consultations, 15 consultants n'avaient bénéficié d'aucune cure de désintoxication et 8 consultants avaient bénéficié d'1 à 2 cures. Par ailleurs, 78,3 % des patients déclaraient être motivés au sevrage. Pour ce qui est de la collaboration des médecins traitants, 10 patients soit 34 % de l'échantillon ont été adressés par des médecins généralistes du secteur public ou privé, 7 patients par des médecins spécialistes, 4 patients par les urgences et 2 par des psychiatres.

**Conclusion :** La prise en charge des patients dépendants à la buprénorphine à haut dosage dans notre pays est plutôt déficiente. Ces résultats plaident en faveur de la nécessité d'instauration de programme national de lutte contre les addictions. Différents niveaux doivent être visés, parmi lesquels, le développement d'un réseau de soin adéquat multidisciplinaire et accessible et le renforcement des formations médicales.

### PO 311 LIEN ENTRE ÉMOTION ET ADDICTION

B. TEFAHI (1), N. BOURBON (2), F. KACHA (2)

(1) EHS A. Errazi, ANNABA, ALGÉRIE

(2) EHS Mahfoud Boucebci, ALGER, ALGÉRIE

L'émotion est le résultat de l'interaction de facteurs subjectifs et objectifs réalisés par des systèmes neuronaux ou endocriniens, qui peuvent induire des sentiments de plaisir ou de déplaisir, des comportements expressifs et adaptatifs et générer des processus cognitifs.

La co-occurrence émotion (plaisir) et addiction aux substances psycho actives renvoie à l'effet hédonique due à la libération de dopamine dans le noyau accumbens aboutissant à des effets subjectifs agréables, ou à des effets aversifs ou bien à des effets motivationnels.

À travers cette intervention, nous illustrerons tous les paramètres neurobiologiques et neuro-anatomiques qui expliquent le lien entre l'émotion et l'addiction aux substances psycho actives.

**Mots clés :** Addiction ; Émotions ; Lien ; Neuro-anatomie ; Neurobiologie.

### PO 312 PROFIL SOCIO-PROFESSIONNEL ET PERSONNALITÉ DES USAGERS DE LA BUPRÉNORPHINE À HAUT DOSAGE EN CONSULTATION DE PSYCHIATRIE

I. CHAABANE, A. BEL ARBI, O. MOULA, A. BOUASKAR,  
R. GHACHEM

Hôpital Razi, MANOUBA, TUNISIE

**Introduction :** La buprénorphine à haut dosage (BHD) est une molécule utilisée comme traitement substitutif d'une addiction à l'héroïne. Son usage est parfois détourné dans but addictif. Le début de l'addiction est favorisé par la rencontre entre un produit, un contexte social et une personnalité prédisposée. Pour cela, la vie sociale et professionnelle ainsi que la personnalité des usagers de drogues, en particulier de la BHD est à évaluer.

**Objectif :** L'objectif de ce travail est de décrire les caractéristiques socio-démographiques ainsi que la personnalité des usagers de la BHD en consultation de psychiatrie de l'EPS Razi.

**Méthodologie :** Ce travail consiste en une étude rétrospective descriptive d'un échantillon de 23 patients ayant consulté au service de la consultation externe sur une période de 6 mois. Une fiche de recueil d'informations a été établie. Les résultats statistiques ont été étudiés par le logiciel SPSS.

**Résultats :** Les caractéristiques socio-démographiques des usagers sont : une exclusivité d'hommes (100 %), un âge moyen de 32,13 ans, un niveau socio-économique faible dans 82,6 % des cas, le niveau scolaire est peu important (60,9 % des cas s'arrêtent en primaire), 87 % des usagers sont célibataires, le lieu de résidence est urbain dans 91,3 % des cas. Plus de la moitié des usagers (69,6 %) n'ont pas d'activité professionnelle et 30,4 % sont actifs, aucun n'est scolarisé.

La notion de séjour à l'étranger est retrouvée dans 39,1 % des cas, l'Italie étant la première destination suivie par la France et l'Allemagne.

Une personnalité antisociale est retrouvée dans plus de la moitié des cas (52,2 %).

**Conclusion :** La toxicomanie au BHD constitue un problème de santé publique. En matière de prise en charge thérapeutique, qu'elle qu'en soit la modalité, une prise en charge multidisciplinaire est la règle. La dimension psychothérapeutique en demeure le pilier.

### **PO 313 ADDICTION À INTERNET ET TROUBLES PSYCHIATRIQUES**

R. HAOUA, I. JOHNSON, A. LABBENE, I. DERBEL,  
S. HAJERI, L. DELLAGI, K. TABBANE

*Service de Psychiatrie B. Hôpital Razi la Manouba, TUNIS,  
TUNISIE*

**Introduction :** Chez certains internautes, le web est plus qu'un simple mode de communication, de travail ou de distraction, devenant une dépendance. Depuis 1996, des critères diagnostiques de dépendance à Internet ou cyberaddiction ont été proposés. Ils reprennent les principaux symptômes de l'addiction : tendance à la perte de contrôle, temps important passé devant l'ordinateur, sentiment de manque ou même syndrome de sevrage en cas de déconnexion. Ce comportement addictif provoquerait des effets néfastes sur la santé mentale des internautes. Des études récentes estiment que 80 % des dépendants à Internet ont un trouble psychiatrique associé.

**Objectif :** Nous proposons de déterminer les troubles psychiatriques associés à l'addiction à Internet.

**Méthodologie :** Nous avons procédé à une revue de la littérature à partir de la base de données Medline des articles parus entre 1998 et 2012.

Mots-clés utilisés : « dépendance », « addiction », « internet », « cyberaddiction », « troubles psychiatriques ».

**Résultats :** Les troubles dépressifs et anxieux sont les comorbidités psychiatriques les plus fréquentes à la dépendance au web. Parmi les troubles anxieux, une mention particulière à la phobie sociale ou la communication virtuelle réalise chez le phobique les rêves d'une relation sans contraintes qu'il est libre d'interrompre dès qu'il le souhaite. Quant aux comorbidités addictives, les addictions aux substances psychoactives comme l'alcool et le cannabis sont fréquentes. D'autres types d'addictions comportementales se développent comme les jeux pathologiques (jeux d'argent en ligne), les achats pathologiques et les addictions au sexe (on-line). Les personnalités pathologiques le plus souvent associées à l'addiction à Internet sont les personnalités narcissique, borderline et antisociale.

**Conclusion :** Des études prospectives devraient déterminer les facteurs de risques sociodémographiques et étiopathogéniques prédisposant à la cyberaddiction. À l'heure actuelle, le retentissement psychique de la cyberdépendance demeure complexe à individualiser de ses causes.

### **PO 314 PHYSIOPATHOLOGIE DE LA DÉPENDANCE AUX PSYCHOSTIMULANTS : RÔLE DU RÉCEPTEUR 5HT3R ET DE SON ANTAGONISTE LORS DU SEVRAGE CHEZ LE RAT**

F. KAZOUR, M. SOUFIA, C. WARD, S. RICHA, N. FARES

*Laboratoire de recherche en physiologie et physiopathologie,  
Faculté de Médecine, Université Saint-Joseph, BEYROUTH,  
LIBAN*

**Introduction :** Peu de traitements sont disponibles pour le syndrome de sevrage à la dépendance aux psychostimulants. La physiopathologie de cette dépendance et le rôle du récepteur 5HT3R sont mal étudiés. L'objectif de cette étude est de comprendre le rôle du 5HT3R et de son antagonisme par Ondansetron (OND) dans le syndrome de sevrage au Méthylphénidate (MPH) chez le rat.

**Méthodes :** Administration intrapéritonéale (ip) à 3 groupes de rats Wistar pendant 11 j : 1<sup>er</sup> : 10 mg de MPH/kg/j. 2<sup>e</sup> : 10 mg de MPH/kg/j et 4 mg d'OND/kg/j les 7 derniers j. 3<sup>e</sup> : solution saline. Au 12<sup>e</sup> jour : évaluation des symptômes anxieux par la durée de sorties à l'« Elevated Plus Maze » (EPM) et des symptômes dépressifs au « Porsolt Swim Test » (PST). Sacrifice des rats et quantification de l'expression du 5HT3R par rqPCR et de son expression au niveau tissulaire dans le cerveau.

**Résultats :** Test PST : Le groupe contrôle a plus de comportements d'exploration (28,33 %) et moins d'immobilité (23,75 %) et de plus de nage (47,92 %) que les groupes MPH et MPH + OND (immobilité : 31,67 % et 28,7 %) (Nage : 38,33 % et 41,85 %) ( $p = 0,026$ ). Test EPM : Le groupe MPH + OND a plus de sorties dans les bras ouverts (3,56) que le groupe contrôle (2,25) et le groupe MPH (1,30) ( $p = 0,006$ ). Le groupe MPH + OND a des durées de sorties

plus longues dans les bras ouverts (68,82 s) que le groupe contrôle (37,88 s) et le groupe MPH (14,96 s) ( $p = 0,02$ ). La quantification de l'expression du gène 5HT3R par qPCR montre un niveau d'expression similaire entre les groupes contrôle, MPH, et MPH + OND. L'immunomarquage du 5HT3R est le plus intense dans le groupe contrôle et diminue d'intensité dans le groupe MPH, et encore plus dans le groupe MPH + OND.

*Discussion* : La prise de MPH ip induit des symptômes dépressifs au sevrage du type « impuissance apprise » (mesurés au PST), non réduits par la prise d'OND. L'OND réduit les symptômes anxieux du sevrage (mesurés à l'EPM) comparé aux groupes contrôle et MPH. Même si la quantification de l'expression du 5HT3R n'est pas différente entre les 3 groupes, la visualisation par immunomarquage de ce récepteur à la surface cellulaire, montre une diminution à la prise de MPH exacerbée par la prise concomitante d'OND, qui aurait pour effet d'internaliser ce récepteur à l'intérieur du neurone.

### PO 315 LES CONDUITES TABAGIQUES CHEZ LES ÉLÈVES DE L'ENSEIGNEMENT SECONDAIRE

H. BEN AICHA, F. ZAAFRANE, I. ELANES, S. MHALLAH,  
L. BEN AMOR, L. GAHA

*CHU Fattouma Bourguiba, MONASTIR, TUNISIE*

*Introduction* : L'étude de l'épidémiologie de l'usage tabagique et de ses facteurs associés sont un préalable nécessaire pour toute action de prévention.

*Objectifs* : Estimer la fréquence du tabagisme chez les jeunes élèves de Monastir, en décrire sa sévérité et en déterminer ses facteurs associés.

*Méthodologie* : Il s'agit d'une étude épidémiologique transversale descriptive sur un échantillon représentatif des élèves scolarisés dans la ville de Monastir ( $n = 986$ ).

Le recueil des données a été réalisé grâce à un auto-questionnaire explorant les données familiales et scolaires, les paramètres sociodémographiques, et les facteurs liés à l'usage tabagique.

*Résultats* : La moyenne d'âge de notre échantillon était de 15,7 ans.

Dans notre population, 26,8 % de jeunes avaient déjà essayé de fumer, 14,5 % étaient restés expérimentateurs et 12,3 % étaient des fumeurs réguliers (104 garçons et 17 filles).

La médiane d'ancienneté du tabagisme était de 2 ans, et la moyenne du nombre de cigarettes fumées par jour était de 9,6. Parmi les 121 fumeurs réguliers, 14,0 % étaient considérés comme très dépendants.

Le passage du statut de non-fumeur à expérimentateur puis à fumeur régulier dans notre échantillon était lié à l'âge.

Le seul facteur prédictif de la progression dans le tabagisme indépendant de l'âge que nous avons pu mettre en évidence était un score d'anxiété somatique élevé.

Les campagnes de prévention contre le tabagisme devraient s'appliquer à réduire au maximum la fréquence de l'expérimentation tabagique, accordant une attention particulière aux filles et visant prioritairement la promotion de la santé.

### PO 316 DÉPENDANCE TABAGIQUE ET ALEXITHYMIE

M. PIETRI, A. BONNET-SUARD

*Université d'Aix-Marseille, AIX-EN-PROVENCE, FRANCE*

Le tabagisme, comme cela a été observé dans les conduites à risques (Bonnet, 2003), serait un moyen de régulation des émotions. La conduite tabagique permettrait la maîtrise des émotions (Khantzian, 1993).

Dans le cas où l'alexithymie serait envisagée comme un facteur de vulnérabilité à la consommation de substances psychoactives (Pedinielli, 1992), l'objectif de notre travail est questionner le lien entre les troubles émotionnels telle que l'alexithymie et la dépendance à la nicotine, dans une approche cognitivo-émotionnelle. Nous émettons l'hypothèse que l'alexithymie pourrait constituer un facteur de vulnérabilité au développement du tabagisme. En adoptant une méthodologie quantitative, nous avons fait passer à 222 étudiants âgés de 19 à 56 ans (moyenne : 22,6 ; écart type : 5,13), les échelles suivantes : Test de Fragerström, TAS-20 (Loas, 1995) ; SWB (Diener, 1992) ; AIM (Larsen, 1984) ; HAD (Zigmond et Snaitz, 1983). Nous avons effectué des analyses descriptives et de régression multiple à l'aide du logiciel Statistica.

Les résultats indiquent que 65 % des sujets dépendants au tabac présentent une grande sensibilité à l'anxiété. Ils indiquent un lien significatif entre la dépendance à la nicotine et les scores à l'échelle d'alexithymie ( $R^2 = .406$  ;  $p = .035$ ) et plus particulièrement aux items d'identification des émotions ( $r = .557$  ;  $p = .01$ ). En revanche, concernant les items de description des émotions et de pensée orientée vers l'extérieur, il n'y a pas de lien significatif ( $p = .17$  ;  $p = .91$ ). La dépendance tabagique pourrait être expliquée par l'association de la difficulté d'identification des émotions et une disposition émotionnelle positive ( $R^2 = .32$  ;  $p = .035$ ) et négative ( $R^2 = .314$  ;  $p = .04$ ). Les sujets présentant une dépendance à la nicotine seraient dans l'incapacité d'identifier leurs émotions lorsqu'elles sont très intenses ( $R^2 = .34$  ;  $p = .028$ ).

L'absence de traitement cognitif des émotions entraînerait un désordre interne qui pousse au comportement tabagique, un recours à l'acte comme mode de résolution de l'état interne difficilement supportable (Bréjard et Bonnet, 2012). Le fumeur n'aurait qu'une perception relativement diffuse de ses émotions, où la consommation de cigarettes pourrait s'interpréter comme un aménagement face à l'anxiété.

### PO 317 DIMINUTION DE L'ACTIVITÉ DE LA PARAOXONASE : FACTEUR DE DÉPENDANCE AU TABAC ?

B. AMAMOU (1), A. MRAD (1), I. DHIFALLAH (2),  
Y. BOUATTOUR (2), D. HAJ MOUHAMED (2), F. NEFFATI (2),  
A. SRIHA (3), W. DOUKI (2), M. SOLTANI (3), M.F. NAJJAR (2),  
L. GAHA (1)

(1) *Laboratoire de Recherche LR05ES10 « vulnérabilité aux psychoses », Faculté de Médecine Monastir, Université de Monastir, MONASTIR, TUNISIE*

(2) *Laboratoire de Biochimie Toxicologie, CHU Fattouma Bourguiba, MONASTIR, TUNISIE*

(3) *Service de Médecine Préventive, CHU Fattouma Bourguiba, MONASTIR, TUNISIE*

**Introduction :** La paraoxonase (PON1) est une enzyme associée au HDL. Elle prévient l'oxydation des LDL et neutralise les phospholipides oxydés. Dans certaines études, le tabac se trouve associé à une diminution de l'activité de cette enzyme. Est-ce que cette diminution peut être liée à la dépendance tabagique ?

**Objectif :** L'objectif de notre étude était de déterminer la relation entre l'activité paraoxonase et la dépendance au tabac.

**Méthodes :** Il s'agit d'une étude prospective portant sur 60 fumeurs se présentant à la consultation de tabacologie au CHU de Monastir pour une aide au sevrage tabagique. La méthode cinétique a été utilisée pour doser l'activité de la PON1. La dépendance tabagique a été évaluée par le test de dépendance à la nicotine de Fagerström à 6 items ( $\leq 2$  : non dépendant ; 2-7 : dépendant) et le score de craving ( $\geq 4,6$  : dépendant). L'activité de la PON1 a été comparée entre deux groupes : dépendants et non dépendants selon les deux scores (craving et Fagerström).

**Résultats :** L'activité de la PON1 était significativement diminuée chez les fumeurs dont le score de Fagerström est  $\geq 7$  par rapport à ceux dont le score est  $\leq 2$  ( $169 \pm 155$  vs  $246 \pm 185$  UI/l ;  $p = 0,03$ ). Également, nous avons trouvé une diminution significative de l'activité de la PON1 chez les fumeurs ayant un score de craving  $\geq 4,6$  ( $160 \pm 139$  vs  $224 \pm 177$  ;  $p = 0,01$ ).

**Conclusion :** Nous avons trouvé une association significative entre la diminution de l'activité de la PON1 et la dépendance tabagique qu'elle soit évaluée par le score de Fagerström ou celui de craving. Ces résultats suggèrent que la diminution de l'activité de la PON1 pourrait être considérée comme un facteur de dépendance tabagique.

### **PO 318 FACTEURS ASSOCIÉS À LA DÉPENDANCE TABAGIQUE CHEZ LES PATIENTS SCHIZOPHRÈNES**

I. ANES, L. GASSAB, M. ELHAJ KHLIFA, F. ZAAFRANE,  
L. GAHA

*Hôpital Monastir, MONASTIR, TUNISIE*

**Introduction :** Le tabagisme est actuellement un des problèmes majeurs de santé publique, aussi bien dans les pays développés que dans les pays en développement. La conduite tabagique est encore plus fréquente parmi les sujets atteints de troubles mentaux. L'objectif de notre étude était d'évaluer les facteurs associés à la dépendance tabagique chez les patients schizophrènes.

**Matériel et méthodes :** Il s'agit d'une étude transversale, descriptive et analytique qui a concerné 50 patients schizophrènes tabagiques colligés à la consultation externe de psychiatrie de CHU Monastir pendant une période de deux mois. Nous avons évalué les caractéristiques sociodémographiques à l'aide d'une fiche pré-établie, les caractéristiques de la maladie à partir du dossier médical et le niveau de la dépendance tabagique à l'aide de l'échelle Fagerstrom.

**Résultat :** L'âge moyen de notre groupe était de 32,7 ans. Tout le groupe était de sexe masculin. Quarante malades (80 %) avaient une forte dépendance au tabac selon l'échelle de Fagerstrom. Les facteurs associés à la forte dépendance

tabagique étaient l'irrégularité professionnelle ( $p = 0,046$ ), le niveau socio-économique bas ( $p = 0,016$ ), le tabagisme chez un parent de premier degré ( $p = 0,001$ ), et le traitement par un neuroleptique classique. Il n'y avait pas d'association entre la forte dépendance tabagique et le célibat ( $p = 0,492$ ), et la forme clinique de la schizophrénie ( $p = 0,06$ ).

**Conclusion :** Les facteurs associés à la forte dépendance tabagique chez les schizophrènes seraient d'ordre social, thérapeutique et génétique. La connaissance de ces facteurs serait utile dans les stratégies de prévention et sevrage tabagique.

### **PO 319 PROFIL PSYCHOPATHOLOGIQUE DES PATIENTS HOSPITALISÉS DANS LE CENTRE NATIONAL DE TRAITEMENT, DE PRÉVENTION ET DE RECHERCHES EN ADDICTIONS (CNTPRA), HÔPITAL ARRAZI, SALÉ, MAROC**

H. EL MAJDOUB, S. IDBARKA, W. JELLOULI, F. EL OMARI

*Hôpital Universitaire Psychiatrique Arrazi, SALÉ, MAROC*

**Introduction :** Les conduites addictives regroupent les addictions aux substances psycho-actives et les addictions comportementales. Quelles que soient les modalités d'usage, les addictions sont en augmentation croissante et s'associent souvent à des troubles psychiatriques. La comorbidité peut atteindre jusqu'à 70 % des cas.

Les troubles psychiatriques peuvent engendrer ou compliquer certaines addictions (surtout aux substances psycho-actives) et *vice versa*. Dans tous les cas, la prise en charge des addictions passe essentiellement par la recherche et le traitement d'une éventuelle co-morbidité psychiatrique.

**Objectif de l'étude :** Notre travail vise à décrire le profil psychopathologique des patients hospitalisés au niveau du CNTPRA.

**Méthodologie :** C'est une enquête descriptive qui vise à étudier le profil psychopathologique des patients hospitalisés au niveau du CNTPRA de l'Hôpital Universitaire Psychiatrique Arrazi de Salé, sur une période d'un an, du 1<sup>er</sup> janvier 2012 au 31 décembre 2012 (240 patients recensés du 1<sup>er</sup> janvier 2012 au 16 novembre 2012), à travers l'utilisation d'une fiche d'exploitation anonyme remplie à partir des dossiers médicaux, regroupant les données sociodémographiques, les antécédents, le type d'addiction, les modalités d'usage et l'évaluation de la psychopathologie en se référant aux critères diagnostiques DSM IV.

**Résultats :** En cours.

**Mots clés :** Addictions ; Psychopathologie ; Substances psycho-actives ; Troubles psychiatriques.

### **PO 320 LE SNIFFING DE LA COLLE ET MANIFESTATIONS PSYCHIATRIQUES**

A. BEN HOUIDI, R. JOMLI, S. ARFAOUI, W. LASSOUED,  
A. LABBENE, F. NACEF

*Hôpital Razi, MANOUBA, TUNISIE*

**Introduction :** Le sniffing de la colle est une conduite répandue chez les jeunes adolescents. Contrairement aux pays industrialisés cette pratique demeure fréquente dans les pays émergents comme c'est le cas en Tunisie. Les constatations cliniques montrent que l'usage chronique de cette substance altère le système nerveux central et pourrait induire des troubles psychiatriques.

**L'objectif :** Identifier les manifestations psychiatriques induites par l'addiction à la colle à travers un cas clinique et une revue de la littérature.

**Méthode et résultat :** Mr R S est âgé de 18 ans, scolarisé jusqu'en 3<sup>e</sup> année primaire pour cause de pauvreté de ses parents. Il présente un abus de substances, sniffant de la colle sous différentes formes de façon quotidienne depuis l'âge de 15 ans, et consommant occasionnellement d'autres substances psychoactives. Il a été hospitalisé en psychiatrie pour des troubles graves du comportement évoluant depuis 2 mois. À l'examen il présentait un syndrome délirant riche flou mal systématisé, à thématique multiple, un syndrome dissociatif associé à un état d'excitation psychomotrice. La tomographie cérébrale et l'électroencéphalogramme n'ont pas objectivé d'anomalies. L'électromyogramme a mis en évidence une polyneuropathie sensitivo-motrice axonale des membres inférieurs. Le diagnostic d'un trouble psychotique induit par la consommation de la colle a été retenu. Le patient a été mis sous olanzapine 20 mg par jour. Le nettoyage du tableau psychotique n'a été obtenu qu'au bout de 2 mois d'hospitalisation, avec une stabilisation sur le plan moteur, un enkystement du délire, mais persistance d'une désorganisation dans le discours et le comportement laissant apparaître des troubles cognitifs et une dégradation dans l'élaboration mentale. Une évaluation ultérieure des fonctions cognitives du patient a mis en évidence une altération de la mémoire, un trouble de l'attention, ainsi qu'une altération de la capacité du jugement, et un manque d'autonomie par rapport à l'environnement.

**Conclusion :** L'addiction à la colle est un phénomène souvent banalisé. Les séquelles neurologiques sont lourdes et souvent irréversibles. Les cas de psychoses induites répondent mal au traitement et aggravent le pronostic fonctionnel des patients.

### **PO 321 LES CONDUITES ALCOOLIQUES EN MILIEU HÔTELIER**

B. AMAMOU, M.W. KRIR, A. MANSOURI, F. ZAAFRANE,  
L. GAHA

*Laboratoire de Recherche LR05ES10 « vulnérabilité aux psychoses », Faculté de Médecine Monastir, Université de Monastir, MONASTIR, TUNISIE*

**Introduction :** L'alcoolisme constitue une conduite pathologique complexe de déterminisme bio-psycho-social. Le milieu hôtelier est décrit comme étant un milieu à risque de consommation d'alcool, en raison des caractéristiques du milieu et ses charges physique et mentale.

**Objectif :** Calculer la prévalence des différents comportements de consommation d'alcool dans le secteur hôtelier.

**Méthode :** Étude transversale descriptive auprès de 220 agents non administratifs de six hôtels de la ville de Monastir. L'évaluation a consisté en la passation d'un questionnaire préétabli explorant les données sociodémographiques et l'usage d'autres substances psychoactives, et du MINI pour le diagnostic de la conduite alcoolique.

**Résultats :** La prévalence sur une année de la consommation d'alcool était élevée : l'usage simple a concerné 25 % des cas, l'abus a intéressé 15,9 % des cas et la dépendance a touché 12,3 % des cas. L'usage pathologique de l'alcool intéressait : 39,7 % des barmans, 32,6 % des animateurs et 26,5 % des restaurateurs.

L'alcool était utilisé dans le cadre d'une poly intoxication, en association avec d'autres substances psychoactives et notamment le tabac (84,6 %), le café (90,6 %) et le thé (89,7 %).

**Conclusion :** Au vu de ces taux de prévalence élevés, le contexte professionnel semble influencer le désir et les occasions de boire. La consommation pathologique de boissons alcoolisées en milieu hôtelier devrait ainsi constituer une préoccupation de santé publique, justifiant une prévention et une organisation des soins.

### **PO 322 PRESCRIPTION DES BENZODIAZÉPINES DANS LA SCHIZOPHRÉNIE : ENTRE THÉORIE ET PRATIQUE**

A. BEN HMIDA, W. CHRIF, N. BANNOUR, L. CHANNOUFI,  
M. CHEOUR, S. ELLINI

*Hôpital Razi, MANOUBA, TUNISIE*

**Introduction :** Depuis l'avènement des psychotropes, le traitement de la schizophrénie a connu un grand remaniement. Plusieurs alternatives thérapeutiques se sont offertes aux psychiatres, mais l'association de neuroleptiques de différentes classes a été la plus courante.

De nos jours, cette association est de plus en plus controversée et il est devenu d'usage de remplacer un antipsychotique par une benzodiazépine afin d'obtenir une action anxiolytique ou sédatrice.

**Objectifs :** Déterminer les habitudes de prescription des benzodiazépines dans la schizophrénie en pratique courante.

Comparer ces habitudes avec les dernières données de la littérature.

**Matériel et Méthode :** Il s'agit d'une étude descriptive et transversale, portant sur 40 patients hospitalisés dans le service de psychiatrie E de l'hôpital Razi pour schizophrénie (selon les critères du DSM IV).

L'analyse statistique a été réalisée par le logiciel SPSS dans sa version 11.

**Résultats :** L'âge moyen était égal à 42 ans.

Le sex-ratio était de 2/3.

72 % des sujets avaient une schizophrénie type indifférenciée.

82 % des patients étaient sous benzodiazépines.

La molécule la plus prescrite était le lorazépam dont la dose moyenne était 5 mg.

La durée de prescription des benzodiazépines dépassait de loin 12 semaines.

**Conclusion :** L'association benzodiazépine-neuroleptique a au moins un double intérêt : diminuer la posologie des neuroleptiques, en diminuer certains effets indésirables et contribuer à nouer une bonne relation médecin-malade garant d'une bonne observation thérapeutique.

La prescription des benzodiazépines dans la schizophrénie doit ainsi être mûrement réfléchi et adaptée au cas par cas.

### PO 323

#### MÉTHADONE ET COGNITION : RÉSULTATS DE 50 ANS DE RECHERCHE

B. HALLAB (1), N. KADRI (1), S. BERRADA (2)

(1) Centre Psychiatrique Universitaire, CASABLANCA, MAROC  
(2) Centre d'Addictologie de Casablanca, CASABLANCA, MAROC

Bien qu'il existe une importante littérature montrant des avantages significatifs associés à des traitements de substitution, il existe des preuves récentes indiquant que la prescription de méthadone peut être responsable de déficits neurocognitifs.

L'objectif de cette étude est de réaliser une revue bibliographique permettant le suivi des essais cliniques en terme d'impact du traitement de substitution à la méthadone sur les fonctions cognitives en interrogeant les bases de données bibliographiques : pubmed, medline, scopus et autres..., depuis l'année 1975 jusqu'à l'année 2011.

La recherche a identifié douze études qui explorent spécifiquement le sujet sur 850 études. Sur les douze études sélectionnées, neuf études ont évalué l'impact du traitement d'entretien à la méthadone chez l'homme, et trois études ont été réalisées chez des rats ou des souris de laboratoire.

Ainsi chez l'homme, des études ont objectivé une déficience des fonctions cognitives chez les patients sous méthadone par rapport aux sujets contrôles. D'autres études ont rapporté que le traitement à la méthadone par lui-même peut conduire à des déficits au-delà de ceux associés à un abus chronique d'opiacés.

De récentes recherches se concentrent sur la possibilité d'une amélioration des performances cognitives sous traitement de substitution au long cours.

Chez la souris et le rat, les études ont démontré que l'administration à court et à long terme de méthadone peut affecter la mémoire de travail.

La revue bibliographique a noté plusieurs lacunes dans la méthodologie des études sélectionnées.

### PO 324

#### FACTEURS DE RISQUE DE CONSOMMATION DE SUBSTANCES PSYCHO ACTIVES CHEZ L'ADOLESCENT

A. BEKKOUCHE, A. BOULEDROUA, A. BOULEÇANE

EHS A/Errazi, ANNABA, ALGÉRIE

**Introduction :** Près de 20 % des adolescents consommateurs de substances psycho actives deviennent consommateurs abusifs ou dépendants à l'âge adulte. À la fin de l'adoles-

cence, la prévalence des consommations abusives ou de la dépendance est comparable à celle observée chez l'adulte : la dépendance s'installe au moment de l'adolescence.

**Objectif :** Rechercher sur un échantillon d'adolescents, les facteurs de risque favorisant la consommation de substances psycho actives.

**Méthodologie :** Enquête épidémiologique descriptive transversale sur un échantillon de 200 adolescents âgés entre 12 et 22 ans (âge moyen 16 ans) scolarisés dans deux lycées et deux CEM de la ville d'Annaba situés dans des quartiers de niveaux socio-économiques différents, à l'aide d'un auto-questionnaire anonyme facile à remplir par tous.

**Résultats :** On note une forte prévalence de la consommation de substances psycho actives (spa) : presque la moitié (45 %) des adolescents ont déclaré avoir consommé une spa au moins une fois durant leur vie. Quels sont les facteurs de risque ? Le sexe : avec une nette prédominance masculine (83 % des cas). La précocité de la consommation. Cela commence généralement par le tabac, pour aller ensuite vers n'importe quel type de substance. La consommation de tabac multiplie par 9 la probabilité d'expérimentation d'une drogue illicite. La qualité des premières expériences joue aussi : si ces expériences apportent une sensation agréable à l'enfant – plaisir, anxiolyse, mieux-être il va tenter de les renouveler. Les troubles des conduites favorisent et accélèrent la survenue d'un abus ou d'une dépendance. Un trouble anxieux ou dépressif précoce multiplie par deux le risque de dépendance. La recherche de sensations, la recherche de nouveautés sont des facteurs de risque.

### PO 325

#### ÉTUDE RÉTROSPECTIVE POUR DÉMONTRER QUE LA PRESCRIPTION DE BACLOFÈNE À UNE DOSE COMPRISE ENTRE 3 ET 5 MG/KG/JOUR ABOUTIT À UNE INDIFFÉRENCE TOTALE À L'ALCOOL CHEZ L'ALCOOLIQUE DÉPENDANT

S. LUNACEK

Psychiatre libéral, CANNES, FRANCE

**Postulat :** Le Baclofène est efficace à plus de 80 % dans une fourchette comprise entre 3 et 5 mg/kg/j.

**Paramètres recueillis :** Âge/sexe/poids/taille/IMC/type d'alcool jour et quantité consommée sur plus de 3 mois/équivalence en grammes par jour/dose maximum quotidienne de baclofène atteinte/impression globale du patient sur l'indifférence à l'alcool à la dose max atteinte en %/motivation du patient pour abstinence avant traitement (en pourcentage 0 à 100 %) /résultats sur l'indifférence recueillie par le patient en % consommation résiduelle ou abstinence totale.

**Interprétation des résultats et applications possibles :** Les résultats sont très encourageants lorsque la prescription reste dans la fourchette théorique de 3 à 5 mg/kilo/j. Les échecs thérapeutiques sont liés à une dose inférieure à 3 mg/kg par jour.

50 dossiers actuellement, le but étant d'étendre cette observation au plus grand nombre de cas (objectif 250 à 500 dossiers) en diffusant la grille d'évaluation aux prescripteurs.



Recueil des données et traitement des informations en collaboration avec le CHU de Nice.

Le fait de fixer une fourchette thérapeutique théorique permet au prescripteur et au patient d'atteindre de meilleurs résultats. Cette grille permettra de pouvoir utiliser en pratique et au mieux le baclofène.

### PO 326 QUEL TEMPS CHEZ L'ABSTINENT

A. EON, Y. ANDRUETAN

*HIA Sainte-Anne, TOULON, FRANCE*

Le temps vécu par le sujet alcoolique est souvent schématisé comme « un temps circulaire » oscillant entre un besoin et la satisfaction de ce besoin. Ce temps clos, suspendu, s'oppose au Tempus : au temps qui passe.

Après le sevrage, lorsque l'alcool ne fait plus partie du quotidien du sujet et que le besoin impérieux se fait moins ressentir, ce temps suspendu n'est plus...

Quelle temporalité est vécue et perçue par le sujet abstiné ? L'ivresse permettait à l'individu de se détacher du temps qui passe, le faisait vivre dans l'instant, dans l'immédiateté. Cette ivresse n'est plus qu'un douloureux souvenir. Le sujet se voit renvoyé à un temps linéaire, composé d'un passé, d'un présent et d'un futur. Mais que faire d'un passé ramenant le sujet à son expérience addictive ? Comment appréhender un présent terne, souvent vide d'activités, mais aussi vide de sens ? Comment se projeter dans un avenir qui leur paraît incertain ? Permettre au sujet abstiné d'appréhender cette nouvelle temporalité, l'aider à se réinscrire dans un temps social sont des étapes indispensables dans l'accompagnement de nos patients.

### PO 327 VITAMINE B1 DANS L'ALCOOLO-DÉPENDANCE : REVUE DE LA LITTÉRATURE

A. DERVAUX (1), V. HÉDOUIN-LANDEL (2), X. LAQUEILLE (1)

(1) *Centre Hospitalier Sainte-Anne, PARIS, FRANCE*

(2) *Centre Hospitalier du Havre, LE HAVRE, FRANCE*

*Contexte* : Les carences en thiamine (vitamine B1) sont très fréquentes chez les patients alcoolodépendants. Un déséquilibre nutritionnel de 2 ou 3 semaines peut suffire pour entraîner un déficit en thiamine, induisant notamment des atteintes neurologiques (polyneuropathies périphériques, encéphalopathie de Gayet-Wernicke, syndrome de Korsakoff...).

Une revue Cochrane de 2004 a conclu qu'il existait peu d'études randomisées contrôlées évaluant l'efficacité de la thiamine dans les carences liées à l'alcoolodépendance, permettant de guider les cliniciens sur les dosages, voies d'administration, fréquence et durées des traitements en thiamine. L'objectif de cette revue de la littérature était d'actualiser la revue Cochrane de 2004.

*Méthodes* : Revue de la littérature par Medline.

*Résultats* : Actuellement, les recommandations restent toujours fondées sur des pratiques cliniques empiriques et des

avis d'experts (Soyka 2008). Les troubles cognitifs chez les patients alcoolodépendants sont fréquents, ainsi que les encéphalopathies de Gayet-Wernicke, mais sous diagnostiqués et sous traités (Pitel 2008 ; Harper 2009 ; Vetreno 2011). Ils justifient l'administration systématique de thiamine (Pitel 2011). L'encéphalopathie de Gayet-Wernicke doit être traitée par thiamine parentérale, de 200 à 500 mg trois fois par jour minimum pendant 2-3 jours, puis 250 mg par jour minimum par jour, l'absorption intestinale de thiamine d'un sujet alcoolodépendant correspondant seulement à 30 % de celle d'un sujet sain (Thompson 2002 ; Sechi & Serra 2007 ; Ward 2009 ; Galvin 2010 ; Thomson 2012). Les sujets à risque devraient recevoir 250 à 500 mg de thiamine par jour. Des études pharmacocinétiques ont suggéré une meilleure pénétration cérébrale de la thiamine en deux ou trois prises quotidiennes, la demi-vie de la thiamine libre dans le sang étant de 96 minutes. L'administration de sérum glucosé chez un patient alcoolodépendant doit être systématiquement associé à de la vitamine B1 par voie parentérale, à une dose de 200 mg par jour minimum (Soyka 2008 ; Galvin 2010). Les effets indésirables, notamment allergiques, de la voie parentérale sont rares (Thomson 2002).

*Conclusions* : Des études complémentaires randomisées sont encore nécessaires dans les carences en thiamine de l'alcoolodépendance.

### PO 328 COMORBIDITÉ PSYCHIATRIQUE DES CONDUITES ALCOOLIQUES EN MILIEU HÔTELIER

M.W. KRIR, B. AMAMOU, L. BEN AMOR, A. MANSOURI,  
A. MRAD, A. MECHRI, F. ZAAFRANE, L. GAHA

*CHU Fattouma Bourguiba, MONASTIR, TUNISIE*

*Objectif* : L'objectif de notre travail était de calculer la prévalence des différents comportements de consommation d'alcool et d'en estimer la comorbidité psychiatrique.

*Méthodologie* : Il s'agit d'une étude descriptive transversale réalisée auprès de 220 agents d'hôtellerie, travaillant dans la région de Monastir.

Le recueil des données s'est fait par une fiche préétablie comportant les données sociodémographiques et cliniques.

L'évaluation était réalisée par la passation du MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview), explorant le type de la conduite alcoolique et la morbidité psychiatrique associée.

*Résultats* : La prévalence des comportements de consommation d'alcool était élevée : 53,2 % (usage simple dans 25 % des cas, dépendance dans 12,3 % des cas et abus dans 15,9 % des cas).

Les troubles de l'humeur étaient plus fréquemment rencontrés chez les consommateurs d'alcool (12,8 % *versus* 5,8 %) et la dépendance alcoolique était significativement associée aux troubles dépressifs.

Les troubles anxieux étaient significativement associés à l'usage d'alcool (47 % *versus* 24,3 %). En cas de dépendance alcoolique, un trouble anxieux était constaté chez 81,5 % de l'échantillon : il s'agissait surtout de trouble anxieux généralisé (66,7 %), trouble panique (44,4 %) et phobie sociale (29,6 %).

Enfin, l'association entre troubles psychotiques et consommation d'alcool était faible ne concernant que 4,2 % des consommateurs d'alcool.

**Conclusion :** Ces consommations pathologiques de boissons alcoolisées, en milieu hôtelier devraient constituer une préoccupation majeure de santé publique, justifiant une prévention et une organisation des soins dont le médecin du travail est le pivot.

### PO 329

#### **ŒDIPISME : ENTRE MYTHE ET RÉALITÉ (À PROPOS DE 2 CAS)**

N. ESSID, B. BEN MOHAMED, I. BEN ROMDHANE,  
I. MARRAG, L. ZARROUK, M. NASSR

*EPS Tahar Sfar, MAHDIA, TUNISIE*

**Introduction :** L'œdipisme est un terme utilisé pour désigner l'acte d'auto-énucléation. C'est un phénomène qui par sa cruauté ne peut qu'être rattaché aux mythes. Pourtant, plusieurs cas d'œdipisme ont été rapportés dans la littérature et ce notamment chez les patients psychotiques. En Tunisie, aucun cas d'auto-énucléation n'a été jusque-là décrit.

**Objectif :** Nous rapportons l'état actuel des connaissances sur l'œdipisme.

**Méthodologie :** Nous rapportons 2 cas cliniques d'œdipisme incomplet avec automutilation sévère des yeux sans énucléation proprement dite. Nous essaierons d'identifier les caractéristiques cliniques et psychopathologiques relevées aussi bien chez nos patients que chez ceux décrits dans la littérature.

**Vignettes cliniques :** 1<sup>er</sup> cas : Il s'agit de M. HM âgé de 35 ans, suivi pour schizophrénie et antécédent d'une tentative de suicide par électrocution. Il a commis une automutilation bilatérale des yeux avec ses propres mains. L'acte a été sous-tendu par un délire à thématique religieuse et de possession, associé à un automatisme mental. Il a causé une cécité bilatérale. Le traitement psychiatrique a nécessité le recours à une association électro convulsivothérapie et clozapine.

2<sup>e</sup> cas : Il s'agit de M. DM âgé de 35 ans, suivi pour schizophrénie avec antécédents de deux tentatives de suicide. Il s'est automutilé les yeux avec les mains dans le cadre d'un délire de possession associé à des injonctions hallucinatoires. L'acte a causé une cécité unilatérale. Le patient a été traité par une association de deux antipsychotiques.

**Conclusion :** L'œdipisme est un acte rare. Sa survenue ne dépend pas d'une culture spécifique. Il est le plus souvent rattaché à un délire religieux et de possession démoniaque. Cet acte témoigne aussi bien de la sévérité de la maladie que de la résistance thérapeutique.

### PO 330

#### **SUJET ÂGÉ ET VIOLENCE EN MILIEU PSYCHIATRIQUE**

H. BOUJEMLA, S. ELLINI, F. ELLOUZE, K. BEN SALAH,  
H. AMRI, M.F. MRAD

*Hôpital Razi, LA MANOUBA, TUNISIE*

**Introduction :** Peu de travaux scientifiques sont consacrés à l'étude de la violence chez les malades mentaux âgés.

L'objectif de notre étude est de dégager les caractéristiques sociodémographiques et cliniques des sujets âgés, hospitalisés pour un acte de violence et de proposer des mesures préventives et thérapeutiques de la violence chez ces patients.

**Matériel et méthode :** Il s'agit d'une étude rétrospective, descriptive portant sur 30 patients dont l'âge est supérieur ou égal à 65 ans et ayant été hospitalisés au service de psychiatrie « G » de l'hôpital Razi entre 2008 et 2010 avec comme motif d'hospitalisation, l'exercice d'une violence physique.

**Résultats :** Il ressort que notre population était à prédominance masculine avec un sex-ratio de 2,33 et l'âge moyen était de 69,3 ans. Ils ont pour la majorité un faible niveau socio-économique (53 %) ainsi qu'un faible niveau scolaire (76,6 %) et étaient mariés dans 67 % des cas. 53,4 % des patients avaient des pathologies somatiques associées et des antécédents psychiatriques familiaux ont été retrouvés chez 26 % d'entre eux.

Le diagnostic de schizophrénie était retrouvé chez 33,3 % des sujets, suivi par la démence (26,7 %), les troubles délirants de type persécution (13,3 %). 16,7 % des patients avaient un trouble de l'humeur, 6,7 % un trouble de l'adaptation, et enfin dans 3,3 % des cas le diagnostic de trouble psychotique non spécifié a été retenu.

Chez 36,7 % des patients le geste de violence était une récidive. Le geste de violence était sous-tendu par des idées délirantes de persécution (42 %) et des troubles du jugement (26,3 %). L'acte d'hétéroagressivité était intrafamilial chez 67 % de nos patients.

### PO 331

#### **SYNDROME D'ASPERGER ET CRIMINALITÉ : DÉPISTAGE DES DÉTENUS DE LA MAISON CENTRALE D'ENSISHEIM**

C. JANTZI (1), C. SCHAAL (2)

*(1) Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, STRASBOURG, FRANCE*

*(2) Centre Hospitalier de Rouffach, ROUFFACH, FRANCE*

**Introduction :** Les individus présentant un syndrome d'Asperger souffrent de dysfonctionnements sur le plan des interactions sociales.

Ces perturbations des habiletés sociales peuvent entraîner des situations conflictuelles, une agressivité ou des conduites antisociales. Certains émettent l'hypothèse qu'une mauvaise capacité d'analyse des situations sociales et un manque d'empathie seraient à l'origine de ces troubles des conduites.

Les études concernant le pourcentage de personnes incarcérées présentant un trouble du spectre autistique sont rares, et contradictoires. Aucune ne porte spécifiquement sur les détenus de maison centrale dont le profil pénal est particulier de par la longueur des peines et la gravité des faits criminels.

**Objectif :** Effectuer un screening de dépistage du syndrome d'Asperger chez les détenus de maison centrale, dans l'optique de réaliser une étude multicentrique française sur le sujet, en cas de résultats favorables.

**Méthode :** Nous avons proposé un test de dépistage des troubles du spectre autistique à 196 détenus de la maison centrale d'Ensisheim. Nous avons choisi le Quotient Autistique qui comporte 50 questions portant sur des sujets comme la vie quotidienne, les affects ou l'imaginaire.

**Résultats :** Après information, 40 détenus ont accepté de répondre à cette enquête.

4 ont obtenu un score nettement positif c'est-à-dire supérieur à 32.

4 autres ont obtenu un score intermédiaire mais supérieur à la normale c'est-à-dire entre 27 et 31.

Ainsi le pourcentage de sujets présentant un test de dépistage positif pour le syndrome d'Asperger était de 10 %, pourcentage beaucoup plus élevé que dans la population générale où celui-ci est compris entre 0,6 et 3 % selon les études.

**Conclusion :** Aucune étude portant sur l'épidémiologie du syndrome d'Asperger dans les prisons françaises n'a été publiée à ce jour, nos résultats tendent pourtant à montrer que cette population serait surreprésentée chez les détenus condamnés à de longues peines. Des études multicentriques seraient nécessaires en France afin d'approfondir ce sujet. Cela permettrait d'orienter la thérapie de certains patients sous injonction de soins et d'éclairer la pratique de l'expertise psychiatrique dans les affaires criminelles.

### PO 332 PEUT-ON PRÉDIRE LE RISQUE DE VIOLENCE INSTITUTIONNELLE ? INTÉRÊT DE L'APPROCHE ACTUARIELLE

I. BOUANENE (1), I. BOUANENE (2), H. BERGAOUI (2),  
M. HADJ AMMAR (2), K. BEN SALEM (2)

(1) Centre Hospitalier René Dubos, PONTOISE, FRANCE  
(2) Faculté de Médecine de Monastir, MONASTIR, TUNISIE

**Introduction :** L'évaluation du risque de violence en milieu institutionnel constitue une préoccupation majeure des professionnels de la santé mentale. De nombreux instruments ont été développés dans le but d'augmenter la précision de la prédiction de ce risque, dont la Violence Risk Appraisal Guide (VRAG) qui représente l'instrument le plus utilisé pour l'évaluation du risque de violence et qui aborde le risque violent selon une approche actuarielle fondée sur un processus algorithmique décisionnel qui tient compte d'une combinaison statistique pour estimer la probabilité de violence future.

**Objectif :** Étudier la validité prédictive de la Violence Risk Appraisal Guide (VRAG).

**Méthodes :** C'est une étude prospective réalisée durant quatre mois auprès de tous les malades admis au service de psychiatrie du CHU de Mahdia en Tunisie sous le mode d'hospitalisation d'office ordinaire (HO). Le critère de jugement « violence institutionnelle » a été défini par la survenue d'au moins une agression physique contre un malade ou un soignant et/ou tout comportement ayant nécessité le recours à une contention physique durant le séjour à l'hôpital. L'évaluation de la validité prédictive de la VRAG a été faite par l'analyse ROC « Receiver Operating Characteristic » avec calcul de l'aire sous la courbe AUC (Area Under the Curve). Une valeur AUC > 0,70 reflète une bonne prédictivité.

**Résultats :** Dans la cohorte des 55 malades admis en HO et suivis prospectivement pendant une durée moyenne de 27 jours, la survenue d'une « violence institutionnelle » a été notée dans 30,9 % des cas. Les scores à la VRAG variaient entre - 19 et 8 avec une moyenne de - 8,9 ± 6,9.

En appliquant les analyses ROC, la VRAG s'est montrée prédictive pour cette violence avec une AUC = 0,73 (IC95 % [0,59-0,87] ;  $p < 0,006$ ). Pour un score cut-off de - 12,5 correspondant au point d'inflexion de la courbe, la VRAG avait une sensibilité de 0,82 et une spécificité de 0,50.

**Conclusion :** Ces résultats nous ont permis de mettre en évidence la capacité prédictive de cet instrument pour l'évaluation actuarielle à court terme du risque de violence en milieu psychiatrique tunisien et nous proposons le score de - 12,5 à la VRAG comme un seuil de dépistage de ce risque.

### PO 333 L'INTOLÉRANCE AU LACTOSE COMME CAUSE DE TROUBLES DU COMPORTEMENT DANS LE CORNELIA DE LANGE

M. ROTHARMEL (1), A. GOLDENBERG (2), D. EDOU (3),  
G. QUILICI (1), G. NICOLAS (2), P. CHAMBON (4),  
D. CAMPION (5), O. GUILLIN (1)

(1) Centre Hospitalier du Rouvray, SOTTEVILLE-LÈS-ROUEN,  
FRANCE

(2) CHU Service de Génétique Clinique, ROUEN, FRANCE

(3) Institut Médico-Educatif, TILLY, FRANCE

(4) Faculté de Médecine Laboratoire de Cytogénétique, ROUEN,  
FRANCE

(5) Faculté de Médecine Laboratoire INSERM U1079, ROUEN,  
FRANCE

Nous proposons de présenter le cas de Jonathan W, 18 ans, qui présente un retard du développement avec une dysmorphie et des troubles du comportement à type d'automutilation. Jonathan est né à terme avec des mensurations normales. À la naissance, un syndrome de Pierre Robin a été diagnostiqué avec une fente palatine et un rétrognathisme, de même qu'une cardiopathie malformative, une sténose du pylore. Vers 2 ans, devant un retard de développement, l'absence de mise en place du langage, une dysmorphie, des attitudes de repli et des automutilations, un syndrome de Cornelia de Lange est suspecté. Au niveau génétique, aucune anomalie causale n'a cependant pu être identifiée par CGH array (105 K), ni par séquençage du gène NIPL (5p13.1). À l'âge de 8 ans environ, les automutilations s'accroissent, notamment au niveau du visage. En 2008, une cataracte d'origine traumatique et un décollement de rétine bilatéraux sont diagnostiqués. Jonathan s'isole de plus en plus, perd ses acquis, de l'autonomie. Au cours de son évolution, diverses thérapies sont essayées (zuclopenthixol, halopéridol, rispéridone, cyamémazine, naltrexone). Elles n'apportent qu'un apaisement très relatif des troubles et il est devenu nécessaire de poser des attelles aux bras de Jonathan pour l'empêcher de s'automutiler. L'été 2012, devant la notion de diarrhées occasionnelles, de vomissements, et d'une forte appétence pour les produits lactés, une intolérance au lactose est suspectée. L'éviction du lactose permet alors rapidement un amendement total des conduites auto-agressives,

avec un retentissement positif sur son contact, sa curiosité pour l'environnement, son autonomie. Le cas de Jonathan montre que l'intolérance au lactose peut être une cause somatique possible de troubles du comportement chez les personnes présentant un handicap sévère et doit être recherchée, compte-tenu de sa forte prévalence dans la population générale.

### PO 334 STIMULATION MAGNÉTIQUE TRANSCRÂNIENNE RÉPÉTÉE ET CRAVING BOULIMIQUE

T. SIGAUD, A. GAY, S. BILLARD, A. GROSSELIN, F. LANG

CHU de Saint-Étienne, SAINT-PRIEST-EN-JAREZ, FRANCE

La boulimie fait désormais partie des addictions comportementales, et la rTMS est un dispositif thérapeutique qui a montré son efficacité dans le craving pour différentes drogues (alcool, tabac, cocaïne). Les protocoles utilisés dans ces études ont stimulé le DLPFC gauche avec un repérage anatomique selon la « règle des 5 cm ». La stimulation du DLPFC permet une inhibition du cortex orbito-frontal, suractivé lors du phénomène de craving.

**Objectif :** Évaluer l'impact d'une séance unique de rTMS chez des patientes boulimiques sur le craving alimentaire, la capacité de contrôle face au craving, le nombre de crises quotidiennes et le moral ; 24 heures après la séance et sur une période de 10 jours.

**Méthode :** Étude randomisée, deux groupes de 15 patientes boulimiques faisant 1 à 3 crises par jour. Séance unique de rTMS en DLPFC gauche, 10 Hz, 110 % du seuil moteur, 20 minutes, repérage externe selon la « règle des 6 cm ». EVA évaluant le craving, le contrôle face au craving, le moral et le nombre de crises, remplies en pré-rTMS (j0), 24 heures après la séance (j1), et sur une période de 10 jours suivant la séance (j2 à j10).

Les résultats préliminaires sur 9 patientes incluses ayant reçu une stimulation active montrent une baisse du nombre de crises entre j0 et j1 ( $p = 0,01$ ), entre j0 et j2 ( $p = 0,016$ ), entre j0 et j3 ( $p = 0,026$ ), et une amélioration du moral entre j0 et j1 ( $p = 0,012$ ). Il n'y a pas de différence significative concernant le craving.

Les résultats préliminaires sont encourageants concernant la symptomatologie boulimique. Il convient de poursuivre l'étude afin de voir si ces résultats diffèrent chez les patientes recevant une stimulation placebo.

### PO 335 ATTITUDES ALIMENTAIRES ET PRISE DU POIDS DES PATIENTS SCHIZOPHRÈNES SOUS ANTIPSYCHOTIQUES : ÉTUDE PROSPECTIVE

A.S. BANNOUR, J. MANNAI, S. BEN NASR, Y. EL KISSI,  
B. BEN HADJ ALI

Service de Psychiatrie, CHU Farhat Hached, Faculté de Médecine, SOUSSE, TUNISIE

**Introduction :** La prise de poids est connue comme un des effets secondaires les plus fréquents des antipsychotiques. Les mécanismes de cette prise de poids restent encore mal

étudiés. Une modification des attitudes alimentaire peut jouer un rôle important dans l'induction de cette prise pondérale.

L'objectif de notre étude est d'évaluer les attitudes alimentaires et la prise de poids induite par les antipsychotiques.

**Matériels et méthode :** Nous avons recruté 30 patients suivis dans le service de psychiatrie du CHU Farhat Hached de Sousse, naïfs de tout traitement antipsychotique ou en arrêt du traitement depuis au moins trois mois. Nous avons mesuré le poids avant tout traitement (T1) et à six semaines après l'instauration du traitement antipsychotique en monothérapie (T2). L'évaluation des attitudes alimentaires a été faite à T1 et à T2 à l'aide de deux échelles : Three Factor Eating Questionnaire (TFEQ) et Dutch Eating Behaviour Questionnaires (DEBQ). Nous avons utilisé une version traduite en dialecte tunisien.

**Résultats :** L'âge moyen des sujets était de  $35,73 \pm 10$  ans. 19 patients (63,3 %) étaient des hommes et 11 (36,7 %) étaient des femmes.

Nous avons constaté une prise de poids significative après six semaines d'instauration de l'antipsychotique ( $66,73 \pm 11,93$  kg vs  $69,64 \pm 11,94$  kg ;  $p < 10^{-3}$ ). Cette différence entre T1 et T2 était aussi notée pour l'Indice de Masse Corporelle (IMC) ( $24,84 \pm 4,36$  vs  $25,69 \pm 4,43$  ;  $p < 10^{-3}$ ).

L'évaluation des attitudes alimentaires a montré que les scores des dimensions « TFEQ restriction », « TFEQ désinhibition » et « TFEQ émotionnalité » étaient augmentés à T2 ( $45,74 \pm 23,95$  vs  $47,85 \pm 22,58$  ;  $p = 0,04$ ,  $32,96 \pm 23,87$  vs  $60,24 \pm 16,98$  ;  $p < 10^{-3}$  et  $39,25 \pm 26,70$  vs  $48,51 \pm 26,66$  ;  $p = 0,028$  respectivement). De même, les scores des dimensions « DEBQ externalité » et « DEBQ restriction » étaient augmentés à T2 ( $2,53 \pm 0,75$  vs  $3,39 \pm 0,99$  ;  $p < 10^{-3}$ ,  $1,94 \pm 1,25$  vs  $2,56 \pm 1,52$  ;  $p = 0,002$  respectivement).

**Conclusion :** La modification des attitudes alimentaires et par conséquent la prise de poids constatée sous traitement antipsychotique doivent être prise en considération au cours de l'évaluation et du suivi des patients. Des thérapies spécifiques des comportements alimentaires, notamment des thérapies cognitives, sont en cours d'évaluation.

### PO 336 ATTITUDE DU PSYCHIATRE FACE À UNE GRÈVE DE LA FAIM

J. SEHLI, L. ZARROUK, N. ESSID, I. MARRAG, M. NASR

Hôpital Tahar Sfar Mahdia, MAHDIA, TUNISIE

**Introduction :** La grève de la faim est un refus proclamé par un sujet de l'alimentation dans un but de contestation ou de revendication. Elle peut compromettre le pronostic vital du sujet. Ce comportement ouvre un débat éthique et médico-légal en mettant en conflit le droit individuel et la responsabilité du médecin.

**Objectifs :** Les buts du travail étaient de préciser les aspects médico-légaux de la grève de la faim et de déterminer les indications du recours au psychiatre et sa conduite face à ce problème.

**Méthodologie :** Il s'agit de l'illustration de trois cas cliniques de sujets détenus vus en psychiatrie pour refus alimentaire volontaire.

**Résultats :** Cas 1 : Un sujet âgé de 47 ans, détenu, hospitalisé d'office provisoire suite à une grève de la faim revendiquant le rapprochement familial. Aucune pathologie psychiatrique n'a été révélée. Le patient a été réadmis en milieu pénitentiel.

Cas 2 : Il s'agit d'un sujet de 36 ans, transféré du milieu pénitentiel pour refus alimentaire dans le cadre d'une revendication contre le procès. L'examen psychiatrique a révélé un syndrome dépressif et l'état du patient a nécessité l'alimentation forcée sous contention et la mise du patient sous traitement antidépresseur.

Cas 3 : Un sujet âgé de 24 ans adressé aux urgences pour grève de la faim. La demande était sa libération. L'entretien psychiatrique a révélé des traits de personnalité antisociale et l'absence de pathologie psychiatrique particulière. Il a été réadmis au médecin pénitentiaire.

**Discussion :** Bien que la grève de la faim ne soit pas une pathologie psychiatrique, il est important d'en faire le diagnostic différentiel avec des troubles psychiatriques comme l'anorexie mentale, la dépression, la bouffée délirante aiguë ou les psychoses chroniques. Inversement, le jeûne prolongé peut être à l'origine de désordres psychiques. Un examen psychiatrique initial avec une évaluation des capacités de discernement du gréviste pourraient alors être souhaitables.

**Conclusion :** L'attitude du psychiatre vis-à-vis d'un gréviste de la faim renvoie à une démarche diagnostique marquée par l'objectivisme et la neutralité bienveillante. En Tunisie, la promulgation des textes de lois régissant la conduite à tenir devant ces situations doit être discutée.

### **PO 337 ANOREXIE ET TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ : REVUE DE LA LITTÉRATURE**

A. BELKHIRIA, A. BENNOUR, C. BENCHEIKH, S. SOUISSI,  
N. LAKHAL, S. GALLALI

*Hôpital Militaire, TUNIS, TUNISIE*

**Introduction :** L'anorexie mentale est un trouble des conduites alimentaires (TCA) d'étiologie multifactorielle et de pronostic potentiellement grave. L'étude de la personnalité des anorexiques est un volet intéressant pour la compréhension de l'étiologie de cette maladie. Plusieurs auteurs se sont intéressés à l'association entre les troubles de la personnalité et l'anorexie mentale.

L'objectif de ce travail est de décrire les liens entre l'anorexie mentale et les troubles de la personnalité à travers une revue de la littérature.

**Méthodologie :** Nous avons procédé à une revue des articles parus en langue française et anglaise dans la base de données MEDLINE entre 1980 et 2012 en introduisant les mots clés suivants : « anorexia nervosa » « personality ».

**Résultats et commentaires :** La prévalence des troubles de la personnalité est plus élevée chez les anorexiques *versus* témoin.

Les personnalités appartenant au cluster C du DSMIV sont les plus fréquentes chez les anorexiques de type restrictives pures, surtout la personnalité obsessionnelle compulsive et la personnalité évitante. Chez les « boulimarexiques » les

résultats sont plus hétérogènes avec des personnalités pathologiques appartenant de manière égale aux clusters C et B du DSMIV.

Les personnalités pathologiques appartenant au cluster B (surtout de type borderline) sont plus fréquentes chez les anorexiques avec conduites d'élimination (avec ou sans crises de boulimie).

La présence d'une personnalité pathologique est fortement prédictive d'une comorbidité de l'anorexie mentale avec un autre trouble de l'axe I du DSM IV, et est plus fréquemment associée à des tentatives de suicide et des abus de drogues indépendamment de la présence de trouble thymique comorbide. Par ailleurs l'association trouble de la personnalité-anorexie mentale est liée à un pronostic plus sombre de l'anorexie mentale.

**Conclusion :** La détermination des troubles de la personnalité liés à l'anorexie mentale est intéressante à plusieurs échelles : pronostique, thérapeutique, comme facteur de risque de comorbidité psychiatrique et pour la compréhension de l'étiologie multifactorielle de l'anorexie mentale.

### **PO 338 CARACTÉRISATION PSYCHO-COMPORTEMENTALE DES TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE NON SPÉCIFIQUES DE L'ADULTE OBÈSE**

E. BONNET, B. PEREIRA, A. DION, Y. BOIRIE

*CHU, CLERMONT-FERRAND, FRANCE*

Parmi les modèles psycho-comportementaux à l'origine des TCA des patients obèses, les modèles récents évoquent une relation entre l'émotivité, l'externalité et la dépression. Nous avons étudié rétrospectivement 387 patients obèses et mis en relation leur profil de comportement alimentaire (CA) et leur profil psychologique : consommation de psychotropes, degré de dépression (BDI) et dimensions du DEBQ.

**Matériel et méthodes :** Les analyses comparatives ont été réalisées par ANOVA ou test de Kruskal-Wallis, test du Chi2 ou de Fisher, les corrélations par coefficient de Pearson ou Spearman et les analyses multivariées par modèles de régression (logistique ou linéaire). (Analyses réalisées sous STATA V11).

**Résultats :** Nous identifions 4 « profils » différents : 3 profils de TCA (compulsif, restrictif, restrictif et compulsif), et un profil dit « sans TCA ». Nous constatons que ces patients ont des profils psychologiques significativement différents : les patients « TCA », en particulier les patients compulsifs, sont plus fortement dépressifs ( $p \leq 0,001$ ), ils consomment plus d'antidépresseurs ( $p \leq 0,001$ ). Ils ont aussi une émotivité et une externalité plus grandes, sans corrélation avec le score du BDI. L'analyse comparative montre que les 4 profils se comportent de façon significativement différente et qu'il existe aussi une différence de CA selon le sexe. En analyse multivariée, chez les femmes, le CA compulsif est lié à l'émotivité (OR = 1,08 ; IC [1,05-1,12]) et l'externalité (OR = 1,08 ; IC [1,024-1,15]), mais nous constatons qu'il existe surtout un lien fort avec la présence d'un tabagisme actif (OR = 1,9 ; IC [1,00-3,24]) et qu'une obésité de l'âge adulte peut être un facteur « préservant » du CA « compulsif » (OR = 0,46 ; IC [0,21-0,99]).

**Conclusion :** Ces profils alimentaires forment des entités distinctes qui pourraient être identifiées comme des « TCA non spécifiques » de la personne obèse et bénéficiant de prises en charges spécifiques. Nous confirmons l'influence connue de l'émotivité sur le CA compulsif mais nous ne retrouvons pas de lien direct avec la dépression. Nous supposons l'existence d'un trait commun aux obèses du profil « compulsif » s'exprimant aussi par un tabagisme actif, et suggérons d'approfondir l'analyse de ces patients, en particulier sur le plan de leur impulsivité.

### PO 339

#### LES 5 MODALITÉS DE LA SOUFFRANCE PSYCHIQUE

F. LAVERGNE (1), N. MARIE (2), F. MEHRAN (3)

(1) *Medical-Trial, PARIS, FRANCE*

(2) *Institut de Mathématiques, TOULOUSE, FRANCE*

(3) *Thérapie des Schémas, PARIS, FRANCE*

L'analyse statistique, par la classification ascendante hiérarchique (CAH), de 294 questionnaires de J. Young (QSY-s3) permet de regrouper les 18 schémas précoces inadaptés (SPI) en 5 dimensions : 1) « Évitement », 2) « Vigilance », 3) « Don », 4) « Certitudes », 5) « l'Exigence pour soi ». Ces 5 dimensions constituent les facteurs les plus pertinents et les plus économiques pour analyser la souffrance psychologique. Nous pensons que « Évitement », « Don », « Exigences » représentent 3 modalités relationnelles distinctes, que « Certitudes » représente la rigidité cognitive et que « Vigilance » représente la tonalité anxio-dépressive de l'humeur. Les 5 dimensions correspondraient à des souffrances dans le fonctionnement émotionnel, cognitif et relationnel du sujet. Elles permettent un repérage clinique et peuvent guider le psychothérapeute.

Ces souffrances sont :

- au niveau émotionnel, un excès de craintes et de pertes représenté par la dimension « Vigilance » ;
- au niveau de la conscience, une compréhension erronée et figée de la relation de soi au monde, représentée par la dimension « Certitudes » ;
- au niveau comportemental et relationnel, des conduites d'isolement et d'exclusion induites par l'excès des dimensions d'« Évitement » ou d'« Exigences pour soi », ou même de « Don ».

La CAH menée sur la population des patients permet d'identifier 6 classes de sujets qui se distinguent par l'intensité des 5 dimensions. Aucune pression n'est présente au seuil 50 % dans la classe des sujets « les plus sains ». Les autres classes présentent toutes la pression « Certitudes » avec 1 à 4 dimensions associée(s) au seuil 50 %. Ces classes pourraient correspondre à des troubles de la personnalité (Fig. 4).

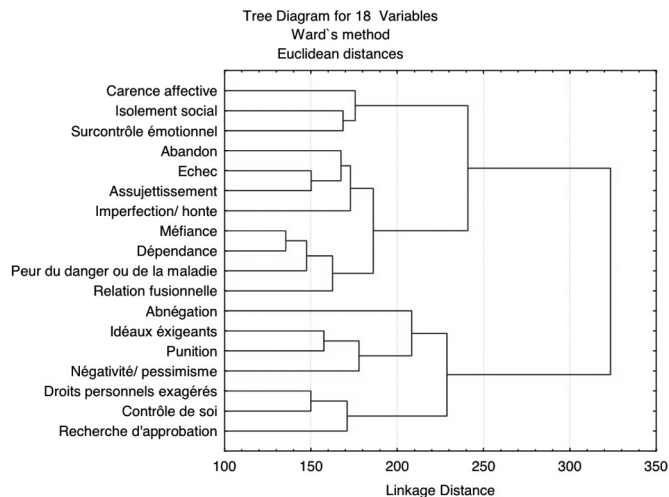


FIG. 4.

### PO 340

#### CARACTÉRISTIQUES CLINIQUES ET PRISE EN CHARGE THÉRAPEUTIQUE DES DÉTENUIS PORTANT LE DIAGNOSTIC DE TROUBLE DE LA PERSONNALITÉ ANTISOCIALE

K. HOUSSANI, O. MEZIOU, E. KHELIFA, H. BEN MARIEM, S. DEROUICHE, L. MNIF, H. ZALILA, A. BOUSSETTA

*Hôpital Razi Manouba, MANOUBA, TUNISIE*

Le trouble de la personnalité antisociale est une pathologie psychiatrique très répandue dans le milieu carcéral, posant souvent un problème de prise en charge devant l'absence de consensus thérapeutique clair.

L'objectif de notre étude est de dresser le profil clinique et décrire la prise en charge médicamenteuse des détenus portant le diagnostic d'une personnalité antisociale sur l'axe II selon les critères diagnostiques du DSM IV.

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive portant sur une population de 59 détenus suivis à la consultation externe de psychiatrie de l'hôpital Razi de janvier 2010 à décembre 2011 et dont le diagnostic retenu sur l'axe II est une personnalité antisociale selon les critères diagnostiques du DSM IV.

La population est de 59 détenus de sexe masculin. L'âge moyen est de 30 ans. Les conduites addictives ont été relevées dans 94,9 % des cas. Les principaux diagnostics retenus sur l'axe I sont la schizophrénie dans 1,7 % des cas, les troubles liés à une substance dans 37,3 % des cas, les troubles de l'humeur dans 22 % des cas et les troubles de l'adaptation dans 35,6 % des cas. Quarante-vingt-seize pour cent des patients ont été mis sous au moins deux psychotropes. Les antipsychotiques ont été prescrits dans 28,8 % des cas et les antidépresseurs dans 49,2 % des cas. Soixante et un pour cent des patients ont été mis sous anxiolytiques, 89,8 % sous des antiépileptiques et 1,7 % sous anticholinergiques.

Un nombre important de détenus présentent une addiction aux psychotropes antérieure à l'incarcération. Le psychiatre, ainsi, devra être très vigilant et garder à l'esprit ce phénomène de dépendance sur un terrain qui est déjà prédisposé. Ainsi lors des accès aigus de violence, fréquents chez ces patients

et en ce milieu particulier, les benzodiazépines et les neuroleptiques sont à utiliser de manière ciblée. Concernant le traitement de fond, les antidépresseurs de nouvelle génération semblent être le traitement de choix selon la littérature. D'autres molécules sont aussi efficaces tels que les antiépileptiques.

En conclusion, le trouble de la personnalité antisociale demeure parmi les pathologies psychiatriques les moins étudiées. Une meilleure compréhension de ce trouble est ainsi requise afin d'améliorer les stratégies thérapeutiques.

#### **PO 341 RELATION ENTRE SCORES DE SCHIZOTYPIC ET CONSOMMATION ALCOOLO-TABAGIQUE EN POPULATION ESTUDIANTINE**

B. AMAMOU, M.W. KRIR, M.A. LAHMAR, L. GASSAB,  
F. LTAIEF, L. GAHA, A. MECHRI

*Laboratoire de Recherche LR05ES10 « vulnérabilité aux psychoses », Faculté de Médecine Monastir, Université de Monastir, MONASTIR, TUNISIE*

*Introduction :* La personnalité schizotypique nommée autrefois « schizophrénie latente » fait partie des troubles de la personnalité admis comme entités du spectre de la schizophrénie ; sa prévalence est de 3 % dans la population générale. Plusieurs études ont établi une corrélation positive entre la consommation de toxique et la schizotypie.

*Objectif :* Dans notre travail, nous nous proposons d'étudier la relation entre les scores du questionnaire de personnalité schizotypique (SPQ) et la consommation du tabac et d'alcool chez des étudiants du premier cycle des sciences de la santé.

*Matériel et méthode :* Il s'agit d'une étude transversale concernant un échantillon d'étudiants du premier cycle, suivant leurs études en médecine, en pharmacie et en sciences et techniques de la santé à Monastir. L'évaluation a consisté en la passation de la version arabe du questionnaire de personnalité schizotypique (SPQ) et d'une fiche de renseignement anonyme concernant les caractéristiques sociodémographiques et les habitudes de vie.

Le nombre des participants était de 490, composé de 137 hommes et de 345 femmes soit un sex-ratio H/F de 0,49. L'âge moyen des participants était de 20,37 ans avec un écart type de 1,45 an.

*Résultats :* La consommation du tabac était rapportée par 36/490 étudiants et celle de l'alcool de 16/490. Cette consommation était presque exclusivement masculine.

Le score total au SPQ n'était pas différent en fonction de la consommation du tabac ou d'alcool. En revanche, il y avait une association significative entre la sous-échelle « comportement bizarre » et la consommation du tabac ( $p = 0,014$ ) et d'alcool ( $p = 0,003$ ).

*Conclusion :* Nous avons objectivé une association entre le sous score « comportement bizarre » qui fait partie de la dimension désorganisation du SPQ et la consommation de tabac et d'alcool. Ceci laisse supposer que les étudiants ayant des traits schizotypiques de désorganisation ont probablement plus recours à des substances psychoactives, ce qui a été rapporté par plusieurs auteurs.

#### **PO 342 VÉCU DES PARENTS DE LA VIOLENCE EN MILIEU SCOLAIRE**

S. BOUSLAH, F. CHARFI, R. DAMAK, Z. ABESS,  
S. HALAYEM, S. OTHMEN, A. BELHADJ, A. BOUDEN,  
M.B. HALAYEM

*Hôpital Razi, LA MANOUBA, TUNISIE*

La question sensible et complexe de la violence à l'école est devenue depuis quelques années un sujet médiatique et a connu une inflation de la quantité des recherches et publications traitant ce phénomène.

*L'objectif* de notre travail est de décrire l'expérience des parents des enfants scolarisés en rapport avec la violence en milieu scolaire.

*Matériel et méthodes :* Il s'agit d'une étude transversale descriptive effectuée à l'aide d'un auto-questionnaire, auprès des parents des enfants consultant au service de pédopsychiatrie de l'hôpital Razi durant le mois de mai 2012. Ce questionnaire évalue l'expérience des parents des enfants scolarisés de la violence subie ou commise par leurs enfants en milieu scolaire.

*Résultats :* La population étudiée est à prédominance féminine avec un sex-ratio de 0,36, et un âge moyen de 40,8 ans. Les parents questionnés ont des enfants scolarisés en école primaire dans 65 % des cas.

61,8 % des parents ont rapporté qu'au moins un de leurs enfants était victime d'une violence en milieu scolaire et ceci à type d'agression à la fois verbale et physique selon 62 % d'entre eux. L'auteur de cette violence était un élève de niveau scolaire égal ou supérieur dans la majorité des cas. La fréquence de ces agressions était essentiellement occasionnelle pour l'agression verbale dans 41,2 % des cas, et unique ou occasionnelle dans 77,6 % des cas pour l'agression physique.

Une violence commise par l'enfant en milieu scolaire n'était rapportée que dans 23,5 % des cas. Chez 66,7 % des enfants auteurs d'agression physique, le passage à l'acte violent était fréquent, tandis que cette fréquence était variable dans les cas d'agression verbale. L'acte violent était souvent dirigé contre un élève de même niveau scolaire.

La majorité des parents (84,6 %) ont remarqué une augmentation de la violence en milieu scolaire remontant essentiellement à une période de 1 à 3 ans d'après 48 % d'entre eux.

*Conclusion :* La levée récente du tabou sur la violence en milieu scolaire a révélé l'ampleur de ce phénomène. Les parents des enfants scolarisés sont de plus en plus sensibles à ce sujet. Cependant nous estimons qu'une analyse pluridisciplinaire est nécessaire afin de dévoiler les différents facteurs responsables de l'existence de ce phénomène dans notre pays, mais aussi de son éventuelle accentuation.

#### **PO 343 LA SÉRIE DE DESSINS DIAGNOSTIQUES DE BARRY COHEN POUR DES ADOLESCENTS HOSPITALISÉS EN PSYCHIATRIE**

N. QUEVY

*Hôpital Fondroy, BRUXELLES, BELGIQUE*

Le but de la recherche était de décrire et d'analyser les dessins d'adolescents porteurs de troubles dissociatifs post-traumatiques. Quarante-sept adolescents hospitalisés en unité de crise dans un hôpital psychiatrique, âgés de 12 à 20 ans, ont été évalués par la série de dessins diagnostiques (DDS) de Barry Cohen et en parallèle des questionnaires validés. La DDS est une méthode – la plus documentée mondialement – standardisée dans la forme et le matériel utilisé suivi d'une interview semi-structurée permettant à la fois une analyse discriminante pour les diagnostics et une lecture singulière à titre de prémisses pour des entretiens psychothérapeutiques utilisant des médias. La standardisation des procédés permet des comparaisons par rapport à des groupes-contrôles de référence. Les résultats obtenus montrent trois niveaux de contribution :

1° La variation sur un élément de la standardisation (ici, le format du papier) permet de valider le protocole et les résultats obtenus internationalement ;

2° L'analyse quantitative permet de différencier assez clairement les sujets en fonction des critères normatifs proposés ;

3° L'analyse qualitative montre l'intérêt des adolescents pour une tâche projective, qui ouvre d'emblée à une parole autrement bridée par les dispositifs n'utilisant pas de médias.

#### Référence

Cohen, B.M., S., & Kijak, A.K. (1994). An introduction to the Diagnostic Drawing Series : A standardized tool for the diagnostic and clinical use. *Art therapy*, 11 (2), 105-110.

#### PO 344

### LE BLUES POST-NATAL ET SES EFFETS SUR LE BÉBÉ. DYNAMIQUE DE L'ÉMOTION MATERNELLE ET RÉGULATIONS DU NOUVEAU-NÉ DANS LES HUIT PREMIÈRES SEMAINES DE VIE

S. BYDŁOWSKI (1), C. LALANNE (2), B. GOLSE (3), G. APTER (4), L. VAIVRE-DOURET (5)

(1) *Fondation Vallée, GENTILLY, FRANCE*

(2) *AP-HP, Service de Recherche Clinique, CHU Saint-Louis, PARIS, FRANCE*

(3) *AP-HP, Service de Pédiopsychiatrie, CHU Necker-Enfants Malades, PARIS, FRANCE*

(4) *Service de Psychiatrie infanto-juvénile, Erasme, ANTONY, FRANCE*

(5) *AP-HP, Service Maternité et Consultation Pédiatrique, CHU Parie Centre Port Royal-Cochin, PARIS, FRANCE*

Le blues du post-partum reste un phénomène mal délimité sur le plan nosographique, tantôt assimilé à la dépression post-natale, tantôt considéré comme un phénomène physiologique. Notre objectif était de préciser les contours cliniques du blues du post-partum, en comparant des femmes présentant un blues avec des femmes sans blues, et de préciser les différences de styles interactifs mère-bébé et leurs conséquences sur le développement premier de l'enfant.

Le suivi longitudinal jusqu'aux deux mois de vie concerne 22 dyades mères-bébés, avec une évaluation de l'humeur maternelle, des interactions mère-bébé et du développement de l'enfant, à l'aide d'observations cliniques de la mère et du bébé et de questionnaires validés (EPDS, NBAS, Échelle des interactions Murray...).

Nos résultats montrent que, parmi les femmes présentant un blues, il existe des mères avec un blues « ordinaire », fait d'émotions positives et négatives, et des mères avec blues « triste », exclusivement constitué d'affects négatifs et sans alternance émotionnelle, mais non déprimées. Cette distinction entre ces deux niveaux de blues permet de sortir de la confusion habituellement établie avec la dépression dans les travaux de recherche.

Surtout, nos résultats montrent que certaines compétences précoces du nouveau-né, notamment l'organisation du réflexe main-bouche à l'examen de Brazelton, sont le fait exclusif des bébés dont la mère présente un blues ordinaire. Cette acquisition d'une capacité d'auto-réconfort par le nouveau-né constitue une compétence particulière d'organisation et de coordination sur le plan psychomoteur et tonico-postural. Son association aux qualités psychiques maternelles constitue un fait nouveau. Le repérage de cette compétence permet donc de mettre en valeur la dimension précoce de l'échange émotionnel entre mère et enfant.

Enfin, dans notre population, la présence d'un blues ordinaire et d'un réflexe main-bouche à la naissance garantissent des interactions mères-bébés à 8 semaines ajustées et accordées. Inversement, les échanges mères-bébés à deux mois sont marqués par la dysharmonie en cas de blues triste et d'absence de compétence main-bouche. Le blues pourrait donc constituer un marqueur du lien intersubjectif mère-bébé et intervenir dans le développement de l'enfant.

#### PO 345

### ENQUÊTE SUR LE STRESS LIÉ À LA RENTRÉE SCOLAIRE AUPRÈS DE PARENTS D'ENFANTS AVEC OU SANS TDAH : RÉSULTATS EN FRANCE ET DIFFÉRENCES AVEC LES AUTRES PAYS

B. DUTRAY

*Centre Hospitalier de Rouffach, ROUFFACH, FRANCE*

Cette enquête sur le stress lié à la rentrée scolaire est une étude d'opinion non clinique réalisée au niveau international pour évaluer le stress pendant la période de la rentrée scolaire chez des parents d'enfants avec ou sans TDAH. Nous avons analysé les données collectées en France, ainsi que les différences avec les autres pays.

Les participants ont affecté une note à des situations potentiellement stressantes comprise entre 1 (stress faible) et 10 (stress élevé) sur l'échelle Holmes et Rahe modifiée.

En France, 101 et 126 parents d'enfants avec et sans TDAH, respectivement, ont participé (âge moyen [ET] : 42,1 [6,84] et 39,5 [7,43] ans). Dans le groupe TDAH, 95,0 % des parents n'avaient qu'un seul enfant atteint de la maladie. L'âge moyen (ET) de l'enfant le plus âgé atteint de TDAH était de 10,6 (3,07) ans. 68,3 % avaient au moins une affection co-morbide ; les troubles des conduites (21,8 %) et les troubles oppositionnels avec provocation (9,9 %) étaient plus fréquents que dans la population de l'étude au niveau international, alors que les troubles du spectre autistique (2,0 %) étaient moins fréquents. Le pourcentage d'enfants utilisant un médicament pour le TDAH était moins élevé en France que dans la population internationale (40,6 % contre 51,0 %) ; 30,7 % bénéficiaient d'un soutien scolaire spécialisé, contre 22,8 % en Allemagne et 69,3 %



au RU (population totale : 43,8 %). Les parents d'enfants atteints de TDAH ont rapporté un état de stress significativement plus élevé pour l'ensemble des six domaines liés à la rentrée scolaire évalués (comme dans la population internationale), en particulier le stress général lié à la rentrée scolaire et les interactions avec l'école/les enseignants ( $p < 0,001$ ).

*Commanditaire de l'étude* : Shire AG, Suisse.

### **PO 346 QUEL DEVENIR POUR LES ADOLESCENTS APRÈS UNE HOSPITALISATION EN PSYCHIATRIE AIGUË ? LES SOINS DE SUITE : INDICATIONS, INTÉRÊTS ET LIMITES**

M. BUARD, A. MERLOT, C. BALDACCI, L. MASCLÉ, M.N. VACHERON

*CH Sainte-Anne, PARIS, FRANCE*

*Introduction* : Des lits sont spécifiquement dédiés aux adolescents dans le service 75G13, au Centre Hospitalier Sainte-Anne.

À la sortie d'hospitalisation, lorsque l'état psychique est fragile, et que le retentissement des troubles sur les plans social, scolaire, familial est important, les adolescents sont adressés dans l'unité « Les Soins de suite pour adolescents ».

L'objectif de ce travail est d'examiner l'impact et la pertinence de cette structure dans le suivi des adolescents.

*Méthode* : Il s'agit d'une étude rétrospective, épidémiologique, monocentrique, observationnelle, longitudinale, non comparative portant sur une cohorte de 62 patients, de février 2008 à juillet 2012.

Les données recueillies sont les éléments cliniques issus du dossier : âge, sexe, niveau d'étude, lieu d'hébergement, antécédents, diagnostic clinique, et devenir à la sortie (suivi, scolarité, autonomisation). Nous avons examiné leur devenir en 2012, nous appuyant sur des questionnaires adressés aux psychiatres traitants.

*Résultats* : Les patients sont âgés de 15 à 25 ans. 89 % habitent au domicile parental, 11 % sont autonomes.

74 % sont dans l'enseignement secondaire, 26 % font des études supérieures.

76 % ont eu un suivi dans l'enfance. 45 % ont des antécédents psychiatriques familiaux. 39 % ont une addiction.

27 % des patients sont schizophrènes, 23 % un trouble de la personnalité, 6 % ont un trouble envahissant du développement, 6 % un trouble thymique, 2 % un trouble névrotique, et 31 % ont présenté un premier épisode psychotique aigu.

À la sortie des Soins de suite, 95 % des patients sont suivis, 66 % ont repris une scolarité, 23 % ont été réorientés, 11 % ont arrêté la prise en charge.

52 % vivent chez leurs parents, 45 % ne le sont plus.

En 2012, nous avons obtenu 47 réponses sur 62 questionnaires envoyés.

81 % des patients sont suivis. 50 % sont au domicile parental, 47 % sont autonomes.

55 % ont une scolarité, 13 % suivent une formation professionnelle, 10 % ont un emploi, 10 % ont été réorientés.

*Conclusion* : Selon les résultats, l'impact des Soins de suite est positif que ce soit par rapport à l'autonomisation, la réinsertion scolaire ou professionnelle, ou l'adhésion aux soins des adolescents.

Cette étude confirme la pertinence de ce type de structure.

### **PO 347 ADOLESCENCE ET PATHOLOGIE DU POIDS : UNE APPROCHE QUALITATIVE DE L'ENJEU RELATIONNEL**

J. LACHAL (1), J. SIBEONI (1), M.R. MORO (1), A. REVAH-LEVY (2)

(1) *Hôpital Cochin APHP, PARIS, FRANCE*

(2) *Centre de soins psychothérapeutiques de transition pour adolescents, Hôpital d'Argenteuil, ARGENTEUIL, FRANCE*

Les pathologies du poids sont un enjeu majeur de santé publique, en particulier à l'adolescence. La question de la place de la nourriture dans les relations familiales est centrale dans la compréhension de ces pathologies, de leur genèse, de leur maintien, ainsi que de leur prise en charge. Le groupe de recherche QUALIGRAMH s'est intéressé à cette question à l'aide d'une approche qualitative d'inspiration phénoménologique (IPA – Interpretative Phenomenological Analysis), particulièrement adaptée à la recherche en psychiatrie de l'adolescent. Le développement d'un outil photographique, nommé photo-élicitation, a permis d'accéder plus aisément aux vécus des sujets : ils doivent prendre une photographie en suivant une consigne. Cette photographie est utilisée comme support à l'entretien de recherche. Ce dispositif a été proposé à des adolescents présentant une obésité, une anorexie mentale, ainsi qu'à un groupe clinique sans pathologie du poids. Les parents étaient également interviewés. Les résultats s'organisent autour de trois axes d'expériences : la relation à deux, la relation au groupe, ainsi que le rapport individuel à la nourriture qui est spécifique du groupe sans pathologie du poids. La mise en perspective de ces trois groupes améliore la compréhension de ces pathologies sur le plan théorique, et permet d'entrevoir plusieurs pistes thérapeutiques, par une action à la fois sur la fluidité des relations intra-familiales, et sur le sujet lui-même et son lien à l'autre et au groupe des pairs.

### **PO 348 RÉGULATION PÉDIATRIQUE EUROPÉENNE DE 2007 ET PSYCHOTROPES : QUE S'EST-IL PASSÉ EN 6 ANS ?**

P. AUBY

*Lundbeck SAS, ISSY LES MOULINEAUX, FRANCE*

*Introduction* : La nouvelle législation pédiatrique européenne a déjà 6 ans puisqu'elle est entrée en vigueur le 26 janvier 2007. Son objectif clairement affiché est d'améliorer à terme la santé des enfants en Europe en donnant une forte impulsion au développement de médicaments de qualité dans le domaine pédiatrique.

*Objectif de la communication* : Cette présentation a pour objectif de faire le point sur les 6 années écoulées depuis

l'introduction de cette régulation en prenant l'exemple la psychopharmacologie grâce à une revue systématique des plans de développement (disponibles sur le site de l'Agence Européenne) en cours ou à venir en Europe pour les psychotropes en population pédiatrique.

Pour cela les points suivants seront abordés :

– Rappel des dispositions principales de la régulation européenne de 2007

– Comparaison avec la régulation US et mention des initiatives mondiales

– Revue des Plans d'Investigation Pédiatriques (PIP) publiés sur le site de l'Agence Européenne du médicament (EMA) ; comparaison avec les plans de développement en lien avec la régulation US et comparaison entre les différentes aires thérapeutiques pédiatriques

– Revue des études pédiatriques en lien avec les PIP accessibles sur ClinicalTrials.gov

– Futures opportunités.

**Conclusion :** Le développement de médicaments à visée pédiatrique évolue avec l'émergence d'un nouveau paradigme à savoir la protection des enfants par la recherche clinique sous l'impulsion des régulations américaines et européennes. Cependant, le développement des psychotropes en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent ne peut simplement se résumer à l'application de régulations, et soulève de multiples questions scientifiques et éthiques. Grâce au développement de recherches bien menées et diverses, les enfants et adolescents auront accès à des médicaments plus efficaces et plus sûrs.

#### PO 349

### ÉVALUATION DU RETRAIT RELATIONNEL DU JEUNE ENFANT LORS D'EXAMEN PÉDIATRIQUE DE ROUTINE PAR L'ÉCHELLE D'ALARME DÉTRESSE BÉBÉ

W. SOULAMI, I. ENNAKR, F. LABOUDI, H. KISRA

Hôpital Arrazi Salé, SALÉ, MAROC

Le retrait relationnel est une notion qui existe depuis longtemps dans la littérature (Spitz, Fraiberg, Bowlby), et il semble important de le dépister tôt.

Le retrait relationnel est en soi un risque pour le développement, en plus de la gravité possible de la cause du retrait, qui peut être d'origine relationnelle, d'origine sensorielle ou organique, ou être liée à l'association de ces deux types de facteurs. Le retrait est donc un élément d'alarme essentiel auquel le pédiatre ou la puéricultrice doivent porter une attention toute particulière au cours de l'examen de routine du bébé.

**Objectif de l'étude :** Dépister le retrait relationnel auprès de jeunes enfants apparemment sans troubles et les orienter en cas de besoin à une consultation spécialisée.

**Méthodologie :** Passation de l'échelle d'Alarme détresse bébé, sur une population d'enfants consultant de façon systématique en pmi, entre 2 et 24 mois.

**Résultats :** En cours.

#### PO 350

### LA CO CONSULTATION ATTACHEMENT PARENTS-ENFANT (CCAPE) : PRISE EN CHARGE INTERDISCIPLINAIRE ATTACHEMENTISTE DE L'ENFANT ET DE SES PARENTS

C. GENET (1), E. WALLON (1), S. TERENO (2), M. RIZK (1), A.C. COURTOIS (1), D. BOUDRAI (1), S. FRECHON (1), G. LE RAY (1), A. LAJOYE (1)

(1) Centre Hospitalier Jean Martin Charcot, PLAISIR, FRANCE

(2) Université Paris Descartes, PARIS, FRANCE

La « mIAPE », Co-Consultation Attachement Parents-Enfant, propose des consultations conjointes pédopsychiatrie-psychiatrie adulte appuyées sur la théorie de l'attachement. Elle prend en charge des parents avec un enfant (jusqu'à 18 ans) pour travailler sur les interactions relationnelles au sein de cette triade ou dyade. Les styles d'attachement de chacun sont évalués, une information appropriée sur la théorie de l'attachement est transmise grâce à des guidelines que nous avons élaborés, puis des actions de modification sont proposées. Le groupe essaie de renforcer positivement la capacité parentale réflexive, les capacités de partenariat, la régulation des émotions négatives, tout en encourageant l'enfant à reprendre un développement plus harmonieux. Les consultations se déroulent en présence de trois soignants : un psychiatre pour adulte, un psychiatre pour enfant et un observateur. L'équipe comprend des infirmières, des psychologues et des psychiatres des cmP Adulte (CMPA) des secteurs 78G12 et 78G11 et cmP Enfant et Adoléscent (CMPE) du secteur 78IO4, qui travaillent dans un esprit de collaboration active. Les spécificités de la mIAPE sont liées au focus sur l'interaction entre un enfant et un parent en fonction de leur propre système d'attachement, à l'importance de l'observation éthologique de ce qui se passe pendant la consultation, aux propositions d'actions concrètes, même minimales, en fonction de l'évolution au fil des séances, au travail sur le lien avec comme objectif de soutenir et différencier le rôle de chacun, à la transmission de la théorie de l'attachement aux patients enfants et adultes comme levier thérapeutique, au fait que l'équipe intervient en amont de prises en charges déjà instaurées pour les enfants et/ou les adultes. Après une année de fonctionnement, la mIAPE a démontré que ce type innovant de prise en charge répond à une demande aussi bien du côté des patients que de celui des thérapeutes. Nous avons l'intention de mettre en place de nouveaux outils afin d'améliorer la pertinence et l'évaluation de nos interventions (enregistrement vidéo de la consultation avec feed-back, utilisation d'outils d'évaluation standardisés et création de livres de vulgarisation destinés aux enfants et à leurs parents) (Fig. 5).



FIG. 5.

**PO 351**  
**UNITÉ D'ÉVALUATION DE L'AUTISME ET DES TROUBLES ENVAHISSANT DU DÉVELOPPEMENT**

M. HAMMAMI, S. HALAYEM, M. TOUATI, S. OTHMAN, A. BELHADJ, A. BOUDEN, M.B. HALAYEM

*Hôpital Psychiatrique Razi, LA MANOUBA, TUNISIE*

*Introduction* : La prise en charge des troubles envahissants du développement (TED) nécessite une intervention pluridisciplinaire ainsi que l'élaboration d'un programme thérapeutique individualisé. De ce fait, la mise en place d'une unité d'évaluation de l'autisme et des autres TED s'est avérée nécessaire.

*Objectif* : L'objectif de notre travail est de présenter l'unité d'évaluation de l'autisme et des autres TED du service de pédopsychiatrie de l'hôpital Razi en Tunisie, de préciser ses objectifs et de donner un aperçu des différentes évaluations faites en son au sein.

*Résultats* : L'unité d'évaluation de l'autisme et des TED du service de pédopsychiatrie de l'hôpital Razi a été développée en 2011. En plus de son rôle diagnostique, elle possède une dimension thérapeutique.

L'unité a pour buts de permettre aux parents et aux équipes de prise en charge de disposer d'éléments objectifs relatifs au développement, aux troubles et aux capacités de l'enfant autiste, qui constituent une base de données de départ, puis de comparaison pour la prise en charge.

Le déroulement de l'évaluation dans notre unité se fait sur une semaine. Le 1<sup>er</sup> jour, un pédopsychiatre recueille les données générales relatives à l'enfant. Le 2<sup>e</sup> jour est réservé à l'examen génétique ainsi qu'aux explorations génétiques. Le 3<sup>e</sup> jour un pédopsychiatre reçoit la famille pour un entretien semi-structuré ADI-R et la CARS. L'enfant est également reçu par un psychologue afin de réaliser un profil psycho-éducatif PEP-R. En fonction des compétences notées chez l'enfant d'autres évaluations (KABC, Matrices de Raven) peuvent être envisagées. Le 4<sup>e</sup> jour, l'enfant bénéficie d'un examen neurologique et d'un EEG. Le 5<sup>e</sup> jour est réservé à la réunion des différents évaluateurs et du médecin référent et à l'élaboration d'un compte rendu. Le 6<sup>e</sup> jour se tient la réunion avec la famille pour annoncer et discuter des différents résultats et les modalités de prise en charge.

Nous avons actuellement évalué 34 enfants, moyenne d'âge = 5,5 ans [2 ans10 mois – 11 ans], sex-ratio = de 4,85.

*Conclusion* : L'évaluation des troubles autistiques et des autres TED constitue un instrument de travail pertinent qui permettrait, dans le cadre d'études multicentriques, la comparaison et l'évaluation des différentes prises en charge.

**PO 352**  
**IMPULSIVITÉ ET TROUBLE DES CONDUITES CHEZ UN GROUPE D'ADOLESCENTS : ÉTUDE DESCRIPTIVE À PROPOS DE 14 ADOLESCENTS**

S. BRAHAM (1), A. GUEDRIA (1), A. FRIKHA (2), N. GADDOUR (1), L. GAHA (1)

(1) CHU Fattouma Bourguiba, MONASTIR, TUNISIE  
(2) CHU Farhat Hached, SOUSSE, TUNISIE

*Introduction* : L'impulsivité-trait chez l'adolescent peut être responsable d'une altération significative du fonctionnement socioprofessionnel et familial.

L'objectif de cette étude était de décrire les caractéristiques sociodémographiques et les différentes dimensions de l'impulsivité chez une population d'adolescents en fonction de la psychopathologie.

*Méthodologie* : Il s'agit d'une étude descriptive transversale menée auprès d'une population d'adolescents consultant en pédopsychiatrie en 2012. Les troubles bipolaires et psychotiques sont exclus. L'impulsivité est évaluée en utilisant le questionnaire de Baratt, 11<sup>e</sup> version. La psychopathologie générale est évaluée en utilisant le SDQ (Strengths and Difficulties Questionnaire).

*Résultats* : Pour les premiers 14 adolescents retenus, le sex-ratio M/F était 2. 2/3 ont présenté un score élevé dans la dimension « impulsivité motrice », *versus* la moitié dans la dimension « impulsivité attentionnelle » et 79 % dans la dimension « impulsivité non planifiée ». L'impulsivité n'était pas plus fréquente chez un sexe particulier. Des scores pathologiques au score total du SDQ étaient observés chez la moitié des adolescents. Les sous-scores relatifs aux problèmes émotionnels et aux problèmes de conduites étaient élevés dans 57 % des cas. La corrélation entre les scores du SDQ et de l'échelle d'impulsivité a surtout montré une association significative de la psychopathologie avec l'impulsivité non planifiée.

*Conclusion* : L'impulsivité, surtout dans sa dimension « non planifiée » semble être associée à la survenue de troubles psychopathologiques à l'adolescence.

**PO 353**  
**AGÉNÉSIE DU CORPS CALLEUX : PARTICULARITÉS SÉMILOGIQUES ET CLINIQUES**

M. HAJRI, Z. ABBES, A. HARRATHI, I. HADHRI, S. HALAYEM, F. CHARFI, F. CHARFI, S. OTHMAN, A. BELHADJ, M.B. HALAYEM, A. BOUDEN, A. BOUDEN

*Hôpital Razi, TUNIS, TUNISIE*

*Introduction* : L'agénésie du corps calleux est la plus fréquente des malformations cérébrales, avec une incidence de 0,05 à 0,7 % dans la population générale. Elle est définie par l'absence de la principale commissure inter-hémisphérique : le corps calleux. Cette malformation est caractérisée par une hétérogénéité clinique et étiologique. Elle peut être totale ou partielle, symptomatique ou asymptomatique, isolée ou associée à d'autres malformations.

*Objectif* : Décrire les particularités cliniques et sémiologiques des enfants porteurs d'une agénésie du corps calleux.

*Matériel et méthode* : Étude rétrospective descriptive portant sur les dossiers de cinq patients, ayant été adressés à la consultation de pédopsychiatrie pour des motifs variables : retard psychomoteur, retard du langage, troubles du comportement, stéréotypies, troubles du sommeil. Tous les patients ont bénéficié d'un examen pédopsychiatrique, d'un examen neurologique ainsi qu'une exploration par une IRM cérébrale ayant révélé une agénésie du corps calleux.

**Résultats :** L'âge moyen de nos patients est de 3,8 ans au moment du diagnostic de la malformation cérébrale. Ils sont tous de sexe masculin. Le diagnostic a été fait exclusivement en post-natal. L'exploration a été demandée dans le cadre du bilan étiologique de l'autisme ou du retard mental. Quatre enfants ont une agénésie partielle du corps calleux et un seul une agénésie totale. Un tableau autistique (troubles des interactions sociales, troubles de la communication verbale et non verbale, intérêts restreints, stéréotypies) a été retrouvé chez tous les patients (selon les critères du DSM IV). Deux d'entre eux présentent un retard mental associé. Une épilepsie a été diagnostiquée chez deux enfants, une hypoacousie chez un seul. Un enfant est porteur d'une encéphalopathie fixée avec une dysmorphie faciale.

**Conclusion :** Les manifestations cliniques présentées par les patients porteurs d'une agénésie du corps calleux sont variables. Le pronostic dépend essentiellement des anomalies associées. Une prise en charge multidisciplinaire est nécessaire afin d'optimiser la prise en charge de ces patients, d'orienter leurs parents, et assurer un conseil génétique lors de l'existence d'un ensemble syndromique d'origine génétique.

#### PO 354

##### QU'Y A-T-IL DERRIÈRE LES DIFFICULTÉS SCOLAIRES CHEZ L'ENFANT ?

N. BOUSSAID (1), H. SLAMA (1), N. GADDOUR (2), M. NASR (1)

(1) *CHU Mahdia, MAHDIA, TUNISIE*

(2) *CHU Monastir, MONASTIR, TUNISIE*

**Introduction :** Les difficultés scolaires sont fréquemment associées à des altérations psychopathologiques diverses et variées dont la nature de ces liens n'est pas toujours évidente.

**Matériel et Méthode :** Nous avons mené une étude rétrospective portant sur 371 enfants qui ont été suivis aux consultations de pédopsychiatrie des CHU Mahdia et Monastir pour difficultés scolaires sur une période s'étalant de janvier 2007 à juillet 2012.

Nous avons étudié les troubles psychopathologiques selon l'axe I du DSM-IV, avec l'appui de l'interview diagnostique MINI-kid.

**Résultats :** Nous avons relevé les résultats suivants : un âge moyen de  $8,95 \pm 2,69$  et une prédominance des difficultés scolaires chez les garçons avec un sex-ratio de 2,45.

Les résultats concernant les pathologies psychiatriques ont révélé essentiellement un retard mental dans 48,8 %, un trouble hyperactivité déficit de l'attention dans 8,6 % des cas, un trouble anxieux dans 6,9 % des cas, un trouble spécifique des apprentissages dans 5,4 % des cas, un trouble de l'humeur essentiellement de nature dépressive dans 6,6 % et une épilepsie dans 4,9 % des cas.

**Conclusion :** À travers notre étude et conformément aux données de la littérature, les difficultés scolaires connaissent des déterminismes multiples. Parmi eux, certains troubles comme la dépression, les troubles anxieux et les troubles spécifiques des apprentissages, sont souvent méconnus et dont la prise en charge précoce est déterminante.

#### PO 355

##### TROUBLES DU SOMMEIL CHEZ UNE POPULATION CLINIQUE D'ENFANTS AUTISTES

N. BOUSSAID (1), H. SLAMA (2), N. GADDOUR (3), M. NASR (2)

(1) *CHU Mahdia, MONASTIR, TUNISIE*

(2) *CHU Mahdia, MAHDIA, TUNISIE*

(3) *CHU Monastir, MONASTIR, TUNISIE*

**Introduction :** Les troubles du sommeil constituent une des plaintes les plus fréquemment rapportées par les familles d'enfants avec autisme. Ainsi, la prévalence des troubles du sommeil chez les enfants avec autisme varie de 45 % à 86 % selon les études. L'objectif de notre étude est de décrire les spécificités des troubles de sommeil chez une population clinique d'enfants autistes.

**Matériel et méthode :** Nous avons mené une étude descriptive portant sur 28 enfants suivis aux consultations de pédopsychiatrie de CHU Monastir et Mahdia et chez lesquels le diagnostic de trouble envahissant du développement type trouble autistique a été retenu selon les critères du DSM IV-TR. L'évaluation a été réalisée à l'aide de la version Française de CSHQ (Children's Sleep Habits Questionnaire).

**Résultats :** Les résultats concernant les caractéristiques générales ont révélé un âge moyen de  $5,46 \pm 2,41$  ans, une prédominance masculine (92,9 %). Les troubles de sommeil les plus fréquents étaient le réveil nocturne et le maintien de l'éveil (75 %), la résistance à aller au coucher (46,4 %), l'insomnie d'endormissement (42,9 %), les rythmies d'endormissement (32,1 %), le bruxisme (35,7 %) et les terreurs nocturnes (21,4 %). Ces troubles sont corrélés à la sévérité de la maladie dans la majorité des cas.

**Conclusion :** Nos résultats rejoignent ceux de littérature quant à la fréquence des troubles de sommeil chez les enfants autistes. Ces troubles ont potentiellement un impact sur l'intensité des symptômes et sur les problèmes comportementaux associés. Une meilleure typologie des troubles du sommeil ainsi qu'une recherche étiopathogénique de ces troubles aidera pour une meilleure prise en charge de ces enfants.

#### PO 356

##### LES TROUBLES DU SOMMEIL CHEZ UNE POPULATION CLINIQUE D'ENFANTS PORTEURS DE TROUBLE DÉFICIT DE L'ATTENTION AVEC HYPERACTIVITÉ

N. BOUSSAID (1), H. SLAMA (2), N. GADDOUR (3), M. NASR (2)

(1) *CHU Mahdia, MONASTIR, TUNISIE*

(2) *CHU Mahdia, MAHDIA, TUNISIE*

(3) *CHU Monastir, MONASTIR, TUNISIE*

**Introduction :** La relation entre le trouble déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH) et les troubles du sommeil est bidirectionnelle. En effet nombreuses études ont confirmé l'existence de différentes perturbations dans le sommeil chez les enfants hyperactifs. D'autre part, ces troubles pourraient être impliqués dans l'induction et/ou le maintien de l'hyperactivité diurne.

L'objectif de notre travail est de décrire les différentes catégories de trouble du sommeil chez une population clinique d'enfants suivis pour TDAH et d'étudier les répercussions de ces troubles sur la vie de ces enfants.

**Matériel et méthode :** La présente étude est transversale portant sur 30 enfants présentant un trouble déficit de l'attention avec hyperactivité selon les critères du DSM IV, ayant consulté en pédopsychiatrie au CHU de Monastir et Mahdia. L'évaluation a été réalisée à l'aide de la version Française de CSHQ (Children's Sleep habits Questionnaire). Le CSHQ est composé de 50 items explorant huit dimensions.

**Résultats :** Notre groupe a été constitué de 24 garçons et 6 filles avec un âge moyen de  $8,20 \pm 2,28$ . Les principaux troubles du sommeil retrouvés sont la résistance à aller au lit dans 76,7 % des cas, l'insomnie d'endormissement dans 60 % des cas, le réveil nocturne dans 60 % des cas, les cauchemars dans 43,3 %, les terreurs nocturnes dans 16,7 % des cas et les troubles respiratoires dans 16,7 % des cas.

**Conclusion :** Nos résultats rejoignent ceux de la littérature quant à la fréquence des troubles du sommeil chez les enfants porteurs de TDAH. La recherche de la nature des troubles du sommeil devrait être incluse dans toute évaluation d'enfants atteints de TDAH dans le but d'une meilleure prise en charge de ce trouble.

### **PO 357** **ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE :** **PARTICULARITÉS SÉMILOGIQUES** **CHEZ LES ENFANTS DE MOINS DE 6 ANS**

M. HAMMAMI, M. HAJRI, S. OTHMAN, I. HADHRI, Z. ABBES, S. HALAYEM, F. CHARFI, A. BELHADJ, A. BOUDEN, M.B. HALAYEM

*Hôpital Psychiatrique Razi, MANOUBA, TUNISIE*

**Introduction :** L'état de stress post-traumatique (ESPT) est un trouble anxieux résultant de l'exposition à un événement traumatique non anticipé. Un certain nombre de spécificités sémiologiques et développementales colorent la présentation de l'ESPT chez l'enfant.

**Objectif :** Faire l'inventaire sémiologique et relever les particularités cliniques du psycho-traumatisme chez les enfants âgés de moins de 6 ans.

**Matériel et méthode :** Étude transversale descriptive portant sur les dossiers des patients ayant consulté pour un état de stress secondaire à un psycho-traumatisme, durant la période allant de janvier 2011 à octobre 2012.

**Résultats :** Notre travail porte sur 11 patients dont la moyenne d'âge est de 4,36 ans. Le sex-ratio est de 1,8. L'événement traumatisant est dans 54,5 % un accident de la voie publique. Le délai de consultation après le traumatisme est de 98 jours. La symptomatologie est faite d'irritabilité dans 45,5 % des cas, évitement (54,5 %), reviviscence (45,5 %), jeux répétitifs (9,1 %). Les troubles du sommeil sont à type de réveils nocturnes (45,5 %), cauchemars (36,4 %). Quant aux conduites d'agrippement aux adultes et l'anxiété de séparation, elles sont retrouvées dans 54,5 % des cas. Des comportements régressifs sont notés chez 45,5 % des enfants. Les troubles sphinctériens et les troubles alimen-

taires secondaires sont retrouvés respectivement chez 63,6 % et 45,5 % de nos patients. Le diagnostic d'état de stress aigu est retenu dans 63,6 % des cas, celui d'état de stress post-traumatique dans 36,4 % des cas. Différentes modalités thérapeutiques ont été instaurées, notamment une psychothérapie de soutien, une guidance parentale, et dans quelques cas une prescription médicamenteuse.

**Conclusion :** Les états de stress secondaires à un psycho-traumatisme de l'enfant se révèlent être, à l'inverse des idées reçues, fréquents, durables et potentiellement graves. Les thérapeutiques n'ont pas fait l'objet d'études de validation suffisantes chez l'enfant. Celles-ci, essentiellement des psychothérapies, montrent l'intérêt des approches ciblées sur le traumatisme et l'importance de prendre en compte la famille.

### **PO 358** **QUALITÉ DE VIE DES PARENTS D'ENFANTS** **AUTISTES**

I. TRABELSI, S. HALAYEM, M. HAMZA, I. HADHRI, Z. ABBES, F. CHARFI, S. OTHMEN, A. BELHAJ, A. BOUDEN

*Hôpital Razi, MANOUBA, TUNISIE*

**Introduction :** Le retentissement psychosocial des troubles envahissant du développement sur la qualité de vie des familles ainsi que leurs stratégies pour y faire face font l'objet d'un intérêt grandissant. En effet, la vie des parents est généralement perturbée sur tous les plans et s'organise entièrement autour de l'enfant et de son avenir.

**Objectifs :** – Évaluer la qualité de vie des parents d'enfants autistes.

– Rechercher les différents paramètres corrélés à l'altération de leur qualité de vie.

**Matériel et méthodes :** – Étude transversale descriptive portant sur 30 parents d'enfants suivis pour autisme.

– Un hétéro-questionnaire inspiré du travail de Myers Bj a été administré aux parents, évaluant 5 domaines : le stress des parents, la prise en charge de l'enfant, l'influence sur la relation conjugale, sur la famille entière et sur l'isolement social.

– La qualité de vie a été évaluée par l'échelle SF36 « 36 items Short-Form Health Survey », adaptée en langue arabe.

**Résultats :** (pour un échantillon préliminaire de 10) – L'âge moyen des enfants autistes est de 5 ans et demi avec des extrêmes entre 3 et 9 ans.

– L'autisme était léger dans 50 % des cas, moyen dans 20 % des cas, sévère dans 30 % des cas.

– 90 % des enfants non pas acquis le langage, 70 % ne sont pas autonomes sur le plan sphinctérien et 40 % ont un comportement agressif.

– Le score global de la qualité de vie était altéré dans 80 % des cas. Cette altération a touché la composante mentale chez tous les interrogés, et la composante physique chez 40 % d'entre eux.

– Le stress perçu par les parents était fort dans 60 % des cas, 30 % ont présenté des troubles anxio-dépressifs.

– La carrière professionnelle de l'un des parents été affectée dans 30 % des cas.

- L'autisme avait un impact négatif sur la fratrie dans 70 % des cas et était une cause d'isolement social dans 80 % des cas.
- Nos résultats engloberont également les facteurs corrélés entre ces diverses dimensions.

*Conclusion :* Les résultats de ce travail montrent que l'autisme altère la qualité de vie des parents et impose un réaménagement de l'ensemble de leurs relations. Ceci met l'accent sur l'intérêt de développer un accompagnement parental centré sur la gestion du stress et des émotions et la résolution de problèmes.

### **PO 359** **ÉPISEDE MANIAQUE ASSOCIÉ À UNE ATTEINTE CÉRÉBRALE CHEZ L'ENFANT ET L'ADOLESCENT**

A. GUEDRIA, S. BRAHAM, N. GADDOUR, S. MISSAOUI, L. GAHA

*Unité de Pédiopsychiatrie, Service de Psychiatrie, MONASTIR, TUNISIE*

*Introduction :* Les lésions cérébrales peuvent être à l'origine d'une variété des troubles neuropsychiatriques.

Des troubles bipolaires, en particulier la manie secondaire à des atteintes cérébrales, ont été décrits par plusieurs auteurs. Nombreuses hypothèses neurobiologiques ont été proposées pour expliquer l'apparition de ce trouble suite à une lésion cérébrale. Dans ce contexte lésionnel, la relation de causalité est d'autant plus évoquée que l'âge d'apparition est extrême (enfance, vieillesse).

*Objectif :* Décrire deux tableaux cliniques d'épisodes maniaques apparus suite à une atteinte cérébrale. Discuter les difficultés diagnostiques et thérapeutiques, notamment chez l'enfant et l'adolescent.

*Cas cliniques :* Cas 1 : Patient actuellement âgé de 24 ans, aux antécédents familiaux de trouble bipolaire et de psychose chronique. Victime d'un AVP avec traumatisme crânien à l'âge de 16 ans avec TDM cérébrale normale, suivi depuis cet âge pour troubles de comportement dont l'évolution a conclu à un trouble bipolaire type I. Il a été mis sous divalproate de sodium associé au traitement neuroleptique classique qu'il aurait mal toléré d'où la prescription d'antipsychotique atypique avec une bonne réponse.

Cas 2 : Fille actuellement âgée de 13 ans. Suivie depuis l'âge de 9 ans pour des troubles du comportement apparus suite à une ADEM (Accute disseminated encephalomyelitis) confirmée à l'IRM avec anomalies à l'EEG. Le tableau comportait hyperactivité, impulsivité et troubles de l'attention avec excitation psychomotrice, logorrhée, familiarité et ludisme. Le traitement a visé l'humeur par le valproate, et les signes de TDAH avec Methylphenidate et Atomoxétine. Malgré une légère amélioration du comportement, elle conserve un fond d'excitation psychomotrice, une familiarité excessive et une hypomanie. Devant cette évolution, un trouble bipolaire précoce est fortement suspecté. Elle est actuellement sous carbamazépine.

*Conclusion :* Le diagnostic étiologique lésionnel d'un trouble bipolaire est difficile à retenir avec certitude. À ceci s'ajoute, chez l'enfant et l'adolescent, la difficulté de diagnostic positif d'un trouble encore rare à cet âge avec souvent des présentations trompeuses.

### **PO 360** **CARACTÉRISTIQUES ET CONCORDANCE DES TROUBLES AUTISTIQUES CHEZ LES JUMEAUX**

A. HARBAOUI, Z. ABBES, A. HARRATHI, I. HADHRI, S. HALAYAM, F. CHARFI, S. OTHMAN, A. BELHAJ, A. BOUDEN

*Hôpital Razi – La Manouba, TUNIS, TUNISIE*

*Introduction :* L'autisme est défini comme un trouble du développement caractérisé par une perturbation des interactions sociales, des altérations de la capacité à communiquer associées à des activités stéréotypées. Le rôle de l'hérédité dans l'autisme est solidement établi. Cette donnée a été confortée par les études cliniques sur les jumeaux.

*Objectifs :* Déterminer les différences entre les tableaux cliniques présentés par les jumeaux autistes en spécifiant les sphères du développement les plus touchées : les interactions, le comportement moteur, le langage et l'autonomie.

*Matériel et méthode :* Il s'agit d'une étude descriptive rétrospective portant sur 12 dossiers de jumeaux, adressés à la consultation de pédiopsychiatrie entre 2009 et 2012 pour instabilité psychomotrice et retard du langage. Le diagnostic de trouble envahissant du développement type autistique a été retenu par l'examen pédiopsychiatrique, selon les critères du DSMIV. La sévérité des troubles a été évaluée par la CARS (Child Autism Rating Scale).

*Résultats :* Ont été inclus dans notre étude 12 patients (soit 6 paires de jumeaux) : 8 jumeaux sont issus d'une grossesse gémellaire monozygote, le sex-ratio est de 2, âge moyen 3 ans et demi. L'âge de la première consultation varie de 2 ans et demi à 6 ans.

La concordance des symptômes autistiques est plus marquée parmi les jumeaux monozygotes et de sexe féminin. Une variabilité du tableau clinique entre les jumeaux a été retrouvée au niveau du langage avec des troubles du langage ou une absence de langage chez l'un des jumeaux et des interactions sociales plus précisément le contact, l'interaction visuelle, le comportement avec les pairs.

*Conclusion :* L'autisme est une maladie multifactorielle, où la génétique joue un rôle important. D'autres facteurs notamment l'existence d'un substratum organique, les facteurs environnementaux qui conditionnent l'investissement d'un jumeau par rapport à un autre sont à prendre en considération afin d'orienter la prise en charge et notamment la guidance parentale.

### **PO 361** **CAUSE RARE DE DÉFICITS NEUROPSYCHOLOGIQUES CHEZ L'ENFANT : LE SYNDROME DES POCS**

J. MOUNACH, M. CHAACHOU, A. ZERHOUNI, A. SATTÉ, H. OUHABI, A. BENALI

*Hôpital Militaire Mohamed V, RABAT, MAROC*

*Introduction :* Le syndrome des pointes-ondes continues du sommeil (POCS) est une forme rare d'épilepsie liée à l'âge. La détérioration des fonctions cognitives, qui est constante, est très souvent associée à des troubles du comportement.

**Observation :** Enfant de 7 ans, droitier, issu d'une grossesse suivie d'un accouchement à terme sans complication, admis pour bilan de troubles du comportement. Les parents rapportaient que, depuis environ deux ans, leur enfant avait tendance à s'isoler dans sa chambre la plupart du temps. Dans sa classe, il communiquait rarement, il était turbulent et parfois agressif vis-à-vis de ses amis. À son admission, l'examen clinique ne mettait pas en évidence de déficit sensitivomoteur, mais révélait une réduction de la fluence verbale avec des difficultés de la compréhension. L'électroencéphalogramme (EEG) de veille montrait des pointes ondes prédominant sur les régions centrales et qui devenaient quasicontinues au cours du sommeil. L'imagerie par résonance magnétique cérébrale était normale. Le diagnostic de POCS était posé et l'enfant bénéficia d'un bolus de corticothérapie avec un traitement anti épileptique. L'évolution était favorable.

**Discussion :** Le syndrome des POCS est une forme rare d'épilepsie de l'enfant. Il a été décrit pour la première fois en 1971 sous le nom d'état de mal épileptique électroencéphalographique de l'enfant induit par le sommeil. Les déficits neuropsychologiques initiaux qui touchent le langage, l'expression gestuelle ou constructive, le contrôle de l'attention et du comportement sont souvent attribués, à tort, à des difficultés psychologiques.

Les anomalies EEG sont toujours abondantes. Pendant le sommeil lent, les pointes ondes se généralisent et deviennent continues, occupant plus de 85 % du temps de sommeil.

**Conclusion :** En raison de leur rareté, de l'absence de traitement spécifique ayant un effet durable sur l'épilepsie et les déficits neuropsychologiques, la prise en charge du syndrome des POCS doit être assurée par des services spécialisés en épileptologie et en neuropsychologie de l'enfant.

### **PO 362 ASPECTS ÉVOLUTIFS DES TROUBLES BIPOLAIRES À DÉBUT PRÉCOCE**

I. TRABELSI, S. OTHMEN, N. CHARFI, S. HALAYEM,  
F. CHARFI, Z. ABBES, A. BELHAJ, M.B. HALAYEM,  
A. BOUDEN

*Hôpital Razi, MANOUBA, TUNISIE*

**Introduction :** L'évolution des troubles bipolaires (TB) à début précoce suscite encore de nombreuses interrogations en rapport avec la question de la continuité avec les TB de l'adulte et le génie évolutif de la maladie.

**Objectifs :** – Décrire les caractéristiques cliniques et épidémiologiques des TB à début précoce.

– Déterminer les caractéristiques évolutives à 5 ans d'intervalle d'adolescents chez qui le diagnostic de TB a été porté initialement.

**Matériels et méthodes :** Les dossiers de 20 adolescents suivis ou hospitalisés pour un épisode thymique dans le cadre d'un TB ont été colligés. Les données cliniques et sociodémographiques de l'épisode index ont été colligées rétrospectivement sur dossier. À 5 ans d'évolution, les renseignements ont été colligés à partir des dossiers d'hospitalisations en psychiatrie adulte et des dossiers de suivi en pédopsychiatrie.

**Résultats :** À l'épisode index, l'échantillon était constitué de 8 adolescents et de 12 adolescentes.

L'âge moyen du premier épisode était de 14,5 ans avec des extrêmes de 12 à 17 ans.

La durée moyenne du premier épisode était de 6 semaines.

Dix patients avaient des antécédents familiaux de bipolarité (50 %) et trois de schizophrénie (15 %).

Le premier épisode était maniaque dans 55 % des cas, dépressif dans 30 % des cas et mixte dans 15 % des cas.

Onze patients avaient des caractéristiques psychotiques lors du premier épisode.

À distance, 4 patients ont été perdus de vue. Seize patients ont été évalués dont le diagnostic initial était : 14 cas de TB type 1 et 2 cas de TB type 2.

Pour les patients ayant un diagnostic initial de TB type 1, le même diagnostic a été gardé chez 11 patients, 2 ont évolué vers la schizophrénie, et un vers un trouble schizo-affectif.

Le nombre moyen de rechutes était de 3 avec des extrêmes compris entre 0 et 11.

Aucune évolution vers des cycles rapides n'a été notée.

Une association avec des troubles anxieux et des tentatives de suicide a été notée dans 12,5 % des cas.

**Conclusion :** Les TB à l'adolescence surviennent chez des jeunes qui ont souvent un fonctionnement prémorbide normal mais et une histoire familiale de TB. L'évolution vers des formes à cycles rapides est décrite mais des transitions vers des troubles du spectre de la schizophrénie sont fréquentes.

### **PO 363 CYBERBULLYING, ÉTUDE DE LA « CYBER-INTIMIDATION » : COMORBIDITÉS ET MÉCANISMES D'ADAPTATION**

J.J. RÉMOND, L. ROMO

*Université Paris Ouest Nanterre La Défense (Paris X), NANTERRE, FRANCE*

**Introduction :** La cyber-intimidation est une forme relativement nouvelle de l'intimidation. Cette intimidation est commise au moyen d'un acte électronique. Elle prend forme en tant qu'acte de communication par message écrit, visuel ou encore sonore. Les possibilités de diffusion sont les messageries instantanées, l'e-mail, les « sms », les plateformes de vidéos et de sons, les sites de réseaux sociaux, les sites de discussions ou « tchat », les blogs, les sites web, et les sites de jeux massivement multi-joueurs (MMORPG). Les dispositifs électroniques utilisés sont multiples : les smartphones, tablettes, ordinateurs portables ou tout autre dispositif de communication sans fil, ou bien encore une console de jeux. Le cyber-harcèlement est caractérisé par des menaces délibérées, un harcèlement, le fait d'intimider ou ridiculiser un individu ou groupe d'individus, l'affichage d'informations sensibles et privées sur une autre personne sans sa permission, infiltrer et supprimer le compte privé d'une autre personne et/ou assumer l'identité d'une autre personne en vue de nuire à sa réputation.

**Objectifs :** L'objectif principal de cette étude était de déterminer la prévalence des victimes adolescentes et adultes

impliquées dans la cyber-intimidation. Le second objectif était d'analyser les caractéristiques de la cyber-intimidation, de comprendre les processus en jeu et d'explorer les liens avec les comorbidités phobiques, anxieuses et dépressives. Et de démontrer qu'il existe des mécanismes d'adaptation permettant à la victime de réagir différemment selon le contexte émotionnel et comportemental.

*Méthodologie* : L'échantillon était composé de 272 participants adolescents et adultes. Une batterie de questionnaires a été complétée (LSAS, HAD, BVAQ, HDS, BRS).

*Résultats* : Nous avons pu démontrer que le phénomène du cyber-harcèlement était présent au sein de la population française, que des comorbidités pouvaient survenir sur la victime et que des mécanismes d'adaptation intervenaient.

*Conclusion* : Les résultats ont montré l'importance d'une étude complémentaire sur la cyber-intimidation en raison de son association avec des comorbidités qui sont distinctes des formes traditionnelles de l'intimidation.

### PO 364

#### DES CLASSES THÉRAPEUTIQUES POUR DES ENFANTS AVEC TROUBLES ENVAHISSANTS DU DÉVELOPPEMENT : UNE SCOLARITÉ ADAPTÉE

A. GRAS-VINCENDON (1), R. GERBER (1), S.C. DEBIONNE (2), J. GENET (2), S. MILLET (2), A. MULLER (2), C. BURSZTEJN (1)

(1) *Hôpitaux Universitaires, STRASBOURG, FRANCE*

(2) *Inspection Académique, STRASBOURG, FRANCE*

Depuis plus de 15 ans ont été créées des « classes thérapeutiques » en lien avec le service de pédopsychiatrie des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg dans le but de scolariser dans des écoles de la ville des enfants avec TED. Un enseignant spécialisé a été nommé par l'inspecteur d'académie pour chacune de ces classes et un soignant du service accompagne les enfants durant les temps de scolarisation, de durée variable dans la journée selon les enfants. L'enfant est pris en charge en hôpital de jour hors des temps scolaires. Chaque classe accueille 10 à 12 enfants de 4 à 11/12 ans.

Actuellement 3 classes de différents niveaux scolaires fonctionnent à Strasbourg en école primaire ; une ULIS spécifique a été créée en collège pour 12 adolescents de 11 à 16/17 ans. La disposition des lieux, les modalités d'accueil, l'organisation du temps scolaire, la pédagogie sont adaptées aux particularités cognitives et comportementales des enfants avec TED.

Ce dispositif permet un approfondissement de la réflexion sur les adaptations pédagogiques en fonction des spécificités cognitives et psychopathologiques de chaque enfant, menée conjointement entre l'équipe hospitalière et les enseignants.

En plus des acquisitions en termes d'apprentissage, l'intégration de la classe dans l'école (récréations, activités communes...) et de certains enfants dans d'autres classes pour des activités particulières est fondamentale pour développer les compétences sociales des enfants et envisager une réintégration ultérieure dans le cursus standard.

### PO 365

#### VALIDATION FRANÇAISE DE L'ÉCHELLE DE QUALITÉ DE VIE « IMPACT ON FAMILY SCALE (IOFS) » AUPRÈS DE PARENTS D'ENFANTS PRÉSENTANT UNE MALFORMATION FACIALE (FENTE FACIALE OU LABIO PALATINE)

B. GROLLEMUND (1), A. GUEDENEY (2), R. BOUDAS (3), J. JEGU (3), E. QUENTEL (4), M. VELTEN (3), A. DANION (5)

(1) *Pôle de Médecine et Chirurgie Bucco-dentaires Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, Laboratoire d'éthique et pratiques médicales, EA 3424 IRIST, Université de Strasbourg, STRASBOURG, FRANCE*

(2) *Service de Psychiatrie Infanto-juvénile, Hôpital Bichat Claude-Bernard, PARIS, FRANCE*

(3) *Département d'Épidémiologie et de Santé Public, EA 3430, Université de Strasbourg, STRASBOURG, FRANCE*

(4) *Pôle de Médecine et Chirurgie Bucco-dentaires Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, STRASBOURG, FRANCE*

(5) *Pôle Psychiatrie Santé Mentale, Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, Laboratoire d'éthique et pratiques médicales, EA 3424 IRIST, Université de Strasbourg, STRASBOURG, FRANCE*

*Introduction* : Le questionnaire IOFS (Impact On Family Scale) mesure les conséquences d'une maladie chronique ou de la malformation d'un enfant sur la qualité de vie de ses parents. Dans le cadre d'une étude multicentrique (PHRC 2010) portant sur le développement affectif des enfants et l'établissement des premiers liens entre ces enfants porteurs d'une fente labio-palatine et leurs parents, nous nous sommes proposés d'avoir recours à cette échelle évaluant la qualité de vie de la famille. Pour cela, nous avons traduit, adapté et validé cet auto-questionnaire de langue anglaise en français afin qu'il puisse être utilisé en recherche clinique pour une population francophone.

*Population et méthodes* : L'échantillon étudié était composé de parents d'enfants porteurs de fentes labiales ou labio-palatines âgés de 7 à 12 ans. Ces enfants étaient suivis par le Centre de Compétence des Fentes Labio-Palatines de la région Alsace et ne devaient pas avoir eu d'intervention chirurgicale dans l'année précédant l'étude. Après avoir été traduite (et rétro traduite), la version française comptant 15 items a été envoyée aux parents par courrier. La cohérence interne a été estimée par le coefficient alpha de Cronbach. La reproductibilité intra-observateur a été évaluée par la procédure de test-retest en calculant le coefficient de corrélation intra-classes (ICC) entre la période T1 et T2 à 15 jours d'intervalle chez les mères.

*Résultats* : L'acceptabilité était bonne, 209 parents (sur 307 contactés) ayant répondu au questionnaire, soit 67,9 % des mères et 59,9 % des pères. La cohérence interne du questionnaire est bonne, avec un alpha de Cronbach de 0,93. La reproductibilité intra-observateur présente un ICC = 0,87 (0,80 – 0,91). La reproductibilité inter-observateur entre les pères et les mères a montré un ICC = 0,77 (0,66 – 0,85).

*Conclusion* : La version française du questionnaire IOFS présente de très bonnes propriétés psychométriques. Cette validation de la version française de l'IOFS permettra des applications cliniques et de recherche importantes en pédiatrie et



en psychiatrie de l'enfant, dans le domaine de l'évaluation de la qualité de vie des familles d'enfants atteints de pathologie chronique ou de malformation.

#### PO 366

### QU'EST-CE QUE L'HYPERSEXUALISATION CHEZ LE PRÉ-ADOLESCENT ET L'ADOLESCENT VIENT NOUS SIGNIFIER ? TENTATIVE DE MODÉLISATION PSYCHOPATHOLOGIQUE D'UN PHÉNOMÈNE À LA MODE

M. TEILLARD-DIRAT, M. LACAMBRE, S. LAZUTTES, P. COURTET

CHRU Lapeyronie, MONTPELLIER, FRANCE

Maquillage excessif, nombril à l'air, pantalon taille basse, débardeur sexy et poses suggestives, elles n'ont pas encore atteint l'âge de l'adolescence, ou viennent à peine d'y entrer et sont déjà considérées comme de petites femmes... l'hypersexualisation se reconnaît principalement par les tenues vestimentaires qui mettent en évidence certaines parties du corps et qui donnent un caractère sexuel à des attitudes et des postures qui n'en ont pas en soi. Ce phénomène à la mode vient nous interroger, professionnels et parents, quant au sens d'un tel comportement.

Au moyen du vêtement investi par l'adolescent, le corps s'envisage dans son rapport à l'autre pour y trouver sa place et y mettre en scène quelque chose de l'ordre du conformisme, de la provocation ou toute autre forme de jeu de séduction. Le vêtement serait alors pour l'adolescent un support d'expression privilégié, en tant que miroir de son désir et en tant qu'assise de sa subjectivité.

Ainsi, outre le besoin d'identification à des images autres que parentales et dans un souci de mimétisme véhiculé par la mode, lorsque le narcissisme et l'identité du sujet sont mis à mal, la tenue choisie peut faire office de seconde peau, qui, en dévoilant l'intimité physique du sujet cache l'intimité psychique. Par conséquent, l'hypersexualisation va servir d'écran, de filtre protecteur sur lequel s'affiche et dans un même mouvement se dissout la problématique du sujet. Ainsi, l'hypersexualisation, dans ses excès, peut s'appréhender comme une seconde peau, support d'un moi peau défaillant, qui vient tenter de combler les blessures narcissiques à l'origine d'une mise à mal des processus d'individuation et de séparation caractéristiques de l'adolescence. Elle est alors un véritable mécanisme de défense qui, par le jeu des identifications adhésives et narcissiques, évite l'angoisse inhérente à toute nouvelle expérience.

La tenue choisie dans le cadre de l'hypersexualisation permet alors de devenir objet du désir de l'autre, annihilant par ce biais toute subjectivité et figeant le sujet dans une sexualité qui ne lui appartient plus.

#### PO 367

### ESTIME DE SOI CHEZ LES ENFANTS ATTEINTS DE TROUBLES SPÉCIFIQUES DES APPRENTISSAGES

I. HADJKADEM, H. AYADI, S. KOLSI, C. SAHNOUN, A. WALHA, K. KHEMAKHEM, L. CHERIF, Y. MOALLA, F. GHRIBI

CHU Hédi Chaker, SFAX, TUNISIE

**Objectif :** L'objectif de notre travail est d'évaluer l'estime de soi chez les enfants atteints de troubles spécifiques de l'apprentissage (TSA).

**Patients et méthodes :** Notre étude est transversale et descriptive, réalisée sur une période de deux semaines (du 01/03/2011 jusqu'à 15/03/2011). Au cours de cette période, nous avons recruté 24 enfants âgés entre 7 et 12 ans, suivis au service de pédopsychiatrie de Sfax (Tunisie) pour TSA. Ce diagnostic a été retenu après une évaluation pédopsychiatrique et orthophonique. Pour ces enfants, nous avons procédé à la passation de l'échelle de Coopersmith.

**Résultats :** 92 % des enfants de notre échantillon ont une mauvaise estime de soi générale et scolaire et 71 % ont une mauvaise estime de soi sociale. Nous avons noté que, la totalité des filles ont une mauvaise estime de soi générale et scolaire contre respectivement 87,5 % et 94 % pour les garçons. Concernant les résultats à l'échelle sociale, seulement 25 % des filles ont une bonne estime de soi contre 31 % pour les garçons.

**Conclusion :** Ces résultats rejoignent ceux de la littérature concernant l'altération de l'estime de soi chez les enfants atteints de TSA et soulignent l'intérêt d'une prise en charge précoce pour dépister à temps d'éventuels troubles émotionnels qui peuvent compromettre sérieusement l'avenir de ces enfants.

#### PO 368

### STRESS PRÉNATAL ET TROUBLES PSYCHIATRIQUES CHEZ L'ENFANT

R. CHIHANI, H. BEN AMMAR, R. ENNAOUI, H. ZALILA, A. BOUSSETTA

Hôpital Razi, MANOUBA, TUNISIE

**Introduction :** Durant la période de grossesse, la future maman investit un nouvel état physiologique marqué par des bouleversements aussi bien physique que psychologique ; et il arrive qu'elle vive un stress affectant ainsi l'évolution normale de la grossesse avec tout ce qui suit comme répercussions psychologiques sur le bébé.

Les auteurs se proposent d'apporter des éléments de réponse sur d'éventuels troubles psychiatriques chez l'enfant, à travers une revue de la littérature.

**Résultats :** Les études sont peu nombreuses à ce jour, mais les résultats sont relativement concordants. L'état émotionnel des mères pendant la grossesse aurait un effet direct sur le développement du cerveau du fœtus, ce qui affecterait ensuite le comportement de l'enfant et aussi les capacités de régulation émotionnelle ayant une incidence sur le comportement ultérieur de l'enfant. Il existerait ainsi des liens entre le stress prénatal et des difficultés comportementales, émotionnelles, cognitives et neurologiques chez l'enfant.

Par ailleurs, les études sont biaisées par les facteurs surajoutés de la période postnatale.

La chronicité du stress entraîne une continuité entre les périodes prénatale et postnatale et rend difficile l'imputabilité des effets du stress sur les interactions précoces parents-nourrisson et le développement psychomoteur ou affectif de l'enfant, à la seule période prénatale.

Toutefois, Un certain nombre de recherches qui étudient les effets du stress sur le comportement de l'enfant se base sur les dires maternels.

**Conclusion :** Les études récentes sur les effets du stress pendant la grossesse mettent en évidence des relations entre stress et développement du bébé et du jeune enfant. Évaluer les effets du stress pendant la grossesse sur le développement ultérieur de l'enfant nécessite donc de prendre en considération différents paramètres de la vie prénatale mais également postnatale. Dans le futur, il apparaît important de pouvoir étudier le stress de façon plus consensuelle.

### PO 369

#### L'ÉCHEC SCOLAIRE : ET SI VOUS CONSULTEZ UN PÉDOPSY ?

B. AABASSI, W. HIKMAT, I. ADALI, F. EL MANOUDI, F. ASRI

*Équipe de recherche pour la santé mentale, CHUmohamedVI, MARRAKECH, MAROC*

**Introduction :** L'échec scolaire est une préoccupation d'actualité et un problème de société où la tâche essentielle déléguée à l'enfant est la réussite scolaire.

**Objectif du travail :** est de montrer que cette situation, assez fréquente, recouvre bien souvent autre chose que des difficultés d'apprentissage. Il peut n'être que la partie visible des désordres psychopathologiques de l'enfant et de l'adolescent.

**Méthodologie :** Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur 48 écoliers en situation d'échec ayant été suivis en consultation de pédopsychiatrie de l'hôpital Avicenne de Marrakech durant une période de 5 ans ; allant du janvier 2003 au décembre 2007.

**Résultats :** L'âge moyen de nos écoliers est de 8,9 ans, on note une prédominance masculine, un niveau socio-économique moyen, des antécédents de troubles psychoaffectifs chez les parents, un milieu familial conflictuel (abandon, séparation, divorce...). Les troubles psychoaffectifs qui ont été diagnostiqués sont : les troubles anxieux, qui semblent être la première cause d'échec chez ce groupe d'écoliers, suivis de dépression, des troubles affectifs liés à l'environnement puis de l'autisme.

**Conclusion :** Nos résultats soulignent au même titre que les études rapportées dans la littérature la prévalence élevée des troubles psychoaffectifs comme cause principale d'échec scolaire. D'où l'importance de tracer dans nos pays un nouveau profil de prise en charge et de suivi pour ces enfants en situation de souffrance.

### PO 370

#### LE PROFIL CLINIQUE DES ENFANTS ATTEINTS D'ÉPILEPSIE EN CONSULTATION DE PÉDOPSYCHIATRIE

I. HADJKACEM, H. AYADI, A. WALHA, K. KHEMEKHEM, L. CHERIF, Y. MOALLA, F. GHRIBI

*Service de Pédopsychiatrie, CHU Hédi Chaker, SFAX, TUNISIE*

L'objectif de cette étude était de déterminer le profil clinique des enfants atteints d'épilepsie en consultation de pédopsychiatrie.

**Matériel et Méthode :** Notre étude était rétrospective et descriptive portant sur 33 enfants et adolescents atteints d'épilepsie, ayant consulté au service de pédopsychiatrie du CHU Hédi Chaker de Sfax (Tunisie) durant une période de 3 ans (2006, 2007, 2008). Ont été exclus de cette étude les enfants présentant un retard mental, des troubles psychopathologiques ou d'autres pathologies organiques chroniques.

**Résultats :** L'âge moyen lors de la première consultation était de  $10,6 \pm 2,7$  ans alors que celui de la découverte de l'épilepsie était de  $6,22 \pm 3,63$ . L'épilepsie était généralisée dans 69,7 % des cas, focale dans 18,2 % des cas et non classable dans 12,1 % des cas. Le motif de consultation le plus fréquemment rencontré dans notre série était des difficultés scolaires (60,6 % des cas), une énurésie (21,1 % des cas), des troubles du comportement (12,1 % des cas) et enfin des troubles du caractère et des troubles du sommeil (6 % des cas chacun). Le déséquilibre de l'épilepsie constituait un motif de consultation seulement dans 6 % des cas.

Les enfants épileptiques avaient des difficultés d'adaptation scolaire dans 64,5 % des cas et familiale dans 46,9 % des cas.

**Conclusion :** Cette étude montre un retard de consultation des enfants atteints d'épilepsie en pédopsychiatrie malgré le retentissement négatif sur l'adaptation scolaire et familial, de même qu'une fréquence élevée des difficultés scolaires comme motif principal de consultation.

La sensibilisation des médecins qui prennent en charge l'enfant atteint d'épilepsie et l'information de ses parents sur le retentissement psychosocial de cette maladie permettra un dépistage et une prise en charge précoce de ces difficultés.

### PO 371

#### INTELLIGENCE CHEZ LES ENFANTS ATTEINTS DE TROUBLES SPÉCIFIQUES DES APPRENTISSAGES

L. CHERIF, R. MCHIRGUI, C. SAHNOUN, I. HADJKACEM, K. KHEMAKHEM, A. WALHA, Y. MOALLA, H. AYADI, C. TRIKI, F. GHRIBI

*CHU Hédi Chaker, SFAX, TUNISIE*

L'objectif de la présente étude était d'évaluer l'intelligence des enfants atteints de troubles spécifiques des apprentissages (TSA), scolarisés dans la région de Sfax (Tunisie).

**Sujets et méthodes :** Il s'agit d'une étude transversale et descriptive, se déroulant sur une période de 2 ans, (mai 2007 jusqu'à juin 2009) portant sur 687 élèves âgés de 7 à 9 ans et scolarisés en 1<sup>re</sup> et en 3<sup>e</sup> année de l'enseignement de base. Le dépistage a permis de colliger 304 élèves en difficultés scolaires. Parmi ces derniers, 56 enfants présentent un TSA. Le diagnostic a été retenu après la confrontation des données de l'examen pédopsychiatrique et de l'examen neuropédiatrique et l'affinement par le bilan orthophonique et l'évaluation intellectuelle.

**Résultats :** – Dans notre étude, 60,4 % des enfants atteints de TSA ont un quotient intellectuel (QI) entre 90 et 110 et 22,9 % ont une intelligence normale faible à limite (soit un QI entre 70 et 90)

– Le QI a été supérieur à 110 dans 4,6 % des cas.

– Une précocité intellectuelle (soit un QI supérieur à 130) a été notée dans 6,25 % des cas. Une déficience mentale légère soit (QI inférieur à 70) a été noté dans 4,6 % des cas.

*Conclusion* : L'évaluation intellectuelle chez les enfants atteints de TSA est nécessaire aussi bien pour le diagnostic que pour le dépistage d'une éventuelle comorbidité. En effet, le TSA peut être associé à une précocité intellectuelle ou à une déficience mentale légère. Une telle association ne doit pas être ignorée dans la prise en charge.

### PO 372

#### DE « L'ADOLESCENCE-LIKE COMMUNAUTAIRE » EN PHASE PER-RÉVOLUTIONNAIRE EN TUNISIE

W. SELLAMI

*Association Psychiatres Exercice Privé, SFAX EL JADIDA, TUNISIE*

Citoyen de la société civile, je me suis retrouvé premier adjoint au maire de ma ville Sfax après le 14/01/2011. Ayant vécu « la révolution tunisienne dans ma chair et dans mon ventre », j'ai essayé en même temps de l'observer de façon critique et rationnelle. Après un aperçu sur le processus de l'adolescence et certaines étymologies francophones et arabophones, je tenterai de tracer un parallèle entre le processus d'adolescence individuelle, et, le processus de « l'adolescence-like communautaire » que paraissent vivre mes concitoyens tunisiens depuis le « 14/01/2011 ».

Je vous exposerai un éclairage de ces deux adolescences à travers les problématiques en jeu, et en particulier ce qui est à la base de toute adolescence, le meurtre des images parentales, condensé fantasmagorique de l'agressivité liée à toute croissance : « Grandir est par nature un acte agressif » disait Winnicott.

C'est le fantasme parricide qui enclenche le travail de séparation au moment de l'adolescence (Tessier).

L'adolescent est confronté à la nécessité de trouver sa propre identité, qui suis-je ? Que vais-je devenir ? D'identifications en oppositions, l'adolescent finira par se définir et se trouver.

### PO 373

#### VARIATION DES CAPACITÉS ATTENTIONNELLES CHEZ UN ÉCHANTILLON D'ENFANTS SCOLARISÉS

A. HARRATHI, A. BELHADJ, M. HAMMEMI, M. HAJRI, Z.S. ABBES, S. HALAYEM, F. CHARFI, S. OTHMAN, A. BOUDEN

*Razi La Manouba, MANOUBA, TUNISIE*

L'étude des capacités attentionnelles de l'enfant scolarisé constitue un sujet important de part son retentissement sur l'adaptation et les acquisitions scolaires. L'objectif de notre travail était d'évaluer les variations de l'état d'attention au cours de la journée scolaire chez des enfants âgés entre 7 et 10 ans.

*Matériels et méthode* : Il s'agit d'une étude transversale ayant concerné 37 enfants. Le test attentionnel utilisé était un test de barrage de signes, validé à partir du test de Zazzo et qui permet une appréciation globale des capacités cognitives

surtout de l'attention soutenue, de l'attention sélective et de la mémoire de travail. Ce test a l'avantage d'être a-culturel. L'évaluation de l'efficacité intellectuelle a été effectuée à l'aide des matrices de Raven. Seuls les enfants ayant le même quotient intellectuel ont été inclus.

*Résultats* : 37 enfants ayant le même QI ont été retenus pour le travail, 21 filles et 16 garçons. L'âge moyen était de 8 ans et 1/2.

Les résultats ont mis en évidence une fluctuation ultradienne de la capacité d'attention au cours de la journée, avec le niveau le plus bas entre 10 h et 13 h et le plus haut en fin d'après midi entre 15 h et 17 h. Ce qui rejoint les données de la littérature qui trouvent les niveaux les plus bas des capacités attentionnelles le matin mais plus tôt entre 8 h 30 et 9 h 30.

*Conclusion* : Nos résultats confirment l'existence d'une fluctuation ultradienne des capacités attentionnelles mais pour mieux élucider les moments de haut ou de bas niveau de vigilance on doit réaliser d'autres études avec des échantillons beaucoup plus larges.

### PO 374

#### LES TROUBLES D'APPRENTISSAGE SCOLAIRE : ORIENTATION DIAGNOSTIQUE ET PERSPECTIVES THÉRAPEUTIQUES (À PROPOS DE 100 CAS)

B. AABASSI (1), I. ADALI (1), F. EL MANOUDI (1), F. ASRI (1), F. OUARIAGHLI NABIH (2)

(1) *Équipe de recherche pour la santé mentale, CHU Med VI, MARRAKECH, MAROC*

(2) *Service de Psychiatrie, Hôpital Psychiatrique Militaire, MARRAKECH, MAROC*

*Introduction* : Les troubles d'apprentissage sont devenus un problème épineux, préoccupant et une des priorités de santé publique dans notre pays de par leur fréquence et leurs conséquences auprès des enfants.

*L'objectif du travail* est de décrire le profil épidémiologique d'enfants en situation de difficulté scolaire dans notre pays, d'en déceler les causes et de tracer les éventuelles voies de prise en charge.

*Méthodologie* : Notre étude est rétrospective concernant 100 cas d'enfants scolarisés âgés de 6 à 12 ans, colligés dans la consultation de pédopsychiatrie sur une période de cinq ans allant du janvier 2003 au décembre 2007. Nous avons étudié rétrospectivement des données épidémiologiques, psychopathologiques et scolaires.

*Résultats* : L'âge moyen des patients était de 8,9 ans (+/- 1,97), le sexe masculin représentait 68 % des cas avec un sex-ratio de 2,1. La souffrance néonatale et l'épilepsie étaient les antécédents pathologiques les plus notés. Pour le contexte familial : l'origine de nos écoliers était urbaine dans 96 %. Concernant la scolarité : 91 % de nos écoliers fréquentaient des écoles publiques avec 98 % parmi eux étaient pré-scolarisés. Dans plus de la moitié des cas, les difficultés scolaires constituaient le premier motif de consultation. De loin, les causes psychoaffectives étaient la première étiologie de l'échec. Presque un enfant sur trois présentait un trouble instrumental, un enfant sur six était étiqueté

déficient mental avec un contexte périnatal surchargé (souffrance néonatale, retard du développement psychomoteur). Sur le plan évolutif, l'amélioration de l'échec scolaire après prise en charge a été notée dans plus de deux tiers des cas.

**Conclusion :** Nos résultats soulignent, au même titre que plusieurs travaux, la fréquence des troubles d'apprentissage et la multiplicité de leurs origines, notamment somato-psychiques et environnementales. Aussi, nous montrons l'importance d'un diagnostic précoce et d'une prise en charge multi disciplinaire coordonnée et continue afin de remettre l'enfant sur la bonne voie de la réussite scolaire et d'éviter les conséquences de ce problème tant sur le devenir de l'enfant que sur celui de l'ensemble de la société.

### PO 375 VÉCU PSYCHOLOGIQUE DES MÈRES D'ENFANT ATTEINT D'AUTISME

C. CHAIB, W. JELLOULI, H. MAROOUN, M. SABIR, H. KISRA

Hôpital Ar-Razi, SALÉ, MAROC

**Introduction :** Dans la majorité des études scientifiques, on s'accorde sur la mise en place d'une intervention précoce et intensive auprès des enfants autistes, mais rarement est mise en avant l'idée que des actions devraient aussi être mises en œuvre pour venir en aide aux parents d'enfants.

**Objectif du travail :** L'objectif de ce travail est d'évaluer l'impact psychologique de cette pathologie sur les mères d'enfant autiste et de mettre le point sur l'importance d'une prise en charge les incluant, afin de réussir l'intervention auprès de leur enfant.

**Méthodologie :** C'est une étude transversale pour évaluer le niveau de stress, le niveau d'anxiété et/ou de dépression chez un échantillon de 140 mamans, dont 70 d'entre elle ayant un enfant atteint d'autisme et 70 mamans témoins choisis au hasard de la population général. En utilisant un hétéro-questionnaire évaluant les caractéristiques sociodémographiques, l'échelle de dépression et de l'anxiété : HADS (Hospital anxiety and depression scale), et l'Index de stress parental (PSI).

**Résultat :** En cours.

**Mots clés :** Anxiété ; Autisme ; Dépression ; Mère ; Stress.

### PO 376 FACTEURS ASSOCIÉS AUX TROUBLES SPÉCIFIQUES DES APPRENTISSAGES CHEZ LES ENFANTS SCOLARISÉS DANS LA RÉGION DE SFAX

L. CHRIF (1), K. KHEMAKHEM (1), S. MALLEK (1),  
H. AYADI (1), I. HADJKACEM (1), A. WALHA (1),  
Y. MOALLA (1), C. TRIKI (2), F. GHRIBI (1)

(1) Service de Pédiopsychiatrie, CHU Hédi Chaker, SFAX, TUNISIE

(2) Service de Neuropédiatrie, CHU Hédi Chaker, SFAX, TUNISIE

L'objectif de la présente étude était d'étudier les facteurs associés aux troubles spécifiques des apprentissages (TSA) chez les enfants scolarisés dans la région de Sfax.

**Sujets et méthodes :** Il s'agit d'une étude transversale et descriptive, se déroulant sur une période de 2 ans (mai 2007 jusqu'à juin 2009) portant sur 687 élèves âgés de 7 à 9 ans et scolarisés en 1<sup>re</sup> et en 3<sup>e</sup> année de l'enseignement de base. Le dépistage a permis de colliger 304 élèves en difficultés scolaires. Parmi ces derniers, 56 enfants présentent un TSA. Le diagnostic a été retenu après la confrontation des données de l'examen pédopsychiatrique et de l'examen neuropédiatrique, l'affinement par le bilan orthophonique et l'évaluation intellectuelle.

**Résultats :** Les enfants atteints de TSA ont été répartis de manière égale entre le milieu rural et le milieu urbain. Le niveau socio-économique a été bon dans 12 % des cas, moyen dans 31 % des cas et bas dans 57 % des cas. Le père avait un niveau scolaire supérieur dans 3,5 % des cas, secondaire dans 13 % des cas, primaire dans 65,5 % des cas et analphabète dans 18 % des cas. La mère avait un niveau scolaire secondaire dans 12,5 % des cas, primaire dans 50 % des cas et analphabète dans 37,5 % des cas. Dans 18 % des cas, des situations familiales perturbées ont été relevées.

Des facteurs de risque pré et/ou périnataux ont été notés dans 35 % des cas. Un ou plusieurs antécédents médico-chirurgicaux personnels ont été retrouvés chez 27,7 % des enfants atteints de TSA. Un retard du développement psychomoteur a été noté dans 7,6 % des cas. Les enfants atteints de TSA ont été droitiers dans 94,6 %, gauchers dans 1,7 % des cas et ils auraient une gaucherie contrariée dans 1,7 %.

**Conclusion :** Conformément aux données de la littérature, notre étude a soulevé la fréquence des facteurs pré et périnataux ainsi que des facteurs développementaux et psychosociaux associés aux TSA. Une évaluation étiologique qui tient compte de tous ces facteurs s'avère alors indispensable chez tous les enfants atteints de TSA afin de favoriser une prise en charge globale de ces enfants.

### PO 377 QUALITÉ DE VIE DES PARENTS AYANT UN ENFANT ATTEINT D'AUTISME

K. KHEMAKHEM, S. MALLEK, H. AYADI, A. WALHA,  
I. HADJKACEM, L. CHRIF, Y. MOALLA, F. GHRIBI

Service de Pédiopsychiatrie, CHU Hédi Chaker, SFAX, TUNISIE

**Introduction :** Lorsqu'un enfant reçoit, le diagnostic d'autisme cela provoque un bouleversement important dans la vie des parents. Cet handicap pourrait influencer leur qualité de vie. L'objectif de la présente étude est de décrire la qualité de vie des parents ayant un enfant atteint d'autisme et pris en charge dans le service de pédopsychiatrie au CHU Hédi Chaker de Sfax.

**Matériel et méthodes :** Notre étude est transversale, portant sur 25 parents d'enfants atteints d'autisme suivis au service de pédopsychiatrie durant les mois de janvier, février et mars 2012.

Nous avons utilisé le questionnaire (PAR-ENT-QoI) déterminant l'impact des troubles de l'enfant sur la qualité de vie des parents. C'est un questionnaire d'auto-évaluation, multidimensionnel et comportant 17 items. Il explore quatre

dimensions (émotionnelle, perturbation de l'emploi de temps, relation interfamiliale et santé générale).

*Résultats* : On a retrouvé les résultats suivants :

- La moyenne des scores émotionnels est de 3,41
- La moyenne des scores de perturbation de l'emploi de temps est de 3,34
- La moyenne des scores de la relation interfamiliale est de 2,60
- Et la moyenne des scores pour la santé générale est de 3,42.

*Conclusion* : Cette étude démontre que l'autisme altère la qualité de vie des parents d'enfants atteints d'autisme avec des perturbations sur le plan émotionnel, des perturbations de l'emploi de temps, et des effets sur la santé générale. Les relations interfamiliales semblent être les moins touchées.

### **PO 378 ANXIÉTÉ ET DÉPRESSION CHEZ LES ENFANTS ATTEINTS DE LEUCÉMIE AIGUË**

A. WALHA (1), C. SAHNOUN (1), M. MDHAFFAR (2), S. MALLEK (1), I. HADJ KACEM (1), K. KHEMAKHEM (1), H. AYADI (1), Y. MOALLA (1), M. ELLOUMI (2), F. GHRIBI (1)

(1) Service de Pédiopsychiatrie, CHU Hédi Chaker, SFAX, TUNISIE

(2) Service d'Hématologie CHU Hédi Chaker, SFAX, TUNISIE

*Introduction* : Les leucémies aiguës constituent les cancers les plus fréquents chez l'enfant et représentent un tiers des cancers en pédiatrie.

La découverte de leucémie aiguë chez l'enfant marque souvent l'entrée dans un lourd et long processus de soins. Si le corps doit affronter de rudes épreuves, le psychisme n'est pas épargné.

L'objectif de la présente étude est de déterminer la prévalence de l'anxiété et de la dépression chez les enfants atteints de leucémie aiguë.

*Matériel et méthode* : Notre étude est transversale réalisée entre le mois d'avril et de juin 2012 auprès de 25 enfants et adolescents qui ont été hospitalisés au service d'hématologie au CHU Hédi Chaker de Sfax (Tunisie) pour leucémie aiguë.

Pour ces patients, nous avons procédé à la passation du HADS (hospital anxiety and depression scale).

*Résultats* : L'âge moyen des patients était de 9,72 ans (âges extrêmes 5 et 16 ans). Le sex-ratio était de 0,92. La durée d'évolution de la leucémie était inférieure ou égale à 6 mois dans 80 % des cas et supérieur à 6 mois dans 20 % des cas. La prévalence de la dépression était de 52 % et celle de l'anxiété était de 30 %.

La coexistence de manifestations anxio-dépressive était présente dans 18 % des cas.

*Conclusion* : Les résultats de cette étude ont permis de mettre en exergue la sur-représentation des manifestations dépressives et anxieuses chez les enfants atteints de leucémie aiguë. Le dépistage précoce de ces troubles anxio-dépressifs s'avère nécessaire afin d'améliorer la qualité de vie de ces enfants.

### **PO 379 COGNITIONS CAUSALES ET THÉORIE DE L'ESPRIT CHEZ LES ENFANTS AYANT DES TROUBLES ENVAHISSANTS DU DÉVELOPPEMENT**

N. CHAIEB, S. HALAYEM, H. BEN YAHIA, A. HARRATHI, Z. ABBES, F. CHARFI, S. OTHMEN, A. BELHAJ, A. BOUDEN

Hôpital Razi, TUNIS, TUNISIE

*Introduction* : Le concept de la Théorie de l'Esprit (ToM) fait référence à la capacité d'attribuer un état mental à soi-même ou à autrui pour expliquer et prédire des comportements. Cette capacité nécessite un mécanisme cognitif complexe exploré par plusieurs tests. Certains ont permis de supprimer l'implication de la reconnaissance des expressions faciales de minimiser l'intervention de la mémoire et des capacités langagières. Ces avantages sont particulièrement intéressants dans l'exploration des enfants souffrant de troubles envahissants du développement (TED), troubles où les déficits en ToM pourraient être responsable de troubles du langage et des interactions sociales.

*Objectifs* : Évaluer si les capacités en théorie de l'esprit chez les enfants ayant des troubles envahissants du développement sont dépendantes de précurseurs plus élémentaires tel que les cognitions causales.

*Matériels et méthodes* : Étude comparative portée sur deux groupes de 12 enfants chacun, appariés par âge et par sexe. Le premier groupe celui d'enfants présentant des troubles envahissants du développement sans retard mental associé, le deuxième groupe composé d'enfants témoins. Tous les enfants ont été testés par l'épreuve des triangles animés et les matrices de Raven.

*Résultats* : 24 enfants âgés de 6 à 12 ans ont été testés. Une différence significative a été retrouvée entre ces deux groupes concernant le caractère approprié des réponses, l'intentionnalité et la longueur des réponses au niveau des trois modalités physique, biologique et psychologique de l'épreuve.

*Conclusion* : Ces résultats confortent les données de la littérature sur l'altération de la perception des différents degrés de causalité dans les performances en théorie de l'esprit chez les enfants souffrant de troubles envahissants du développement.

### **PO 380 IMPACT PSYCHOLOGIQUE DU DIABÈTE INFANTO-JUVÉNILE**

L. KHALILI (1), S. ID BARKA (1), I. FOUAD (2), S. BELBACHIR (1), F.Z. SEKKATE (1)

(1) Hôpital Ar-Razi CHU Ibn Sina, SALÉ, MAROC

(2) Hôpital d'Enfant CHU Ibn Sina, RABAT, MAROC

Le diabète est une maladie chronique nécessitant une prise en charge à long terme et peut exposer à des complications invalidantes et potentiellement mortelles. Compte tenu de l'âge, l'enfant et l'adolescent risquent des troubles psychiques à type de dépression, d'anxiété, et baisse de l'estime de soi pouvant conduire à une altération marquée de leur qualité de vie.

**Objectif :** Décrire les troubles psychiques rencontrés chez l'enfant et l'adolescent diabétique et évaluer l'impact sur la qualité de vie et sur l'estime de soi chez cette tranche d'âge.

**Méthodologie :** Étude prospective observationnelle portant sur un groupe d'enfants et adolescents diabétiques suivi en 2012 à l'hôpital d'enfant-CHU Ibn Sina Rabat au moyen d'un hétéro questionnaire recueillant les données sociodémographiques des enfants et adolescents, l'échelle RCADS évaluant la dépression et l'anxiété, l'échelle de DUKE pour la qualité de vie et le ROSENBERG pour l'estime de soi.

**Résultats :** Analyse descriptive et fonctionnelle SPSS 13.0 en cours.

### **PO 381 LA DYSLEXIE : INVESTIGATIONS ET PROGRÈS THÉRAPEUTIQUES**

I. OUKHEIR (1), B. SAKR (2), G. BENJELLOUN (1)

(1) Service de Pédiopsychiatrie, CHU Ibn ROCHD, CASA-BLANCA, MAROC

(2) Service de Psychiatrie, CHU MOHAMED VI, MARRAKECH, MAROC

**Introduction :** Déficit sévère et durable dans les processus d'acquisition de la lecture chez un enfant d'intelligence normale, normalement scolarisé. Le 1/5 des enfants présentant des troubles de l'apprentissage sont dyslexiques.

**Classification :** – dyslexie phonologique : atteinte de la voie phonologique.

– dyslexie dyseidétique ou de surface : atteinte de la voie lexicale.

– dyslexie mixte ou profonde : atteinte des deux voies.

– dyslexie visuo-attentionnelle.

**Diagnostic :** Médical : – médecin scolaire : premiers examens de dépistage.

– neuropédiatre.

– examen ORL, ophtalmologique et avis génétique.

**Psychologique :** – fonctionnement psychologique.

– bilan psychométrique.

**Orthophonique :** évaluer le langage oral et écrit.

**Psychomotricité :** organisation spatio-temporelle.

**Physiopathologie et étiologie :**

**Origine sociale :** contexte socioculturel défavorable.

**Origine pédagogique :** n'est pas une cause de dyslexie mais un révélateur et facteur aggravant.

**Origine psychologique :** – Théories psycho-affectives : perturbation de la personnalité, de la relation à l'environnement.

– Théories psychogénétiques : situation familiale critique.

**Origine linguistique :** la complexité de la langue diminue les possibilités de compensation.

Origine génétique.

Prédominance masculine.

Caractère familial.

Origine Neurologique – problème fonctionnel auditif ou visuel.

– problème hémisphérique :

**Approche neuropsychologique :** spécialisation hémisphérique atypique.

**Approche neurobiologique :** Perturbation dans la migration des neurones vers les zones du langage de l'hémisphère gauche.

**Prise en charge :** rééducation orthophonique. D'autres rééducations si nécessaire. Soutien psychologique. Aménagement de la scolarité et outils pédagogiques.

**Évolution :** se prolonge pendant des années entraînant d'importantes difficultés scolaires.

Même lorsque la lecture est acquise, une dysorthographe importante persiste généralement.

**Conclusion :** Problème fréquent dont le retentissement sur les apprentissages scolaires est important. Son dépistage permet un diagnostic précoce. La prise en charge est symptomatique et pluridisciplinaire.

### **PO 382 LE COMPORTEMENT VIOLENT DES ADOLESCENTS EN MILIEU SCOLAIRE**

A. BEKKOUCHE, A. BOULEDROUA, H. ZEGHIB

EHS A/Errazi, ANNABA, ALGÉRIE

**Introduction :** Dans l'ensemble de la littérature, le terme de la violence a été utilisé dans un sens large pour désigner une vaste gamme de comportement, qui peut être :

– Psychologique : agression verbale, attitudes non verbales menaçantes.

– Physique : auto-agressivité, hétéroagressivité, clastcité et pyromanie.

**Objectif :** L'objectif de notre étude était d'étudier le comportement violent des adolescents en milieu scolaire.

**Matériel et méthodes :** Notre enquête a été menée le mois de janvier 2010 auprès de 200 élèves scolarisées dans deux lycées et deux CEM de la ville de Annaba.

C'est une étude transversale à visée descriptive portant sur les actes de violences commis par les adolescents scolarisés durant les six mois précédant le jour de l'enquête.

Enquête menée par un auto-questionnaire anonyme comportant 37 questions facile à remplir par tous.

**Résultats :** L'âge moyen des adolescents était de 16 ans ; sex-ratio 1,33 soit 4 garçons pour 3 filles. 71,5 % ont répondu avoir commis au moins une fois durant les six derniers mois un acte de violence, l'acte était intentionnel dans 72 % de cas. Les garçons sont plus violents que les filles soit 75 % des cas ; l'adolescent a commis un acte de violence d'une façon répété dans 70 % des cas. L'agressivité verbale vient en premier soit 51 % des cas, l'hétéroagressivité physique 28 % et dont 14 % ont causé des lésions modérés à graves, l'auto-agressivité représente 15 % et dont 93 % sont des consommateurs de SPA. 40 % des actes de violence sont commis à l'intérieur de l'école et dont 49 % à l'intérieur de la classe.

**Conclusion :** On constate que la violence des adolescents en milieu scolaire est devenue de plus en plus fréquente. Cette étude alerte sur l'ampleur du problème d'où la nécessité de l'élargir sur un échantillon représentatif de la wilaya pour mieux identifier les facteurs de risques et proposer une stratégie de prévention.

**PO 383****ADOLESCENTS ABUSEURS SEXUELS :  
REGARDS CROISÉS EN UNITÉ PÉDOPSYCHIATRIE**

R. GUILLAUME, Y. DEPAUW, P. FONTAINE

*Hôpital Vincent Van Gogh – CHU de Charleroi, MARCHIENNE,  
BELGIQUE*

L'unité pédopsychiatrique de l'Hôpital Van Gogh à Charleroi (Belgique) accueille des filles et garçons âgés de 10 à 18 ans, en situation de crise, pour des séjours résidentiels de 1 à 2 mois. Parmi les patients pris en charge, nous observons selon les années 2 à 5 % d'adolescents auteurs d'abus sexuel (s). La situation de crise est pour eux systématiquement liée au dévoilement des faits, dévoilement suivi habituellement par une injonction judiciaire de soins.

L'originalité de notre évaluation dépend de l'association de deux perspectives diagnostiques et thérapeutiques. Il s'agit, d'une part, de la perspective inhérente à toute prise en charge dans notre unité pédopsychiatrique, s'appuyant sur l'axe individuel, l'axe familial et l'axe communautaire. D'autre part, nous faisons appel à un regard extérieur, celui de l'équipe EPCP (Évaluation et Prise en Charge des Paraphilies) attachée à l'hôpital. L'examen par cette équipe se base sur un modèle cognitivo-comportemental et tient compte de facteurs environnementaux et sociologiques. Du croisement de ces deux regards, nous tentons d'évaluer au mieux la situation clinique de l'adolescent auteur d'abus sexuel. La réflexion des soignants de notre unité prend en compte, au-delà du symptôme, les enjeux psychiques de l'adolescence. L'équipe EPCP quant à elle s'éclaire notamment des témoignages de ses patients adultes pédophiles qui, dans leur grande majorité, ont débuté leur comportement déviant à l'adolescence. Notre souhait conjoint, au départ de ce dispositif, est de ne pas stigmatiser l'adolescent sur la base de son seul comportement abusif, de ne pas le réduire à son symptôme, sans toutefois banaliser l'éventuelle émergence d'une conduite sexuelle déviante s'inscrivant dans la durée.

**PO 384****TROUBLE ENVAHISSANT DU DÉVELOPPEMENT  
ET/OU TROUBLE PRIMAIRE DU LANGAGE**

Y.M. MERAT, M.H. DELISLE

*CHUS, SHERBROOKE, QC, CANADA*

La question du langage est intimement liée à celle plus globale de la communication chez l'enfant avec TED. Cependant la question d'un trouble primaire du langage se révèle complexe au regard du TED.

*Méthode* : À partir de quelques cas complexes (rapportés de manière synthétique) les auteurs envisagent deux hypothèses :

- celle du trouble primaire du langage chez l'enfant présentant un TED ;
- celle du trouble primaire du langage dont la sévérité peut faire évoquer un diagnostic de TED.

*Résultats* : Les auteurs discutent la validité des évaluations et observations multidisciplinaires effectuées à la « clinique TED » du service de pédopsychiatrie du CHUS pour établir

de tels diagnostics (complémentaires ou différentiels) et tentent d'en affiner les résultats.

En particulier, outre l'expertise orthophonique, une analyse qualitative de l'observation ADOS ainsi que les performances de l'enfant au PEP3 sont évaluées.

*Conclusion* : En l'état c'est surtout l'évolution de l'enfant qui nous donne la clé du problème. Cependant l'analyse qualitative des résultats d'évaluation semble apporter une réponse plus précoce.

Les auteurs évoquent d'autres méthodes possibles en particulier l'observation vidéo de l'enfant avec sa mère et ses proches.

Ils insistent sur l'intérêt d'une telle différenciation diagnostique impliquant des modalités plus adaptées de prise en charge précoce de l'enfant.

**PO 385****LES TROUBLES VISUELS AU COURS DE  
LA MALADIE D'ALZHEIMER : LE POINT DE VUE DE  
L'OPHTALMOLOGISTE ET L'AVIS DU PSYCHIATRE**

K. AIOUEZ (1), B. CHERRIH (2)

*(1) CHU Mustapha Bacha, ALGER, ALGÉRIE**(2) Centre d'Ophtalmologie Les Bananiers, ALGER, ALGÉRIE*

La plus fréquente des démences dégénératives (40 % à 69 %), en augmentation exponentielle, touchant environ 25 millions d'individus dans le monde, la maladie d'Alzheimer est caractérisée par une atteinte mnésique constituant le maître symptôme et critère clinique majeur qui peut être isolé ou associé à une ou plusieurs atteintes cognitives, avec à un stade de l'évolution de l'affection le syndrome aphaso-apraxy-agnosique. Parmi les symptômes qui peuvent être présents ou dominer le tableau clinique, les symptômes visuels forment la « variante visuelle de la maladie d'Alzheimer » : ces symptômes peuvent être de l'ordre de la difficulté d'écriture (agraphie), la difficulté de lecture (alexie), les difficultés de reconnaissance (agnosie visuelle, prosopagnosie). L'objectif de notre travail est de décrire tous les troubles visuels retrouvés au cours de la maladie d'Alzheimer, de comprendre les mécanismes neuro-ophtalmiques et neuro-cognitifs sous jacents.

*Mots clés* : Atrophie corticale postérieure-agnosies visuelles ; Champ visuel ; Maladie d'Alzheimer.

**PO 386****LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE FACE AUX TROUBLES  
MNÉSQUES DU SUJET ÂGÉ**S. ARFAOUI, H. ELLOUMI, A. LABBENE, O. MEZIOU,  
H. ZALILA, A. BOUSSETTA*Razi, MANOUBA, TUNISIE*

*Introduction* : Les troubles mnésiques sont une pathologie fréquente du sujet âgé. De nombreuses études montrent que les démences sont fréquemment sous-diagnostiquées. Les médecins généralistes sont les premiers pour repérer et prendre en charge ces troubles pour lesquels de nombreux pays ont émis des recommandations.

**Objectif :** Mettre en évidence la prise en charge des troubles mnésiques des sujets âgés par les médecins généralistes.

**Matériel et méthodes :** Nous avons effectué une étude transversale descriptive, menée auprès des médecins généralistes du grand Tunis, réalisée à l'aide d'un questionnaire semi-structuré qui comporte 24 questions à choix simple ou multiple. Il rassemble des informations démographiques concernant chaque médecin, des questions concernant leurs pratiques dans la prise en charge des démences et leur ressenti.

**Résultats :** Près de la moitié des médecins sollicités ont répondu au questionnaire. L'âge moyen des participants était de 46,8 ans ; la majorité des médecins généralistes n'ont aucun proche atteint d'une démence. Plus de la moitié de ceux ayant un proche atteint d'une démence ont déclaré que cela a influencé leur pratique. Les quatre principales sources de connaissances des médecins généralistes étaient : les formations continues, puis l'expérience professionnelle, à égalité avec la presse écrite (livres, revues de médecine) et enfin les études de médecine. Loin derrière viennent internet et les formations spécifiques en gériatrie. En cas de troubles de la mémoire, 40 % des médecins recherchaient un syndrome dépressif de manière systématique. Le test de mémoire le plus pratiqué était le mmSE. Plus que la moitié des médecins adressaient leurs malades aux spécialistes dont 33 % au neurologue et 20 % au psychiatre. La majorité des médecins généralistes ont déclaré ne pas instaurer le traitement anti-cholinestérasique.

**Conclusion :** La précocité du diagnostic de démence passe par une meilleure formation du médecin généraliste notamment sur une connaissance plus approfondie des symptômes de la maladie et des réseaux d'aide. Il faudrait développer les structures spécialisées de proximité, mettre en place un dépistage des troubles cognitifs chez le médecin généraliste et développer les liens entre médecins généralistes et spécialistes.

### **PO 387 ACTES MÉDICO-LÉGAUX ET DÉMENCES À L'HÔPITAL PSYCHIATRIQUE RAZI DE TUNIS**

A. MAAMRI, H. BOUJEMLA, S. CHARFI, W. MELKI, R. RIDHA

*Hôpital Razi, LA MANOUBA, TUNISIE*

**Introduction :** Les personnes âgées en général, et celles atteintes de démence en particulier courent davantage de risques d'être victimes de violence, de négligence ou d'auto-négligence. Ces personnes âgées démentes, du fait du vieillissement biologique et psychologique, des troubles du caractère, du comportement et des conduites sont eux-mêmes sources de violence pouvant amener à des actes médico-légaux.

**Objectifs :** Les objectifs de notre travail sont :

- Préciser le profil des malades mentaux âgés déments.
- Déterminer les caractéristiques de leurs actes médico-légaux.

**Méthodologie :** Notre travail a porté sur tous les malades âgés de plus de 60 ans, hospitalisés d'office, entre 1995 et 2012, dans le service de psychiatrie légale de l'hôpital Razi selon l'article 29 de la loi 92-83 du 3 août 1992 modifiée par la loi 2004-40 du 3 mai 2004, suite à un non-lieu pour cause de

démence au sens de l'article 38 du code pénal tunisien, et dont le diagnostic de démence a été porté au cours de l'hospitalisation.

**Résultats :** Notre étude a inclus 7 patients, dont l'âge moyen variait entre 65 et 90 ans. La majorité étant mariée, ayant un niveau socio-économique faible. Les actes médico-légaux étant des uxoricides (2 cas), des tentatives de meurtres (2 cas), une tentative de viol (1 cas), une violence à l'encontre de personnes (1 cas), des faux et corruptions (1 cas). La quasi-totalité, soit 6/7 cas a commis des crimes contre des personnes, avec une violence associée. Le diagnostic de démence a été retenu et tous les malades ont été adressés au service de neurologie pour un complément d'explorations. Le type de démence a été précisé dans 4 cas : démence mixte, maladie d'Alzheimer, démence due à la maladie de Huntington et démence due à une maladie de Parkinson.

**Conclusion :** La plupart des auteurs s'accordent sur le fait que la maladie la plus pourvoyeuse d'actes criminels graves est la démence avec des symptômes psychotiques ayant été à l'origine de crimes contre les personnes dans la quasi-totalité des cas.

### **PO 388 LE FARDEAU : ÉVOLUTION DU CONCEPT AU SEIN DE LA LITTÉRATURE**

I. BEN GHZAEIL, R. RAFRAFI, W. ABDEL GHAFAR,  
S. HECHMI, W. MELKI, Z. EL HECHMI

*Hôpital Razi, LA MANOUBA, TUNISIE*

**Introduction :** Le champ de recherche sur l'accompagnement des personnes en situation de handicap connaît un fort développement. Dans ce contexte, de nombreux chercheurs se sont intéressés à la question du fardeau des aidants.

**Objectifs :** On se propose de suivre l'évolution de ce concept dans la littérature.

**Méthodologie :** Base de recherche : med line.

**Résultat et discussion :** La première apparition du concept de fardeau dans la littérature remonte à 1963 dans un article de Grad et Sainsbury.

Initialement, il a été employé dans le champ de la santé mentale avant d'être étendu à d'autres domaines (cancérologie, médecine physique...). Les premiers travaux importants appartenaient au domaine de la gériatrie. Il a été défini comme un concept opérationnel à visée pratique pour les soignants (Zarit *et al.* 1980). Puis le fardeau a été défini par George & Gwyther de façon large comme les conséquences physiques, psychologiques ou émotionnelles, sociales, et financières de l'aide qu'elle soit professionnelle ou familiale. En un troisième temps, les dimensions objectives et subjectives de ce concept commençaient à s'individualiser avec Andrieu et Bocquet (1999).

De façon progressive, la conceptualisation du fardeau s'est référée de plus en plus au concept de stress (Hébert *et al.* 1999) pour s'en différencier (Bruchon-Schweitzer, 2002). Puis les travaux se sont intéressés aux conséquences délétères de la relation d'aide (Zarit 2007). Afin de mesurer ces dernières, une approche épidémiologique a permis dans un premier temps de prendre en compte les déterminants



contextuels (la situation économique, sociale et familiale de l'aidant) puis les stressseurs (déclencheurs) puis les facteurs protecteurs (modérateurs).

Néanmoins en dépit de cette vision dominante négative, ne laissant entrevoir que le tragique de la situation des aidants, certains auteurs se sont intéressés à l'aspect positif de la relation d'aide (Rigaux, 2009 ; Norton *et al.*, 2009).

*Conclusion* : Le rôle de l'aidant s'inscrit dans une histoire relationnelle de longue date avec la personne malade, l'aspect positif de cette relation devrait être valorisé.

**Mots clés** : Aidant ; Fardeau.

**PO 389**  
**LE FARDEAU DES AIDANTS DES PATIENTS**  
**SOUFFRANT DE DÉMENCE DE TYPE ALZHEIMER :**  
**REVUE DE LA LITTÉRATURE**

I. BEN GHZAEIL, W. ABDEL GHAFAR, R. RAFRAFI,  
 F. JLASSI, W. MELKI, Z. EL HECHLI

*Hôpital Razi, LA MANOUBA, TUNISIE*

*Introduction* : Le concept du fardeau connaît une évolution ininterrompue depuis son apparition. Initialement utilisé en gériatrie, il s'élargit pour englober les sujets âgés souffrant de troubles cognitifs et plus particulièrement la maladie d'Alzheimer.

*Objectifs* : On se propose d'étudier les particularités du fardeau dans le cas de la maladie d'Alzheimer à travers une revue de la littérature.

*Méthodologie* : Moteur de recherche : med line.

*Résultats* : 518 articles ont été répertoriés. 215 de ces articles ont été publiés dans des revues gériatriques, 73 dans des revues de psychiatrie. 62 dans des revues de neurologie. La première publication date de 1984 et depuis on assiste à une augmentation croissante des publications (41 en 2011) Différents volets de la relation d'aide ont été abordés : volet juridique (5) ; volet éthique (4) ; volet économique (27) ; volet préventif (3) ; les aspects socio-culturels (7).

Les aidants des patients ont été décrits : soignants (31), membres de la famille (48) ; enfants (4) conjoints (44), une comparaison selon le sexe de l'aidant (6).

Les répercussions sur la santé mentale de l'aidant ont été traités en terme de charge (8) ; bien être (4) ; qualité de vie (21) ; les complications psychologiques (10) dont la dépression (9) et l'anxiété (7).

Ainsi vu les répercussions lourdes de cette relation d'aide, plusieurs publications se sont intéressés à l'aide aux aidants (23) par la recherche des outils de mesure de fardeau (47), des validations d'échelles ont été proposés (7) ; des programmes de formations sur la charge (14) et une reconnaissance des prédictes d'institutionnalisation (16).

*Conclusion* : Afin de promouvoir la recherche en ce domaine, une attention particulière doit être attribuée aux validations de programmes de formation pour les aidants pour atténuer les répercussions négatives de cette relation.

**Mots clés** : Aidant ; Alzheimer (Burden ; caregiver ; alzheimer disease) ; Fardeau.

**PO 390**  
**OUTILS DE MESURE DU FARDEAU :**  
**REVUE DE LA LITTÉRATURE**

I. BEN GHZAEIL, R. RAFRAFI, W. ABDEL GHAFAR,  
 S. CHARRADI, W. MELKI, Z. EL HECHMI

*Hôpital Razi, LA MANOUBA, TUNISIE*

*Introduction* : Il existe une multitude d'échelles pour la mesure du fardeau ce qui fait écho à la diversité des conceptualisations.

*Objectifs* : On se propose de passer en revue les différentes échelles de mesure du fardeau et leur évolution à travers la littérature.

*Méthodologie* : Moteur de recherche : med line.

*Résultat et discussion* : Plusieurs échelles se sont intéressées aux différentes dimensions du fardeau : dimensions objective et subjective (Greene 1982, Montgomery 1985, Vitaliano *et al.* 1991), ou encore la mesure de la gravité des stressseurs (Rabins, Mace Lucas 1982). Certaines échelles mesurent la pression ou contrainte psychologique et physique (« strain ») (Robinson) ou les tracas quotidiens « hassles » (Kinney et Stephens 1989). Certains outils s'appuient sur un modèle d'évaluation complet intégrant les dimensions positives de la relation d'aide (Lawton, 1989).

Progressivement la nécessité d'évaluer les différences de fardeau selon le type d'aidant s'est imposée (Cantor, 1983, in Vitaliano *et al.*, 1991) avec une échelle spécifique au conjoint (le Screen for Caregiver Burden) ; aucune n'est spécifique aux enfants aidants.

Plus que la quantité de fardeau, la nature pourrait varier en fonction du profil de l'aidant, d'où l'intérêt d'outils multidimensionnels dont le Zarit Burden Inventory (ZBI).

Selon Andrieu et Bocquet (1999), le ZBI présente un intérêt du point de vue de la santé publique. Cet outil synthétique permet le dépistage de situations à risque.

Largement utilisé en clinique et en recherche, il couvre des domaines fort variés : santé, finances, vie sociale, relations interpersonnelles.

Le ZBI utilisé de façon plus fine pourrait permettre aux cliniciens de détecter des aspects particuliers du fardeau qui nécessitent une intervention.

*Conclusion* : Les échelles de mesure du fardeau se sont multipliées selon les diverses définitions du concept. Désormais le ZBI semble l'outil le plus sensible et spécifique.

**Mots clés** : Fardeau ; Outils de mesure ; Zarit.

**PO 391**  
**LES PSYCHOSES D'APPARITION TARDIVE CHEZ**  
**LES PERSONNES ÂGÉS : ÉTUDE DESCRIPTIVE**

N.I. HOUADEF, W. CHORFI, N. BOUDEF, A. AOUADI,  
 M. BOUDEF

*EHS Errazi, ANNABA, ALGÉRIE*

Les psychoses sont relativement fréquentes chez la personne âgée, elles surviennent dans des contextes variés : démence, dépression, delirium, schizophrénie tardive, paranoïa, et la symptomatologie varie d'un individu à l'autre. Dans cette

étude nous allons décrire les différents troubles mentaux qui sont apparus après l'âge de 50 ans, et qui ont nécessité une hospitalisation en milieu psychiatrique ; pour cela, nous avons sélectionné tous les patients hospitalisés pour la première fois au sein de l'EHS ERRAZI d'Annaba et qui sont âgés de plus de 50 ans, et ce durant la période qui s'étend du 01/01/2011 jusqu'au 31/12/2012 ; ensuite nous avons recueilli les données concernant ces patients ainsi que les diagnostics qui ont été posés ou rediscutés à leur admission, et nous avons étudié les caractéristiques de leur tableau clinique à l'aide d'échelle BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale) et le test mmSE (Mini Mental State Examination). L'étude est toujours en cours, et les résultats seront présentés le jour du congrès.

**Mots clés :** BPRS ; Démence ; MmSE ; Psychose tardive ; Schizophrénie tardive.

**PO 392**  
**IMPACT DES TROUBLES PSYCHIATRIQUES**  
**SUR LA QUALITÉ DE VIE DES PERSONNES**  
**ADULTES SOUFFRANT D'UN SYNDROME DE GILLES**  
**DE LA TOURETTE**

I. JALENQUES, F. GALLAND, L. MALET, D. MORAND,  
 G. LEGRAND, C. AUCLAIR, A. HARTMANN, P. DEROST,  
 F. DURIF

CHU de Clermont-Ferrand, CLERMONT-FERRAND, FRANCE

*Introduction :* Très peu d'études ont évalué la qualité de vie (QV) chez des personnes souffrant d'un syndrome de Gilles de la Tourette (SGT) à l'aide d'instruments standardisés d'évaluation. Ce travail évalue la QV de personnes adultes souffrant d'un SGT et les relations entre les dimensions physiques et psychologiques et la QV.

*Méthode :* Enquête anonyme par voie postale portant sur la QV, auprès des adhérents de l'Association Française Syndrome Gilles de la Tourette (AFSGT) âgés de 16 ans et plus. Les données cliniques et les mesures de QV ont été recueillies à l'aide de 4 questionnaires : un questionnaire sociodémographique et médical, la version Française du Word Health Organisation Quality Of Life Questionnaire (WHOQOL-26), la version Française du Fonctional Status Questionnaire (FSQ) et un questionnaire d'auto-évaluation psychiatrique (SCL-90 R), tous validés en Français. Une analyse de régression pas à pas a été réalisée pour explorer spécifiquement les relations entre les dimensions physiques et psychologiques et les différents domaines de la QV dans le Syndrome Gilles de la Tourette.

*Résultat :* Les questionnaires ont été adressés à 303 personnes ; 167 (55 %) l'ont complété. Nos résultats, ajustés en fonction de l'âge et du sexe, montrent que les patients souffrant d'un SGT ont une QV altérée en comparaison de la population générale. La dépression, apparaît tout particulièrement comme significativement prédictive d'un impact dans tous les domaines de la WHOQOL-26 : psychologiques, mais aussi physiques et sociaux.

*Conclusion :* Cette étude démontre une relation forte entre la QV chez les patients souffrant de SGT et la présence de symptômes psychiatriques, en particulier de dépression.

**Mots clés :** Syndrome Gilles de la Tourette ; Qualité de vie ; Psychologie ; Troubles psychiatriques ; Dépression.

**PO 393**  
**ÉVALUATION DES CONDUITES SUICIDAIRES**  
**DANS LE CADRE DE LA PSYCHIATRIE DE LIAISON**

M. BARRIMI, H. HLAL, R. AALOUANE, I. RAMMOUZ

CHU Hassan II, FÈS, MAROC

À travers une étude prospective sur 24 mois, colligée au sein du Centre Hospitalier Universitaire Hassan II à Fès, nous avons évalué dans le cadre de l'activité de psychiatrie de consultation-liaison, les suicidants hospitalisés dans les différents services médico-chirurgicaux après une tentative de suicide violente.

*Objectifs :* Les objectifs de notre travail étaient de décrire le profil clinique et épidémiologique des suicidants admis aux différents services du CHU, d'identifier les méthodes utilisées, les troubles psychiatriques sous-jacents et d'évaluer les facteurs de risque de passage à l'acte auto-agressif.

*Patient et méthodes :* Il s'agit d'une étude prospective sur 24 mois, étalée sur une période allant de janvier 2010 à décembre 2011. 31 patients ont été inclus dans notre étude. Les données sont recueillies à l'aide de questionnaires comprenant 24 items.

*Résultats :* Sur une période de 24 mois, allant du janvier 2010 au décembre 2011, 31 suicidants âgés entre 13 et 65 ans ont été inclus dans notre travail dont 60 % étaient de sexe masculin, 45 % des patients avaient des antécédents psychiatriques, 26 % de nos patients étaient hospitalisés en réanimation et 23 % en chirurgie viscérale. Les moyens les plus utilisés par les patients étaient : l'ingestion de caustiques et l'intoxication médicamenteuse dans 26 % chacun. Les pathologies psychiatriques les plus diagnostiquées selon le DSM IV étaient, un trouble dépressif dans 52 % des cas, et un trouble psychotique dans 36 % des cas.

**PO 394**  
**DÉPRESSION DU SUJET ÂGÉ, GLISSEMENT**  
**OU EFFONDREMENT PSYCHOSOMATIQUE**

M. BENABBAS (1), O. BENELMOULOUD (2)

(1) HMRUC, CONSTANTINE, ALGÉRIE

(2) EHS Psychiatrie, CONSTANTINE, ALGÉRIE

Carrie a proposé en 1956 le terme de syndrome de glissement pour décrire « un processus d'involution et de sénescence porté à son état le plus complet » et qu'il oppose aux cachexies terminant une affection chronique par l'atteinte d'un organe déterminé.

Depuis lors le terme a eu une fortune variable : il est d'une part employé très largement mais dans des acceptions diverses tour à tour syndrome dépressif plus ou moins masqué, syndrome somatique négligé, état d'hospitalisme rendant compte de la négligence du personnel soignant...

Au fait il est spécifique au sujet âgé, marqué par une détérioration rapide de l'état général déclenché par une affection médicale aiguë chirurgicale ou psychique dont il peut être séparé par un intervalle libre et qui évolue vers la mort en l'espace de quelques jours.

Ce syndrome sera détaillé à travers une vignette clinique très représentative.

**PO 395**  
**TROUBLES PSYCHIATRIQUES CHEZ LES FAMILLES**  
**DE PATIENTS SOUFFRANT DE POLYKYSTOSE**  
**RÉNALE**

F. LAHLOU, F. LAHLOU

*CHU Hassan II, FÈS, MAROC*

*Introduction* : La polykystose rénale est une maladie héréditaire conduisant à l'insuffisance rénale chronique. Après avoir posé le diagnostic chez le patient, un dépistage se fait systématiquement chez les membres de la famille.

À partir des constatations de la part des néphrologues autour des réactions des malades ayant une polykystose rénale et de leur famille, surtout après l'annonce de la maladie et de son caractère héréditaire et des préoccupations anxieuses s'installent : Seront-ils en mesure d'accepter la maladie si les tests de dépistage sont positifs ? Comment les membres non affectés feront-ils face à leurs apparentés affectés ? De ce fait, les troubles anxio-dépressifs prédominent les troubles psychiatriques chez cette population, rendant la prise en charge et la relation médecin-malade plus difficile.

*Méthodologie* : Étude transversale d'évaluation clinique psychologique au sein du service de néphrologie du CHU Hassan II de Fès ayant comme population cible les parents de 1<sup>er</sup> degré des patients ayant une polykystose rénale, les données sont évaluées à partir d'un hétéro questionnaire recueillant les données sociodémographiques et la passation de l'inventaire de dépression de Beck et l'échelle d'anxiété de Hamilton.

*Résultats* : jusqu'à ce jour, il y a eu accueil de 11 familles, avec un nombre de 49 personnes. Les résultats descriptifs sont en cours.

**PO 396**  
**PSYCHIATRIE DE LIAISON**  
**ET ADDICTOLOGIE DE LIAISON : DIFFÉRENCES**  
**ET COMPLÉMENTARITÉ EN CLINIQUE**

M. PARADIS (1), T. CHINET (1), E. ROUVEIX (1), S. CONSOLI (2)

(1) *CHU Ambroise Paré, BOULOGNE BILLANCOURT, FRANCE*  
 (2) *Hôpital Européen Georges Pompidou, PARIS, FRANCE*

La psychiatrie de liaison s'est développée au cours des dernières décennies pour répondre aux besoins en santé mentale des patients hospitalisés à l'hôpital général. Elle se situe à l'interface de la psychiatrie et de la médecine « somatique », plus précisément elle s'occupe des patients hospitalisés en médecine ou en chirurgie avec des troubles psychiatriques. Elle s'inscrit dans une approche globale du patient et de son entourage, et s'appuie sur un modèle bio-psycho-social.

L'addictologie de liaison apparaît comme le confluent des pratiques de liaison développées notamment en alcoologie, tabacologie et toxicomanie.

Mr K. est hospitalisé en pneumologie pour une tuberculose pulmonaire. Un avis psychiatrique est demandé pour un épisode délirant aigu avec agitation, ne répondant pas aux neuroleptiques. On retrouve un alcoolisme chronique sevré depuis l'hospitalisation d'il y a un mois, suivi d'une prise en charge en Service de Soins de Suite et Réadaptation, et une toxicomanie substituée (le patient est sous Méthadone). Le

patient est marié, a 3 enfants et travaille dans la récupération de métaux. À l'entretien, on ne retrouve pas d'éléments délirants, avec un niveau socio-culturel bas et un patient se plaignant essentiellement d'une angoisse majeure mal systématisée et de symptômes de manque aux opiacés. La prise en charge a conduit à éliminer une pathologie psychiatrique, à objectiver un sous-dosage opiacé secondaire aux inducteurs enzymatiques pour traiter la tuberculose de Mr K, et à travailler en étroite collaboration avec les somaticiens pour trouver un traitement adéquat permettant de prendre en charge ses comorbidités addictives et somatiques.

Le cas de Mr K et l'évolution de son tableau clinique nous ont rappelé combien la consommation de substances psychoactives ainsi que les phénomènes de sevrage peuvent modifier de façon spectaculaire le comportement des patients, d'où l'importance d'une étude fine et systématisée des symptômes d'allure psychiatrique observés en milieu médical et de l'articulation d'une double expertise en psychiatrie et addictologie de liaison.

**PO 397**  
**NEUROFIBROMATOSE TYPE I ET SCHIZOPHRÉNIE :**  
**À PROPOS D'UN CAS**

H. ZEMMAMA, S. RHARRABTI, K. EL AYOUBI IDRISSE,  
 I. RAMMOUZ, R. AALOUANE

*Service de Psychiatrie CHU Hassan II FÈS, FÈS, MAROC*

La neurofibromatose 1 (NF1) ou maladie de Von Recklinghausen est l'une des maladies génétiques les plus fréquentes. C'est une affection autosomique dominante. Le tableau clinique de la NF1 associe le plus souvent, de multiples taches café au lait, des lentigines axillaires et inguinales, des neurofibromes cutanés et des nodules de Lisch. Les difficultés d'apprentissage sont fréquentes et font la gravité de certaines formes cliniques.

La neurofibromatose de type 1 (NF1) est souvent associée aux troubles psychiatriques. Ils sont plus fréquents chez les patients atteints de NF1 que dans la population générale (33 % des patients). La dysthymie est le diagnostic le plus fréquent (21 % des patients).

Les troubles de l'humeur de type dépressif (7 % des patients), les troubles anxieux (1 à 6 % des patients) et les troubles de la personnalité (3 % des patients) sont les plus observés. Le risque suicidaire est également accru (4 fois plus que dans la population générale). Le trouble de l'humeur bipolaire et la schizophrénie sont rares.

Nous exposons à travers cette observation le cas d'un patient de 30 ans qui présente des taches café au lait dispersées sur tout le corps dont le nombre dépasse 6 et la taille est supérieure à 1,5 cm, des neurofibromes avec une prédominance au niveau du dos et du thorax et qui a consulté au service des urgences psychiatriques du CHU Hassan II de Fès pour des troubles de comportement. L'examen psychiatrique a révélé une dissociation franche sur le plan du contact et des affects, ainsi que des troubles perceptifs. Le diagnostic d'une schizophrénie désorganisée a été retenu. Le patient a bénéficié d'une prise en charge psychiatrique en parallèle d'une prise en charge neurologique et ophtalmologique pour un bilan d'extension éventuel.

À partir de ce cas clinique, nous discutons la relation entre la neurofibromatose de type 1 (NF1) et la schizophrénie. Plusieurs hypothèses étiopathogéniques seront abordées et comparés aux données de la littérature.

**PO 398**  
**TROUBLES PSYCHIATRIQUES**  
**RÉVÉLANT UNE TUMEUR CÉRÉBRALE**

M. CHAACHOUÏ (1), J. MOUNACH (2)

(1) *Hôpital Militaire Moulay Ismail, MEKNÉS, MAROC*

(2) *Hôpital Militaire d'Instruction Mohamed V, RABAT, MAROC*

*Introduction* : Les tumeurs cérébrales affectent souvent des adultes jeunes. Elles peuvent se développer de manière insidieuse, en l'absence de symptômes neurologiques de focalisation. Les troubles de la vigilance, les troubles cognitifs, des modifications de l'humeur, du comportement, ainsi que des troubles psychotiques peuvent en constituer les manifestations principales ou en compliquer le cours évolutif.

*Observation* : Il s'agit d'un patient de 40 ans, sans antécédents pathologiques notables, sans emploi, habitant la région de Meknès au Maroc, qui consulte suite à des troubles du comportement. Il a présenté, de manière brutale, des idées délirantes polythématiques, pauvres, à mécanisme surtout hallucinatoire avec des hallucinations auditives et visuelles associées à des bizarreries du comportement. Le patient a consulté un psychiatre de ville et a été mis sous traitement neuroleptique : halopéridol 10 mg/j et chlorpromazine 150 mg/j sans amélioration notable voire une aggravation de la symptomatologie initiale. À l'entretien le patient présentait toujours des idées délirantes et on note une aggravation des phénomènes hallucinatoires, une labilité émotionnelle marquée, des troubles cognitifs associés (troubles mnésiques, apraxie...) L'examen neurologique était sans particularité. Devant ce tableau clinique atypique, on a réalisé une TDM cérébrale qui a révélé une tumeur cérébrale du lobe pariétal droit. L'évolution a été malheureusement défavorable, le patient est décédé des suites d'une hémorragie cérébrale alors qu'il était hospitalisé pour un bilan préopératoire.

*Discussion* : Les données de la littérature sont nombreuses à décrire des manifestations psychiatriques chez des patients atteints de tumeurs cérébrales. Ces manifestations peuvent résumer à elles seules le tableau clinique en l'absence de signes neurologiques retardant dramatiquement le diagnostic et la prise en charge. Les troubles psychiatriques observés sont souvent très variables, et ont peu de valeur localisatrice.

*Conclusion* : La survenue brutale de troubles psychiatriques chez un patient sans antécédents pathologiques particuliers, même en l'absence de manifestations neurologiques, doit toujours inciter à réaliser une imagerie cérébrale surtout devant des tableaux psychiatriques atypiques.

**PO 399**  
**SURVEILLANCE DU RISQUE MÉTABOLIQUE CHEZ**  
**LES PATIENTS SOUFFRANT DE TROUBLES**  
**PSYCHIATRIQUES TRAITÉS PAR NEUROLEPTIQUES**

N. LARBI, C. PLANCHE-JANVIER

*CH Jacques Lacarin, VICHY, FRANCE*

Le volet biologique à base de neuroleptiques fait partie des armes thérapeutiques visant à améliorer la symptomatologie et la qualité de vie de certains patients souffrant de troubles psychiatriques. Or, il existe dans cette population une surmortalité-morbidité importante, dont les troubles métaboliques, d'étiologies diverses parmi lesquelles les neuroleptiques. Compte tenu de cela, le thérapeute est invité à surveiller le risque métabolique chez les patients traités au long cours par ces traitements selon des guidelines établis et reconnus. Notre étude a été réalisée au sein du Pôle de Psychiatrie du CH de Vichy. Notre méthodologie a consisté en une analyse rétrospective de la présence et de l'accessibilité d'indicateurs dans les dossiers de 37 patients à une date aléatoirement définie. Les données ont été analysées par un trinôme médecin-cadre-IDE, à partir des grilles de recueils préalablement établies, regroupant divers critères dont les valeurs de tension artérielle, de glycémie à jeun, du bilan lipidique, du poids, de l'IMC et du périmètre ombilical, aux différents temps et fréquences préconisés dans les recommandations de l'afssaps, notre référentiel. Nous avons obtenu des résultats affirmant la présence de troubles métaboliques dans notre population, avec des prévalences conformes aux données de la littérature. Néanmoins, les résultats sont peu significatifs du fait d'un échantillon trop réduit. D'autre part, notre analyse pointe un manque de données important dans les dossiers-patients, dont notamment le statut métabolique à l'instauration du traitement neuroleptique (T0), et plus globalement les valeurs de l'IMC et du bilan lipidique. En conclusion, cette étude met en évidence une surveillance du risque métabolique aléatoire et non conforme aux guidelines. Il serait intéressant d'envisager un échantillon plus important afin d'augmenter la puissance de l'étude. Suite à ces résultats, un plan d'amélioration a été conduit, et des outils ont été créés pour mieux surveiller le risque métabolique et proposer des actions de prévention. Nous projetons d'évaluer son impact à un an (Fig. 6).



FIG. 6.

**PO 400**  
**PRÉVALENCE ET FACTEURS ASSOCIÉS**  
**À L'OBÉSITÉ CHEZ DES PATIENTS BIPOLAIRES**  
**DE TYPE I**

B. AMAMOU (1), A. EZZAHER (2), D. HAJ MOUHAMED (2),  
 A. GZARA KALLEL (1), M.F. NAJJAR (2), L. BEN AMOR (1),  
 L. GAHA (1), W. DOUKI (2), A. MECHRI (1)

(1) *Service de Psychiatrie, CHU Fattouma Bourguiba, MONASTIR, TUNISIE*

(2) *Laboratoire de biochimie toxicologie, CHU Fattouma Bourguiba, MONASTIR, TUNISIE*

*Introduction* : L'obésité est un problème de santé important et un facteur de risque lié à plusieurs problèmes physiques et limitations fonctionnelles et à une diminution de la qualité de vie. Cependant, même si les conséquences physiques de l'obésité sont bien établies, la relation entre l'obésité et les troubles mentaux et en particulier les troubles de l'humeur demeure mal définie.

*Objectif* : L'objectif de ce travail était de déterminer la prévalence et les facteurs associés à l'obésité chez une population de patients bipolaires type I.

*Méthode* : Nous avons mené une étude transversale descriptive et analytique portant sur 120 patients (79 hommes et 41 femmes, d'âge moyen :  $39,4 \pm 11,8$  ans) ayant reçu le diagnostic de trouble bipolaire type I (DSM IV). La plupart des patients (56 %) étaient en rémission. Les caractéristiques sociodémographiques, cliniques et thérapeutiques ont été recueillies sur dossier grâce à une fiche préétablie. Tous les patients ont bénéficié d'un examen physique avec mesure du poids, de la taille et de l'index de masse corporelle (BMI). L'obésité était définie par un  $BMI \geq 30 \text{ kg/m}^2$ .

*Résultats* : La prévalence de l'obésité était de 31,4 %. L'obésité était significativement plus fréquente chez les patients de sexe féminin ( $p = 0,04$ ). Les antécédents familiaux somatiques étaient plus fréquents chez les patients obèses par rapport aux autres patients ( $p = 0,04$ ). Le nombre des épisodes dépressifs antérieurs était plus élevé chez les patients obèses :  $1,5 \pm 1,8$  versus  $0,8 \pm 1,1$  chez les patients avec poids normal. La durée de la maladie bipolaire était significativement plus importante chez les patients obèses ( $p = 0,01$ ). Par ailleurs, aucune différence n'a été trouvée concernant les autres caractéristiques cliniques et thérapeutiques.

*Conclusion* : Nos résultats montrent la fréquence de l'obésité chez les patients souffrant de trouble bipolaire type I, ce qui concorde avec les données de la littérature suggérant son association au nombre des épisodes dépressifs et à la durée des troubles. Ces données soulignent l'intérêt d'instaurer des mesures spécifiques et des programmes de contrôle du poids chez ces patients.

**PO 401**  
**ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DE VIE**  
**CHEZ LES PATIENTS ATTEINTS DE CONNECTIVITÉ**

S. OMRI, L. ZOUARI, M. JALLOULI, Y. CHÉRIF,  
 J. BEN THABET, N. CHARFI, N. ZOUARI, Z. BAHLOUL,  
 M. MÂALEJ

*CHU Hédi Chaker, SFAX, TUNISIE*

*Objectif* : Évaluer la qualité de vie (QDV) des patients atteints de connectivité.

*Patients et méthodes* : Notre étude était de type transversal. Elle a concerné 32 patients, suivis au service de médecine interne au CHU Hédi Chaker à Sfax-Tunisie, chez qui le diagnostic d'une connectivité a été retenu.

Pour chaque patient ont été recueillies les données sociodémographiques (âge, sexe, niveau d'étude...), cliniques (type de la connectivité, signes cliniques, délai d'évolution de la maladie...) et thérapeutiques (durée et nature du traitement...).

L'évaluation de la QDV a été faite à l'aide de l'échelle SF-36 qui est un auto-questionnaire comprenant 36 items. La QDV est considérée comme altérée si le score moyen global (SMG) est inférieur à 66,7.

*Résultats* : L'âge moyen des patients était de 41 ans. Le sex-ratio était de 0,28. Soixante-dix pour cent étaient inactifs sur le plan professionnel.

La moitié des patients était suivie pour un lupus érythémateux disséminé, 15,6 % des cas étaient suivis pour une polyarthrite rhumatoïde. La durée moyenne d'évolution de la maladie était de 50,6 mois. Tous étaient sous traitement au moment de l'enquête. Quarante pour cent étaient informés de la vraie nature de leur maladie.

La qualité de vie était altérée chez 90,6 % de nos patients. Le SMG était de  $43,7 \pm 14,1$ . Les dimensions limitation physique et santé perçue étaient les plus altérées (respectivement  $25,8 \pm 38,8$  et  $29,5 \pm 14,7$ ) alors que la dimension limitation psychique était la plus respectée ( $65,6 \pm 38,3$ ).

La composante physique était plus altérée que celle psychique ( $38,7 \pm 18,1$  vs  $44,8 \pm 11,9$ ).

*Conclusion* : La perception de la QDV et son évaluation chez les patients atteints de connectivités doit prendre toute leur valeur. En effet, la détermination des dimensions les plus altérées permet au praticien de dépasser la simple appréciation clinique pour englober en plus les aspects psychiques et sociaux de la pathologie.

**PO 402**  
**MALADIES INFLAMMATOIRES CHRONIQUES**  
**DE L'INTESTIN ET QUALITÉ DE VIE**

H. BEN AMMAR (1), R. CHIHANI (1), H. ZALILA (1),  
 M. FEKI (2), A. FILALI (2), A. BOUSSETTA (2)

(1) *Hôpital Razi, MANOUBA, TUNISIE*

(2) *Service Gastrologie Hôpital Rabta, TUNIS, TUNISIE*

L'évolution chronique, éventuellement invalidante, des maladies inflammatoires de l'intestin a un important retentissement psychologique et constitue souvent, à long terme, un facteur de handicap.

L'objectif de notre étude est d'évaluer la qualité de vie des patients porteurs d'une maladie inflammatoire chronique de l'intestin, de les comparer à un groupe témoin et de déterminer les facteurs prédictifs d'une qualité de vie altérée.

Nous avons mené une étude prospective auprès de 70 patients suivis pour une maladie de Crohn, en rémission depuis au moins 6 mois, et 70 témoins appariés selon l'âge et le sexe.

Une fiche de renseignements explorant les caractéristiques socio-démographiques, cliniques et thérapeutiques a été remplie pour chaque sujet. La qualité de vie a été évaluée à l'aide d'un instrument générique et multidimensionnel : le SF36 (36 short form health survey) dans sa version arabe qui est validée.

Près des trois quart des patients interrogés (74,28 %) avaient une qualité de vie altérée (score < 66,7) *versus* 42,85 % du groupe témoin avec une différence significative ( $p = 0,026$ ). Par rapport aux sujets contrôles, les patients avaient des scores moins bons sur toutes les échelles du SF36.

Dans le groupe des malades, la composante mentale est altérée dans 78,75 % des cas, alors que la composante physique est altérée dans 65,71 % des cas. La dimension la plus altérée était D8 (la santé perçue), suivie par D4 (la santé psychique), puis D5 (les limitations dues à la santé psychique). La dimension la plus conservée est la santé physique.

Certains facteurs ont été corrélés significativement à une qualité de vie altérée ( $p < 0,05$ ) : l'âge avancé, le sexe féminin, l'ancienneté de la maladie, l'activité de la maladie, l'existence de manifestations extra-intestinales, les antécédents de poussées compliquées et le recours à un traitement chirurgical.

Notre étude montre que les difficultés psychoaffectives sont fréquentes parmi les sujets porteurs d'une maladie inflammatoire chronique de l'intestin. Des stratégies conçues spécifiquement pour apporter un soutien psychologique, médical et social approprié doivent être élaborées de manière à améliorer les conditions de vie psychologiques des patients et à réduire le fardeau que la maladie fait peser sur eux.

#### **PO 403** **ÉVALUATION DU POTENTIEL SUICIDAIRE CHEZ** **LES PATIENTS SOUFFRANT DE SCHIZOPHRÉNIE**

H. HOCINE

*Faculté de Médecine, ANNABA, ALGÉRIE*

*Introduction* : L'incidence du suicide en psychiatrie va de 137 et 384/100 000 et sur l'ensemble des personnes décédées par suicide 8 % souffraient de schizophrénie. L'objectif de notre étude était d'évaluer le potentiel suicidaire chez les patients souffrant de schizophrénie suivis à l'hôpital psychiatrique et de déterminer les facteurs de risque associés à un potentiel suicidaire élevé chez ces patients.

*Matériel et méthode* : Nous avons mené une étude transversale descriptive sur 250 patients suivis à l'EHS ER RAZI. L'étude s'est déroulée d'octobre 2010 à 2011. Les données étaient recueillies à partir d'entretiens semi-structurés et complétées à partir des dossiers médicaux. L'évaluation du potentiel suicidaire s'est faite selon la fiche d'évaluation du potentiel suicidaire de J-L. Terra et M. Pacaut Troncin.

*Résultats* : Sur 250 patients examinés, plus de la moitié étaient hospitalisés. 75 % étaient des hommes et autant avaient moins de 40 ans. 36 % avaient des antécédents de tentatives de suicide et 19 % se sentaient désespérés au moment de l'entretien. 12 % et 11 % présentaient respectivement une pathologie organique chronique et une dépendance à une substance toxique. 14 à 23 % ont vécu ou vivent des tensions intrafamiliales ou des conflits avec leurs

parents, un quart étaient confrontés à des difficultés économiques et d'insertion sociale.

13 % considéraient que le suicide était inévitable et 10 % avaient un niveau d'urgence élevé dont 7 % de tentatives de suicides récentes stoppées ou non complétées. Les moyens envisagés étaient majoritairement violents et corrélés au degré de désorganisation et à la présence d'un délire mystico religieux.

Les praticiens qui avaient examiné ces patients considéraient que seuls 5 % avaient un potentiel suicidaire élevé, et n'avaient recherché une crise suicidaire que lorsque le patient ou son entourage décrivaient un comportement ou un discours ayant trait au suicide.

*Conclusion* : Près de 15 % des patients étaient en crise suicidaire, alors que 5 % seulement étaient considérés comme suicidants si on se référait à l'examen d'entrée. L'évaluation systématique du potentiel suicidaire chez les patients souffrant de schizophrénie est indispensable.

#### **PO 404** **LA DÉPRESSION CHEZ LE SUJET ÂGÉ** **EN INSTITUTION : IMPACT DES COMORBIDITÉS**

N. BANNOUR, L. CHANNOUFI, R. DJEBBI, W. CHRIF,  
M. CHEOUR, S. ELLINI

*Hôpital Razi, MANOUBA, TUNISIE*

*Introduction* : De nos jours, on assiste à un vieillissement de la population. Ce vieillissement s'accompagne d'un taux important de dépressions chez les sujets âgés.

Or, la dépression du sujet âgé est fortement intriquée aux pathologies chroniques et dégénératives qui augmentent également avec l'âge.

Ces différentes comorbidités ainsi que la perte d'autonomie et la vie en institution constituent des facteurs de stress additionnels pour le sujet âgé déprimé.

*Objectif* : Évaluer l'impact du poids des comorbidités sur la dépression des sujets âgés de plus de 65 ans vivant en institution spécialisée.

*Méthodologie* : Dans le cadre d'une étude descriptive et transversale, nous avons interrogé 120 sujets, ayant plus de 65 ans, résidents au centre de protection des sujets âgés de la Manouba. Nous avons pour cela utilisé la version réduite à 15 items de la Geriatric Depression Scale (GDS-15). Les comorbidités ont été évaluées par l'échelle Cumulative Illness Rating Scale (CIRS-G).

Les sujets présentant un déclin cognitif important et chez qui la validité du GDS-15 est discutable ont été exclus de l'étude au moyen de la « grille d'évaluation des fonctions cognitives ».

*Résultats* : Notre étude est en cours d'élaboration. Nous avons commencé par relever les premiers résultats suivants :

- l'âge moyen est égal à 75 ans,
- le sex-ratio est de 2/3,
- une grande proportion de nos sujets est analphabète,
- le score GDS moyen est de 7,66/15. La note totale moyenne de CIRS-G est de 14,33,
- l'indice de gravité moyen au CIRS-G est de 0,77. Le score GDS est positivement corrélé à la note totale ( $p = 0,005$ ) et l'indice de gravité ( $p = 0,032$ ) au CIRS-G.

**Conclusion :** Les comorbidités, définies par la présence simultanée de plusieurs pathologies chroniques chez un même patient, représentent l'une des caractéristiques de la prise en charge gériatrique. Un dépistage adéquat et une prise en charge optimisée de ces comorbidités constitue un bon moyen de prévention de la dépression du sujet âgé.

**PO 405**  
**COMORBIDITÉ ANXIEUSE ET DÉPRESSIVE**  
**DANS L'ALGIE VASCULAIRE DE LA FACE :**  
**ET SI L'ON REVENAIT AU SUJET ?**

N. BOURVIS, J. VION-DURY

*Sainte-Marguerite, MARSEILLE, FRANCE*

En particulier, les travaux réalisés chez les patients souffrant d'Algie Vasculaire de la Face (AVF), – une forme de céphalée chronique survenant sous la forme de crises douloureuses très intenses de l'hémiface – montrent des résultats contradictoires. Afin de mieux connaître la nature des comorbidités psychiatriques dans l'AVF, nous avons réalisé auprès de 10 patients, des entretiens particuliers appelés « entretiens d'explicitation ». Ces entretiens, qui utilisent une méthodologie issue de la mise en pratique de la phénoménologie, permettent d'avoir accès aux vécus de conscience des sujets en cours de crise douloureuse. Ces vécus de conscience concernent à la fois la conscience réflexive (« consciousness ») mais également la conscience pré-réflexive (« awareness »). Les contradictions des études quantitatives de la littérature sont en grande partie levées par l'analyse du contenu des entretiens. Ceux-ci permettent de remettre en perspective certains des symptômes qui entrent dans les classifications des troubles psychiatriques, et de proposer une alternative pour leur compréhension. Sur le plan épistémologique, ce travail permet d'illustrer la richesse et la précision d'une approche subjective de la sémiologie, lorsque celle-ci est réalisée avec une méthode rigoureuse. Et de rappeler que l'utilisation des méthodes critériologiques suppose, pour garantir leur validité, une application systématique.

**PO 406**  
**PATIENTS SOUS CORTICOTHÉRAPIE :**  
**OBSERVANCE THÉRAPEUTIQUE ET EFFET**  
**SUR L'HUMEUR ET LA QUALITÉ DE VIE**

M. ABBES, J. MASMOUDI, G. MTIBAA, I. FEKI, O. OUTA, A. JAOUA

*CHU, Hédi Chaker, SFAX, TUNISIE*

**Objectif :** Étudier la qualité de vie chez les patients sous corticothérapie orale, la répercussion anxio-dépressive et hypomaniaque sur ces patients et l'influence de ces troubles sur l'observance thérapeutique.

**Matériels et méthodes :** Il s'agit d'une étude transversale descriptive dans le service de médecine interne du CHU Hédi Chaker de Sfax, pendant 04 mois (de juillet 2012 à octobre 2012). On a inclus dans cette étude 50 patients, après recueil de leur consentement oral, ayant reçu une corticothérapie générale supérieure ou égale à 10 mg de prednisone par jour pour une durée supérieure à un mois. Nous

avons utilisé les échelles suivantes : L'échelle HAD de l'anxiété-dépression, l'échelle SF-36 de qualité de vie, le score d'hypomanie d'ANGST et celui de MORISKY pour l'observance thérapeutique.

**Résultats :** La moyenne d'âge était de 43,43 +/- 16,11 (min : 15 ans, max : 78 ans). Les femmes ont été majoritaires à 68,3 %. L'âge de découverte de la maladie était de 38,24 +/- 14,28 ans. Nous avons noté que 31,6 % des sujets ont été atteints d'un LES, 17 % ont eu une maladie de Behcet...

Le score moyen d'anxiété était de 10,6 +/- 3,89. Le score moyen de dépression était de 8,75 +/- 4,035 (min = 2 ; max = 17). Le score moyen d'hypomanie était à 8,43 +/- 4,025. Nous avons remarqué que 53,7 % des patients appartiennent à un niveau 3 d'anxiété, et 40,56 % des patients ont un niveau dépressif certain selon le score HAD.

Des complications psychiatriques ont été notées chez 58,5 % des patients inclus dans l'étude avec un EDM chez 12,2 % des malades et un trouble anxieux dans 9,7 %. Les patients rapportaient des troubles du sommeil dans 24 % des cas avec troubles de comportement à type d'irritabilité et d'impulsivité dans 9,6 % des cas.

Nous avons noté que le score moyen de SF36 était de 56,55 +/- 15,21 (min = 27,67 – max = 82,5), et que 74 % des patients ont eu qualité de vie altérée touchant essentiellement la santé psychique (92,54 %).

**Conclusion :** Nos résultats suggèrent l'intérêt de chercher systématiquement des antécédents personnels psychiatriques et d'effectuer un examen psychiatrique avant l'introduction d'une corticothérapie générale, en vue de détecter précocement les sujets à risque nécessitant une surveillance particulière.

**PO 407**  
**COMORBIDITÉS SOMATIQUES ET SCHIZOPHRÉNIE**

S. CHARFI, L. CHENNOUFI, M. HADJ SELEM, A. MAAMRI, H. BOUJEMLA, W. CHERIF, M. CHEOUR

*Hôpital Razi, TUNIS, TUNISIE*

**Introduction :** Les comorbidités somatiques chez les patients schizophrènes sont peu reconnues et sous-diagnostiquées. Pourtant leur retentissement participe à la diminution de l'espérance de vie par rapport à la population générale. L'identification de ces comorbidités et une prise en charge adaptée permettrait d'obtenir une amélioration significative de la qualité et de l'espérance de vie.

**Objectifs :** L'objectif de notre travail est d'aborder les comorbidités les plus fréquentes, puis celles associées aux thérapeutiques et enfin les recommandations actuelles en termes de lutte contre ces pathologies.

**Méthodologie :** Nous avons recruté un échantillon de patients atteints de schizophrénie (DSM-IV) suivis dans le service de psychiatrie E à l'hôpital Razi (Tunis) et identifié les comorbidités les plus rencontrées parallèlement à une recherche sur la base de données MEDLINE sur la période allant de 2000 à 2012.

**Mots-clés utilisés :** « comorbidité » « schizophrénie ».

**Résultats :** Le risque d'apparition d'un diabète semble être plus élevé chez les patients atteints de schizophrénie par

rapport à la population générale. Il s'agit essentiellement du diabète de type 2. Cette forte prévalence pourrait être liée à la forte prévalence de l'obésité chez ces patients. Mais plusieurs cas sans surpoids ont été rapportés.

L'évolution chronique de la pathologie et une longue durée de traitement semblent être des facteurs de risque dans la survenue de l'obésité.

Des taux sanguins élevés de cholestérol total, de cholestérol LDL, de triglycérides et des taux bas de HDL cholestérol ont également été retrouvés dans une forte proportion dans notre échantillon.

L'apparition d'effets secondaires extrapyramidaux est fréquente mais semble être toutefois moindre avec les antipsychotiques de seconde génération.

La consommation de nicotine serait associée à une prévalence plus élevée de dyskinésies tardives.

*Résultats* : En cours.

*Conclusion* : Les comorbidités de la schizophrénie sont sous-évaluées et peuvent engager le pronostic vital des patients. Elles peuvent être évaluées grâce à des mesures simples et faire l'objet d'une prise en charge adaptée.

#### PO 408

##### LE SYNDROME DE COUVADE : SIGNE DE L'ÉVOLUTION DE LA PATERNITÉ ?

E. DEL VALLE (1), P. DELAFOND (2), N. HULO (2)

(1) CHU Tours, TOURS, FRANCE

(2) CH Laval, LAVAL, FRANCE

La place du père en périnatalité est souvent occultée. Toutefois, la littérature scientifique retrouve une importante prévalence de manifestations psychopathologiques. Par exemple, en 1965, Trethowan et Coulon estiment la prévalence du syndrome de couvade à 10 % alors que Bydowski associe ce phénomène à une identification maternelle qui caractérise les « nouveaux » pères. En outre, la paternité a connu de nombreux bouleversements sociétaux depuis la fin du xx<sup>e</sup> siècle.

Qu'est-ce que la couvade ? Quelles peuvent être les causes de ce phénomène peu connu ? Qu'en est-il de nos jours ? Peut-on faire un parallèle entre les nouveaux pères de la société d'aujourd'hui et des nouveaux pères psychiques ? La couvade est-elle toujours aussi fréquente ? Peut-elle être le signe d'une nouvelle paternité ?

L'enquête présentée a pour objectifs principaux de connaître les spécificités psychopathologiques durant la grossesse et les jours suivants un accouchement chez les pères de la société actuelle.

Cette étude est descriptive, prospective, non interventionnelle et monocentrique en suites de couche à la maternité du CH Laval. Elle concerne les pères de plus de 18 ans. Le recrutement des pères s'effectue à la maternité après signature d'un consentement écrit, libre, éclairé et révoquant à tout moment.

La procédure consiste en un entretien médical au cours duquel sont collectées les données médico-sociales sur la grossesse et le post-partum immédiat (antécédents, sémiologie, mode de vie, représentations du rôle de père, désir

d'enfant, relation à la mère de l'enfant et aux parents du père). Le protocole a été validé par le comité d'éthique du CHU d'Angers. Seule la partie concernant les symptômes de couvade sera exposée.

#### PO 409

##### MYASTHÉNIE ET PSYCHOSE : À PROPOS D'UN CAS ET REVUE DE LA LITTÉRATURE

S. ARFAOUI, O. MEZIOU, O. ZOUARI, H. ZALILA,  
A. BOUSSETTA

Hôpital Razi, MANOUBA, TUNISIE

*Introduction* : La myasthénie est une maladie auto-immune caractérisée par une faiblesse musculaire et des anticorps dirigés contre les récepteurs à l'acétylcholine au niveau des muscles squelettiques et un dysfonctionnement de la transmission neuromusculaire. Des cas rares d'association entre la myasthénie qui est une affection de la jonction neuromusculaire et des affections cérébrales telles que l'épilepsie, la sclérose en plaques et la psychose, ont été décrits dans la littérature. Le mécanisme reste encore inconnu.

*Cas clinique* : Nous rapportons le cas d'un homme âgé de 56 ans, sans antécédents pathologiques, qui est suivi dans notre service depuis trois ans pour un trouble anxieux non spécifié et une dysthymie non améliorée par les antidépresseurs, chez qui nous avons découvert un ptosis de l'œil droit. Une myasthénie a été évoquée et le malade a été adressé en neurologie. L'EMG était en faveur d'un syndrome myasthénique, les anticorps anti-cholinestérasiques étaient négatifs ainsi que les anticorps anti-MUSK. Le patient a été mis sous Mestinon\* ce qui a amené à une amélioration de sa symptomatologie.

Au bout de deux mois, le patient rapportait des hallucinations visuelles, auditives et tactiles complexes avec des injonctions hallucinatoires d'aggravation progressive et des idées délirantes de possession par une Djinn : « Elle veut m'épouser, elle m'interdit de dormir à côté de ma femme, elle m'a tué hier et m'a coupé en tranches, j'étais mort hier et aujourd'hui je suis né de nouveau ». Afin d'éliminer une pathologie organique, qui serait à l'origine du syndrome délirant et du syndrome hallucinatoire, des explorations ont été pratiquées, notamment l'EEG revenu normal ainsi que la TDM et l'IRM cérébrale. Le patient a été mis sous 6 mg de rispéridone avec une amélioration partielle de la symptomatologie et une bonne tolérance thérapeutique.

*Conclusion* : La psychose chez les patients myasthéniques est rare. De nombreuses hypothèses ont été émises pour expliquer cette association. Dans notre cas, le tableau présenté par le patient remplit les critères DSM IV du schizophrénie paranoïde : idées délirantes et hallucinations visuelles, auditives et cénesthésiques.

#### PO 410

##### PERTE D'AUTONOMIE CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES

I. ANES, L. GASSAB, M. ELHAJ KHLIFA, F. ZAAFRANE,  
L. GAHA

Hôpital Monastir, MONASTIR, TUNISIE



**Introduction :** Si les conséquences de la perte de l'autonomie de personnes âgées ont été les sujets de plusieurs études économiques et sociales, peu d'études sur les facteurs associés à la perte d'autonomie chez ces personnes. L'identification des facteurs associés à la perte d'autonomie pourrait aider à prévenir plusieurs effets néfastes. À travers ce travail, nous avons essayé d'identifier les facteurs associés à la perte d'autonomie chez les personnes âgées.

**Matériel et méthodes :** Il s'agit d'une étude descriptive et analytique effectuée pendant une période de quatre mois dans les cabinets de trois médecins de libre pratique à Monastir. La population d'étude était les consultants dont l'âge était supérieur à 60 ans. Nous avons évalué les caractéristiques sociodémographiques, les antécédents pathologiques (à l'aide d'une fiche pré établie) et l'autonomie (à l'aide l'échelle des activités de la vie quotidienne Indice de KATZ). L'analyse statistique de résultats a été faite par le logiciel SPSS 17.

**Résultats :** Notre échantillon ( $n = 60$ ) avait un âge moyen de 68 ans. Le sex-ratio était égal à 0,875. Trente-quatre patients (56,66 %) avaient une perte d'autonomie selon l'échelle des activités de la vie quotidienne (Indice de KATZ). Nous avons trouvé une association entre la perte de l'autonomie d'une part et l'âge supérieur à 70 ( $p = 0,001$ ), l'hospitalisation ( $p < 10^{-3}$ ), l'antécédent de chute ( $p = 0,001$ ), et la présence de deux pathologies chroniques ou plus ( $p = 0,02$ ).

**Conclusion :** Notre travail a mis le focus sur certains facteurs associés à la perte de l'autonomie chez les personnes âgées notamment les comorbidités somatiques. Ceci ouvre la voie à des études sur les stratégies de prévention (prévention de chute, prévention et équilibrage des pathologies chroniques...).

#### **PO 411 BOUFFÉE DÉLIRANTE AIGÜE RÉVÉLATRICE D'UNE THROMBOPHLÉBITE CÉRÉBRALE**

A. BENNOUR, E. BELKHIRIA, S. SOUISSI, C. BENCHEIKH, H. ELKEFI, S. EDDHIF, A. OUMAYA, N. LAKHAL, S. GALLALI

*Hôpital Militaire de Tunis, TUNIS, TUNISIE*

**Introduction :** L'incidence annuelle des thromboses veineuses cérébrales est estimée à 3 à 4 cas par million d'habitants. Son mode de début est très variable. Les céphalées représentent le symptôme clinique le plus fréquent, présent dans 74 à 91 % des cas. Cependant, il existe des aspects inhabituels rendant parfois le diagnostic difficile à évoquer tels que les troubles psychiatriques aigus.

On se propose, à travers une vignette clinique, d'illustrer qu'un trouble psychotique aigu peut s'avérer le tableau révélateur d'une thrombophlébite cérébrale.

**Observation et discussion :** Mlle RB âgée de 21 ans, sans antécédents pathologiques connus, a présenté une symptomatologie d'installation aiguë faite d'un syndrome délirant polymorphe, d'un syndrome hallucinatoire auditif, visuel, cénesthésique et olfactif, d'un syndrome de dépersonnalisation, d'un syndrome d'automatisme mental et de quelques éléments dissociatifs.

L'examen somatique : une fébricule à 38 °C, avec un examen neurologique strictement normal.

Le bilan biologique trouve une hyperleucocytose à 13400, sans autre anomalie associée.

**À l'imagerie :** TDM cérébrale sans anomalie significative.

La patiente a été mise sous rispéridone 6 mg/j et lorazépam 5 mg/j pendant 15 jours.

Devant la non amélioration, un complément d'IRM cérébrale a été pratiqué celui ci a mis en évidence une thrombophlébite cérébrale transverse droite étendue.

Mlle RB a été mise sous anticoagulant avec une évolution favorable au bout d'une semaine, et une disparition des symptômes psychiatriques au bout d'un mois.

#### **PO 412 SYNDROME DE KLINEFELTER EN PSYCHIATRIE GÉNÉRALE : UN CAS SINGULIER ÉVOQUEUR DE PARAPHRÉNIE**

C. MILAN-CHERY, S. MOROGE, F. PAUL, F. GIGNOUX-FROMENT, M. PILARD

*Hôpital d'Instruction des Armées Laveran, MARSEILLE, FRANCE*

Le syndrome de Klinefelter est un déficit androgénique source d'infertilité masculine. Il se définit par une présentation typique souvent associée à un retard des acquisitions. Sa cause génétique réside dans une aberration chromosomique dénommée 47 XXY. Son diagnostic repose sur le caryotype. Des symptômes psychiatriques peu caractéristiques lui sont souvent associés.

Nous rapportons l'observation d'un homme de 58 ans, célibataire, élané, à la voix fluette qui a été hospitalisé dans notre service devant une symptomatologie agressive et délirante (mécanisme imaginatif prépondérant). L'histoire de la maladie remonte à quatre ans, initiée par une brève hospitalisation pour un épisode processuel ayant rétrocedé spontanément en quelques jours. Durant ces années, il avait gardé une bonne adaptation à la réalité. Un antipsychotique a permis une amélioration imparfaite sans nettoyage du délire.

Nous montrons sous un angle clinique comment ce patient a aiguisé notre curiosité. Il partageait un air de famille avec la paraphrénie de Kraepelin mais avec une discrète dissociation psychique ce qui nous a fait discuter la schizophrénie de début tardif anglo-saxonne. S'agissait-il d'une exception ou d'une régularité plus vaste ?

À partir de cette vignette et d'une revue de la littérature nous touchons du doigt la difficulté liée à l'intrication de la psychiatrie et de l'endocrinologie. Mais aussi, en esquissant cette entité clinique nous souhaitons éveiller la réflexion sur l'intérêt de l'analyse minutieuse de la sémiologie délirante dans les cas de syndrome de Klinefelter chez l'adulte.

#### **Références**

1. Van Rijn S, Aleman A, Swaab H and Kahn R. Klinefelter's syndrome (karyotype 47, XXY) and schizophrenia-spectrum pathology. *British Journal of Psychiatry* 2006 ; 189, 459-460. doi : 10.1192/bjp.bp.105.008961.
2. Kebers F, Janvier S, Colin A, Legros J-J, Ansseau M. En quoi le syndrome de Klinefelter peut-il intéresser le psychiatre et le pédopsychiatre ? À propos d'un cas clinique. *L'Encéphale*, 2002 ; XXVIII : 260-5, Cahier 1.

### PO 413 COMORBIDITÉ PSYCHIATRIQUE DANS L'ÉPILEPSIE

C. GNAICHIA, W. CHERIF, L. CHENNOUFI, M. GHARBI,  
M. CHEOUR

*Hôpital Psychiatrique El Razi, MANOUBA, TUNISIE*

**Introduction :** Les patients épileptiques ont une prévalence plus élevée de troubles psychiatriques que la population générale.

Ces troubles sont généralement sous estimés, ce qui peut retentir sur le cours évolutif de l'épilepsie.

**Objectifs :** Eterniser le type des différents troubles psychiatriques rencontrés au cours de l'épilepsie et préciser les différentes implications thérapeutiques de cette comorbidité.

**Matériels et méthodes :** Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur des patients épileptiques hospitalisés au service de psychiatrie E à l'Hôpital Razi de Tunis pour des troubles psychiatriques divers.

L'analyse statistique a été réalisée par le logiciel SPSS dans sa version 11.

**Résultats :** Nous avons colligé 24 patients.

Les résultats préliminaires ont mis en évidence un âge moyen de 49,5 ans (avec des extrêmes de 25 et 81 ans) et un sex-ratio de 0,049.

Les troubles psychiatriques présentés étaient : des troubles psychotiques dans 12 cas, des troubles isolés du comportement dans 5 cas, des troubles somatoformes dans 3 cas, des troubles dépressifs dans 2 cas, 1 cas de trouble de la personnalité et 1 cas de conduite addictive.

Le traitement antiépileptique le plus utilisé était le valproate de sodium.

**Discussion :** La prévalence des troubles psychiatriques chez les épileptiques est estimée à 20 % et cette comorbidité est plus fréquente au cours de l'épilepsie du lobe temporal.

Certains auteurs différencient entre la comorbidité psychiatrique et les troubles psychiatriques spécifiques de l'épilepsie. Les tableaux psychiatriques sont essentiellement représentés par les troubles de l'humeur, les troubles anxieux, les troubles psychotiques et les troubles de la personnalité.

Les mesures thérapeutiques sont complexes et varient selon le type de l'atteinte psychiatrique.

L'implication de cette comorbidité sur la qualité de vie du patient est importante.

**Conclusion :** Devant l'importance de la répercussion sur la qualité de vie, la recherche des troubles psychiatriques chez les patients épileptiques doit être systématique.

Une prise en charge en réseau avec collaboration étroite entre psychiatre et neurologue s'avère souvent nécessaire.

### PO 414 RÔLE INFIRMIER DANS LA PRISE EN CHARGE PSYCHOLOGIQUE DES DOULEURS CHRONIQUES

L. LTAIEF, A.S. BANNOUR, S. BEN NASR, Y. EL KISSI,  
B. BEN HADJ ALI

*Service de Psychiatrie, CHU Farhat Hached, Faculté de Médecine, SOUSSE, TUNISIE*

**Introduction :** La douleur chronique est un problème de santé fréquent avec un impact socio-économique important. Sa prise en charge est multidisciplinaire, nécessitant, outre les médicaments, une prise en charge psychologique de la part de l'équipe soignante, notamment infirmière.

**Objectif :** L'objectif de notre étude était de décrire le rôle infirmier dans la prise en charge psychologique de la douleur chronique.

**Méthodologie :** L'étude a porté sur une population de 100 infirmiers exerçant dans plusieurs services de deux CHU de Sousse. La collection des données a été faite par un questionnaire qui évalue les connaissances de l'infirmier par rapport à la douleur chronique et sa prise en charge psychologique.

**Résultats :** 30 % de la population ne cernaient pas la différence entre la douleur aiguë et la douleur chronique. La manifestation la plus fréquente des douleurs chroniques était l'humeur triste d'après 70 % des infirmiers. 40 % d'entre eux ont déclaré que l'origine de la chronicité des douleurs est le défaut d'écoute et de soutien des patients. 30 % de notre population ont déclaré que le projet de prise en charge psychologique des douleurs ne faisait pas partie de la stratégie de prise en charge de leurs services. 68 % ont décrit un sentiment d'ennui envers les douloureux chroniques. 66 % des personnels interrogés préféraient prendre en charge les patients en collaboration avec plusieurs personnels spécialisés et 3 % d'entre eux pensaient que la présence d'un psychiatre est indispensable. 23 % adoptaient une approche psychologique spécifique pour la prise en charge des douleurs chroniques.

**Conclusion :** Dans notre étude la majorité des infirmiers rapportent qu'ils ont une connaissance insuffisante relative à la prise en charge psychologique des douleurs chroniques. Une formation du personnel soignant est indispensable pour améliorer la qualité de la prise en charge.

### PO 415 PIÈGES DE L'ORANICITÉ EN PSYCHIATRIE

C. GNAICHIA, W. CHERIF, R. DJEBBI, L. CHENNOUFI,  
M. GHARBI, M. CHEOUR

*Hôpital Psychiatrique El Razi, MANOUBA, TUNISIE*

**Introduction :** Les tumeurs cérébrales sont fréquentes touchant 5 à 14 sujets pour 100 000 habitants.

Les troubles psychiatriques peuvent en constituer les manifestations inaugurales dans 15 à 20 % des cas. Ils sont variables allant d'une simple dépression à un tableau confusodélirant.

La sémiologie peut être déroutante et dépend essentiellement de la localisation et du volume de la tumeur.

L'objectif de notre travail est d'illustrer, à partir d'un cas clinique, ce risque et d'attirer l'attention sur les particularités d'une telle présentation clinique.

**Patient et méthode :** Nous rapportons un cas d'oligodendrogliome révélé par un trouble anxio-dépressif chronique, résistant au traitement et nous allons étayer notre discussion par une revue de la littérature des articles parus sur PUBMED entre 2000 et 2012.

Les mots clés étant : tumeur cérébrale, troubles mentaux, dépression, délire.

*Observation* : Il s'agit d'un patient âgé de 48 ans, sans antécédents particuliers et qui a été suivi irrégulièrement pendant 10 ans à la consultation externe de psychiatrie pour trouble anxio-dépressif d'aggravation progressive et qui n'était pas amélioré par le traitement médical.

L'évolution a été marquée par l'accentuation de la symptomatologie et l'apparition secondaire de troubles du langage et d'idées délirantes.

L'examen psychiatrique au service avait mis en évidence un syndrome de dépersonnalisation, un délire de persécution, des propos dépressifs avec des idées suicidaires ainsi qu'une aphasie.

L'examen neurologique était normal.

Un scanner cérébral pratiqué a montré un processus expansif intracrânien fronto-temporo-pariétal de 9 cm. Le patient a été opéré en neurochirurgie avec une disparition des troubles psychiatriques. L'examen anatomopathologique a conclu à un oligodendrogliome grade II.

*Conclusion* : Passer à côté d'une pathologie organique, notamment une tumeur cérébrale, est la hantise de tout psychiatre.

L'organocité doit être évoquée devant toute atypie sémiologique et devant une aggravation sous traitement en cas de tableau psychiatrique isolé.

La clinique est orientatrice et l'imagerie cérébrale offre des perspectives diagnostiques fiables.

#### PO 416

### VIVRE AVEC UN CANCER UROLOGIQUE : QUALITÉ DE VIE, RÉPERCUSSION SUR L'HUMEUR ET NIVEAU DE NÉVROSISME

M. ABBES, J. MASMOUDI, G. MTIBAA, M. HAMZA, M. BOUASSIDA, I. FEKI, A. JAOUA

CHU, Hédi Chaker, SFAX, TUNISIE

*Objectif* : Le but du travail est de déterminer l'influence de cette maladie sur la qualité de vie chez des patients atteints d'un cancer urologique, la répercussion de la maladie sur leur état psychologique et leur vie sociale.

*Matériels et méthodes* : Il s'agit d'une étude descriptive qui a eu lieu du mois de juillet jusqu'à mi-octobre 2012 dans un service d'urologie d'un centre hospitalo-universitaire à Sfax (Tunisie), chez des patients atteints de cancer urologique (cancer de la vessie, cancer de la prostate, cancer rénal, ...). L'échantillon a compris 36 patients, tous de sexe masculin.

Les participants ont été évalués à l'aide d'un questionnaire et les échelles suivantes : SF36, échelle HAD, échelle de névrosisme NEO-PI-R.

*Résultats* : La moyenne d'âge des patients est de  $69,28 \pm 11,2$  ans ; 93,3 % ont été mariés. À la découverte de la maladie, la moyenne d'âge était de  $65,9 \pm 11,74$  ans.

Notre échantillon a comporté 23,3 % patients atteints de cancer prostatique ; 53,3 % atteints de cancer vésical contre 23 % atteints d'un cancer rénal.

Après la découverte de la maladie et avant même le début du traitement, la dysfonction érectile a augmenté à 83,3 % avec une baisse de la libido dans 86,7 % laissant supposer l'intervention d'une composante psychologique.

Après le traitement, une dysfonction érectile a été notée dans 86,7 % avec une baisse de la libido dans 96,7 %.

Le score de l'anxiété a varié de 2 à 16 : 23,3 % des patients ont eu un état anxieux certain ; par contre le score de la dépression a varié entre 5 et 18 : 40 % parmi eux ont eu un état dépressif certain.

Un score moyen de névrosisme était de  $146,53 \pm 20,44$  avec un minimum de 75 et un maximum de 181.

Le score moyen de SF36 était de  $61,05 \pm 16,42$ .

67,5 % des patients ont présenté une qualité de vie altérée.

#### PO 417

### PATIENTS SOUS CORTICOTHÉRAPIE : EFFET SUR L'HUMEUR ET LA QUALITÉ DE VIE

M. ABBES, G. MTIBAA, J. MASMOUDI, F. FRIKHA, S. ELAOUED, Z. BAHLOUL, A. JAOUA

CHU, Hédi Chaker, SFAX, TUNISIE

*Objectif* : Étudier la qualité de vie chez les patients sous corticothérapie orale, la répercussion anxio-dépressive et hypomaniaque chez ces patients et l'influence de ces troubles sur l'observance thérapeutique.

*Matériels et méthodes* : Il s'agit d'une étude transversale descriptive dans un service de médecine interne à Sfax (Tunisie) pendant 04 mois (de juillet 2012 à octobre 2012). On a inclus dans cette étude 50 patients, après recueil de leur consentement oral, ayant eu une corticothérapie générale supérieure ou égale à 10 mg de prednisone par jour pour une durée supérieure à un mois. Nous avons utilisé les échelles suivantes : HAD anxiété-dépression, SF-36 de qualité de vie, le score d'hypomanie d'ANGST et celui de MORISKY pour l'observance thérapeutique.

*Résultats* : La moyenne d'âge était de  $43,43 \pm 16,11$  (min : 15 ans, max : 78 ans). Les femmes ont été majoritaires à 68,3 %. L'âge de découverte de la maladie était de  $38,24 \pm 14,28$  ans. Nous avons noté que 31,6 % ont été atteints d'un LES, 17 % ont eu une maladie de Behcet...

Le score moyen d'anxiété était de  $10,6 \pm 3,89$ . Le score moyen de dépression était de  $8,75 \pm 4,035$  (min = 2 ; max = 17). Le score moyen d'hypomanie était à  $8,43 \pm 4,025$ . 53,7 % des patients appartiennent à un niveau 3 d'anxiété, et 40,56 % des patients ont un niveau dépressif certain selon le score HAD.

Des complications psychiatriques ont été notées chez 58,5 % des patients inclus dans l'étude avec un EDM chez 12,2 % des malades et un trouble anxieux pour 9,7 %. Les patients rapportaient des troubles du sommeil dans 24 % avec troubles de comportement à type d'irritabilité et d'impulsivité dans 9,6 % des cas.

Le score moyen de SF36 était de  $56,55 \pm 15,21$  (min = 27,67 – max = 82,5), et 74 % des patients ont une qualité de vie altérée touchant essentiellement la santé psychique (92,54 %), des limitations dues à l'état psychique (95,75 %) et perception de la santé (96,3 %).

**PO 418**  
**QUALITÉ DE VIE DES MALADES ATTEINTS**  
**DE SYNDROME D'APNÉES OBSTRUCTIVES**  
**DU SOMMEIL**

I. GASSARA (1), J. BEN THABET (1), S. MSAAD (2),  
 N. ABID (2), N. ZOUARI (1), L. ZOUARI (1), A. AYOUB (2),  
 M. MAALEJ (1)

(1) Service de Psychiatrie « C » CHU Hédi Chaker, SFAX, TUNISIE

(2) Service de Pneumologie CHU Hédi Chaker, SFAX, TUNISIE

Le syndrome d'apnées obstructives du sommeil (SAOS) est une affection chronique pouvant être handicapante sur les plans professionnel et social, et ce notamment par le biais de ses conséquences somatiques et psychiatriques.

Le but de ce travail était d'évaluer la qualité de vie (QDV) chez des patients atteints de SAOS et d'identifier les facteurs corrélés à une QDV altérée.

Notre étude a concerné 64 patients suivis pour SAOS au service de pneumologie au CHU Hédi Chaker à Sfax, en Tunisie. Nous avons établi une fiche épidémiologique pour recueillir les données sociodémographiques et cliniques. La QDV des patients a été évaluée à l'aide d'une échelle générique, la 36 item Short-Form Health Survey (SF-36). Un score moyen global (SMG) inférieur à 66,7 % signifie une QDV altérée.

La QDV globale était altérée dans 85 % des cas. Les dimensions les plus altérées étaient D2 (limitation dues à l'état physique) et D5 (limitation dues à l'état psychique). La composante physique (C.PHY) (somme de D1, D2, D3 et D4), la composante psychique (C.PSY) (somme de D4, D5, D6 et D8) et le SGM étaient positivement corrélés au sexe féminin (respectivement  $p = 0,003$ ,  $p = 0,0043$  et  $p = 0,005$ ) et au bas niveau socio-économique ( $p = 0,00$ ,  $p = 0,001$  et  $p = 0,00$ ).

L'existence de comorbidités cardio-vasculaires et/ou endocriniennes était corrélée à une QDV altérée ( $p = 0,003$ ) et à l'altération de la C.PHY ( $p = 0,00$ ). De même, la coexistence d'un trouble anxieux ou dépressif (évalués par l'échelle HADS) était corrélée à une QDV altérée ( $p = 0,00$ ) et à l'altération des deux composantes physique et psychique. La sévérité de la maladie était corrélée à une C.PSY altérée ( $p = 0,015$ ).

Le SAOS aurait donc des répercussions indéniables sur la QDV des patients. Le personnel soignant pourrait contribuer à l'amélioration de la QDV des malades en les aidant à mieux comprendre leur maladie.

**PO 419**  
**COMPLICATIONS PSYCHIATRIQUES**  
**DE LA CHIRURGIE CARDIOVASCULAIRE**

C. CHAIB, H. MAROOUN, A. EL MERROUNI, A. OUANASS

Hôpital Ar-Razi, SALÉ, MAROC

La chirurgie cardiovasculaire induit chez certains patients opérés des réactions psychiques, conscientes et inconscientes, d'une extrême complexité. Ces troubles psychiatriques postopératoire viennent compliquer les troubles somatiques et nécessitent une prise en charge psychiatrique urgente.

Notre travail met en exergue à travers d'une étude de cas cliniques, certains troubles psychiques qui sont apparus chez quelques-uns de nos patients après une intervention chirurgicale à cœur ouvert.

Ces états viennent compliquer le problème somatique, et la poursuite convenable des soins, ce qui peut mettre en jeu le pronostic vital.

Un traitement approprié à temps de ces complications s'impose, et une évaluation psychiatrique avant tout acte chirurgical lourd paraît nécessaire.

**Mots clés :** Chirurgie à cœur ouvert ; Complications psychiatriques ; Étude de cas.

**PO 420**  
**ACNÉ ET ESTIME DE SOI CHEZ LES ADOLESCENTS**  
**MAROCAINS**

H. BENHIBA (1), N. GUEROUAZ (1), K. MYESSER (2),  
 B. HASSAM (1)

(1) Service de Dermatologie, CHU Ibn Sina, RABAT, MAROC

(2) Lycée Annahda, SALÉ, MAROC

**Introduction :** L'apparence physique n'est pas le seul élément affecté par l'acné, en effet beaucoup de personnes ressentent également des effets psychologiques. Pour les adolescents en particulier, le stress créé par cette pathologie peut causer une faible estime de soi. Nous avons voulu apprécier la corrélation acné-estime de soi chez de jeunes adolescents acnéiques.

**Matériels et méthodes :** Il s'agit d'une étude prospective sur une période de 4 mois (juin 2012-octobre 2012) incluant des adolescents acnéiques, toutes formes cliniques d'acné confondues.

**Discussion et résultats :** Nous avons colligé 40 patients. L'évaluation de l'estime de soi était mesurée par l'échelle de Rosenberg (EES) en langue française. Le questionnaire nécessitait une tierce personne pour les patients qui ne maîtrisaient pas la langue française. Les deux sexes ont été atteints de façon égale. Le manque d'estime de soi était d'autant plus important que les lésions d'acné étaient localisées au niveau du visage plus que les autres zones séborrhéiques. Il s'agissait d'anxiété sociale, de sentiment de laid, de difficulté à se regarder au miroir, de renfermement sur soi pouvant conduire à la dépression. Les signes cliniques retrouvés étaient soit des plaintes énoncées par le malade à type de troubles du sommeil, anorexie..., soit des éléments rapportés par son entourage. La sévérité des effets psychologiques de l'acné corrélait avec la sévérité des lésions acnéiques, alors que l'amélioration de ces dernières était associée à une amélioration des symptômes psychiques.

**Conclusion :** L'adolescence est le moment de la vie où l'individualité de chacun commence à ressortir, toutefois une maladie telle que l'acné peut entraîner une baisse de l'estime de soi.

**PO 421**  
**L'EXCISION SEXUELLE D'UNE MÈRE PAR SON FILS : ÉTUDE LÉGALE, CRIMINOLOGIQUE ET PSYCHIATRIQUE D'UN CAS**

J.L. SENNINGER (1), A. SENNINGER (2)

(1) CHS, SARREGUEMINES, FRANCE

(2) Faculté de Droit, NANCY, FRANCE

Un cas tout à fait exceptionnel d'excision sexuelle d'une mère par son fils permet une approche légale, criminodynamique et psychopathologique de l'inceste fils-mère, par le biais du suivi prolongé de la victime et de l'auteur (et de ses écrits préparatoires à l'acte). D'une qualification pénale incertaine à une psychocriminodynamique aberrante, tout, dans ce cas clinique, reflète l'horreur du pulsionnel (sexuel et violent), libéré par la pathologie psychotique.

**PO 422**  
**DYSPHORIE DU GENRE**

R. TRIKI, S. HAJERI, I. DERBEL, L. DELLAGI, K. TABBANE

Hôpital Razi, MANOUBA, TUNISIE

*Introduction :* Dysphorie du genre, trouble de l'identité sexuelle ou transsexualisme, tant d'appellations pour désigner les personnes qui présentent une identification intense et continue à l'autre sexe. Ces sujets souffrent d'un sentiment d'inconfort par rapport à leur sexe ou d'inadéquation par rapport à l'identité et au rôle correspondant. Sortant du modèle binaire féminin/masculin, ils présentent une disparité par rapport au fonctionnement socialement admis. Ceci est parfois responsable d'une souffrance clinique significative.

*Objectif :* Étudier la psychopathologie, les complications du transsexualisme ainsi que sa prise en charge dans notre contexte socioculturel.

*Méthodologie :* Illustration par un cas clinique de transsexualisme féminin.

*Résultats :* Les relations symbiotiques avec le parent du même sexe, le développement psychosexuel atypique des parents, l'absence du parent du sexe opposé et la dynamique du couple dès la conception sont des facteurs étiopathogéniques reconnus par les différentes études. En Europe entre 10 et 147 patients par an consultent pour trouble de l'identité sexuelle. La prise en charge englobe une thérapie de soutien, une hormonothérapie et dans certains cas un traitement chirurgical. La dysphorie du genre se complique surtout de troubles de l'humeur, avec en chef de file la dépression, et dans une certaine mesure de troubles anxieux. En Tunisie, le motif de suivi de ces patients est soit un épisode dépressif majeur soit un trouble de l'adaptation. Le traitement chirurgical ou hormonal étant illégal dans ces cas, la prise en charge se limite au traitement des complications et à une thérapie de soutien. AM est âgée de 45 ans. Sa mère est décédée il y a 2 ans. Son père s'est remarié et elle ne l'a plus revu. Elle est 5<sup>e</sup> d'une fratrie de 6 dont seul l'aîné est un homme. Elle vit seule dans un studio qu'elle a loué dans une ville à plusieurs kilomètres de son village natal. Elle travaille dans une usine de couture comme coupeur. Elle est en relation avec une fille de 28 ans depuis 3 ans. Elle a consulté pour un tableau dépressif débutant depuis les fiançailles de sa partenaire.

*Conclusion :* Dans une ère où la répartition dimorphique a été scientifiquement réfutée par les généticiens et les biologistes, l'image des transsexuels devrait être reconsidérée.

**PO 423**  
**DÉFICIT ANDROGÉNIQUE ET DÉPRESSION CHEZ L'HOMME ÂGÉ : QUELS LIENS ?**

J. ROBLIN, E. GUILIANO, T. GALLARDA, M.O. KREBS

CH Sainte-Anne, PARIS, FRANCE

L'avancée en âge chez l'homme est marquée sur le plan hormonal par un déclin progressif de la production d'androgènes communément appelée « andropause ». Il n'existe pas chez l'homme âgé de cessation brutale de la fonction gonadotrope, comparable à la ménopause, mais une réduction progressive de l'activité de l'axe hypothalamo-hypophysaire : diminution des taux de testostérone et perturbation du rythme circadien de la sécrétion de testostérone. Les manifestations cliniques du déficit en testostérone sont celles d'un hypogonadisme : asthénie, changement d'humeur, irritabilité, anxiété, dépression, insomnie, troubles mnésiques, diminution de la libido, dysfonction érectile, diminution de la masse musculaire et osseuse, augmentation de la masse grasseuse, diminution de la pilosité...

Un hypogonadisme selon les critères biologiques est retrouvé chez près de 25 % des hommes de plus de 70 ans. Seule l'association d'un déficit biologique en testostérone et d'un syndrome compatible avec un déficit en testostérone définit le déficit androgénique lié à l'âge et le différencie d'un processus physiologique. Le repérage de situations cliniques devant faire évoquer un déficit en androgènes chez un homme âgé déprimé est essentiel.

Une identification des articles référencés dans la base de données MEDLINE-PUBMED est effectuée avec une recherche booléenne et la troncature des mots-clés : aging male, androgen deficiency, depression, apathy.

Le diagnostic, les options thérapeutiques et la surveillance de l'hypogonadisme de survenue tardive chez l'homme seront présentés et illustrés par le cas d'un homme âgé de 74 ans présentant un tableau de perte de motivation chronique, d'anhédonie, de repli et un déficit en androgènes.

**PO 424**  
**HARCÈLEMENT SEXUEL AU TRAVAIL : ENQUÊTE À PROPOS DE 65 FEMMES MÉDECINS**

J. ALOULOU, R. DAMMAK, N. SAMET, F. CHARFEDDINE, M. MOALLA, O. AMAMI

CHU Hedi Chaker Service de Psychiatrie B, SFAX, TUNISIE

*Objectifs :* – Évaluer la prévalence du harcèlement sexuel au travail chez une population de femmes médecins et décrire les expériences personnelles chez les femmes harcelées.

– Comparer les réponses à propos du harcèlement sexuel au travail des femmes médecins à des femmes témoins.

*Matériels et méthodes :* Nous avons mené une étude de type transversal et descriptive auprès de 65 femmes médecins. Ce groupe a été comparé à un échantillon de femmes non-médecins (31 participantes) appariées selon l'âge, le niveau scolaire et le statut matrimonial.

Le recrutement des participantes a été effectué par deux moyens : un support électronique envoyé par e mail ou réseau social et un support papier.

Nous avons utilisé un questionnaire anonyme semi-structuré comportant des données sur les caractéristiques d'un éventuel harcèlement sexuel et des items portant sur leurs expériences personnelles (réactions, conduites, ...) face à ce harcèlement sexuel au travail.

L'analyse statistique a été réalisée *via* le logiciel SPSS dans sa 11<sup>e</sup> version.

**Résultats** : L'étude de la prévalence du harcèlement sexuel a montré que dix-huit médecins (27,7 %) déclaraient avoir subi un harcèlement sexuel au travail. Le harceleur était un supérieur hiérarchique dans 66,7 %.

Parmi les participantes, 40 % disent avoir assisté à un harcèlement sexuel au travail d'une collègue.

Pour les femmes victimes de harcèlement sexuel au travail, la peur (94,4 %) et le dégoût (88,9 %) étaient les réactions les plus rapportées.

L'évitement du harceleur était le comportement adopté par la majorité des victimes (83,3 %).

En comparant les femmes médecins à celui du groupe témoins, une différence significative a été trouvée concernant les formes non verbales de harcèlement sexuel et le fait d'être témoin du harcèlement sexuel pour une collègue.

#### **PO 425** **ÉVALUATION DE LA SEXUALITÉ CHEZ LES FEMMES ATTEINTES DE SCLÉRODERMIE SYSTÉMIQUE**

F. FRIKHA (1), N. MESSEDI (2), J. MASMOUDI (2), N. SAIDI (1), R. BEN SALAH (1), M. SNOUSSI (1), A. JAOUA (2), Z. BAHLOUL (1)

(1) *Service de Médecine Interne CHU Hédi Chaker, SFAX, TUNISIE*

(2) *Service de Psychiatrie (A) CHU Hédi Chaker, SFAX, TUNISIE*

**Objectif** : La sclérodémie systémique (SCS) est une affection du tissu conjonctif, responsable d'une perte de fonction et d'un handicap fonctionnel. Très peu d'études se sont intéressées à la sexualité chez ces malades. Notre objectif a été d'évaluer la sexualité d'un groupe de patientes ayant une SCS.

**Méthodes** : C'est une étude transversale descriptive, réalisée entre octobre 2011 et juin 2012. Parmi 30 patientes, nous avons recruté 10 femmes mariées atteintes de SCS répondant aux critères de l'ACR et/ou de Leroy et Medsger. La sexualité a été évaluée par le Female Sexual Function Index (FSFI). La qualité de vie a été évaluée par l'échelle WHOQOL BREF (World Health Quality of Life-Brief Version). Les troubles émotionnels ont été évalués par la « Hospital Anxiety and Depression Scale » (HAD).

**Résultats** : Notre population a été d'âge moyenne  $52,4 \pm 8,2$  ans. Toutes les patientes ont affirmé que la fréquence des rapports sexuels a été diminuée. 8 de nos patientes ont admis que le désir sexuel a été affecté par la maladie. L'étude de la sexualité par le FSFI a montré un score composite moyen à  $14,2 \pm 7,8$  (2-28). 9 femmes sur les 10 ont eu

un score global du FSFI  $< 26$  témoignant de la présence d'une dysfonction sexuelle. Toutes les dimensions de la sexualité ont été touchées et les valeurs de ses domaines ont été : désir  $1,9 \pm 0,6$  [1,2-3], excitation  $2,1 \pm 1,4$  [0-4,5], lubrification  $2,5 \pm 1,7$  [0-4,8], orgasme  $2,5 \pm 1,6$  [0-5,6], satisfaction  $2,5 \pm 1,3$  [0,8-5,6] et douleur  $2,4 \pm 1,6$  [0-4,8]. Nos patientes ont estimé avoir une qualité de vie globalement moyenne avec un score total à l'échelle WHOQOL BREF proche de 60 sur 120. Les valeurs des 4 domaines ont été : santé physique  $46 + 8,8$  [31-56], santé psychologique  $50,7 + 11,2$  [31-69], relations sociales  $57,5 + 15,5$  [25-75], environnement  $52 + 11$  [31-63]. 8 femmes ont eu un score HAD A  $> 10$  donc un état anxieux certain. 7 patientes ont eu un score HAD D  $> 10$  définissant un état dépressif certain.

**Conclusion** : Les troubles sexuels sont particulièrement fréquents chez les femmes atteintes de SCS. L'étiologie apparaît difficile à préciser. Elle est *a priori* multiple, confluence du caractère à la fois d'un handicap chronique, d'une douleur chronique, et d'une fatigue importante.

#### **PO 426** **SEXUALITÉ CHEZ LA FEMME ENCEINTE TUNISIENNE**

J. MASMOUDI (1), I. BAÂTI (1), N. MATHLOUTHI (2), F. TRABELSI (2), A. JAOUA (1)

(1) *Service de Psychiatrie A, CHU Hédi Chaker, SFAX, TUNISIE*

(2) *Service de Gynécologie Obstétrique, Hôpital Charles Nicolle, TUNIS, TUNISIE*

**Introduction** : La sexualité féminine, dans notre contexte culturel, est encore un sujet tabou. C'est un mélange de honte, d'interdits et de fausses idées, notamment au cours de la grossesse.

L'objectif de notre travail était d'étudier les particularités de la sexualité au cours de la grossesse chez les femmes tunisiennes et de mettre l'accent sur les différentes étiologies des éventuelles perturbations sexuelles.

**Sujets et méthodes** : Notre étude, de type transversal, a porté sur 50 femmes enceintes, recrutées à la consultation externe prénatale du service de gynécologie obstétrique.

Un hétéro-questionnaire anonyme a été établi, comportant les données sociodémographiques, les idées et croyances des participantes concernant la sexualité au cours de la grossesse, et l'impact de la grossesse sur les différents aspects de la sexualité du couple.

Nous avons également utilisé le Female Sexual Function Index (FSFI) pour évaluer la fonction et la qualité de la vie sexuelle de ces femmes.

**Résultats** : L'âge moyen de nos patientes était de 32 ans. Elles avaient un niveau d'études secondaire dans 48 % des cas et supérieur dans 26 % des cas. La moitié des femmes n'avait pas d'activité professionnelle.

Le taux des femmes qui considéraient que les rapports sexuels étaient possibles au cours de la grossesse était de 70 % pour le 1<sup>er</sup> trimestre, 56 % pour le 2<sup>e</sup> trimestre, et 42 % pour le 3<sup>e</sup> trimestre.

Les participantes continuaient à avoir des rapports sexuels à une fréquence de 1,96/semaine. La majorité (84 %)

rapportait une baisse du désir sexuel. Selon le FSFI, le score moyen du désir était de 3,7, celui de l'excitation était de 3,9, celui de la lubrification était de 4,2 et celui de l'orgasme était de 4,1.

*Conclusion* : Notre étude vient confirmer le fait que la grossesse a un impact sur la sexualité, de part les modifications physiques et psychologiques qu'elle engendre. Nos patients semblent être très peu informés quel que soit leur niveau d'études. Ainsi, la période périnatale constitue une opportunité aux professionnels pour aborder un sujet aussi délicat que la sexualité et permettre de ce fait l'épanouissement de l'activité sexuelle du couple.

**PO 427**  
**PRESCRIPTION DE LA QUÉTIAPINE**  
**PAR LES PRATICIENS HÔPITALIERS DE NANTES**  
**DURANT SES SIX PREMIERS MOIS**  
**DE MISE EN ROUTE SUR LE MARCHÉ**

N. DOLIGEZ, A. LEMAHIEUX, M. GUITTENY, A. SAUVÂGET, M. VOLKAERT, J.M. VANELLE

*Hôpital Saint-Jacques, NANTES, FRANCE*

L'arrivée de la quétiapine sur le marché français était très attendue des psychiatres, cette molécule étant un antipsychotique atypique ayant pour particularité d'être prescrit sur le continent nord-américain en première ligne dans plusieurs indications. Nous avons voulu connaître par l'intermédiaire d'une étude descriptive comment s'en saisissaient les psychiatres hospitaliers de Nantes. Pour cela, ils ont rempli un questionnaire permettant d'étudier leurs modalités de prescriptions. 76 patients ont été inclus entre novembre 2011 et mai 2012 compris. Parmi eux, 27,6 % présentaient une schizophrénie paranoïde, 22,3 % un trouble bipolaire I, 5,2 % un trouble bipolaire II, 3,9 % un trouble dépressif récurrent, 10,5 % un trouble schizo-affectif, 6,5 % un trouble de la personnalité. Les propriétés recherchées étaient, par ordre décroissant, anti-productive, thymorégulatrice, anti-dépressive, anxiolytique puis sédatrice. La concomitance des propriétés était un argument pour la moitié des prescriptions. La quétiapine était utilisée en monothérapie seulement chez trois patients. Les posologies utilisées étaient celles recommandées. Deux tiers des patients bénéficiant du traitement ont vu leur état évoluer avec une amélioration de légère à forte. La moitié ne présentait aucun effet indésirable et seuls trois présentaient des effets secondaires interférant significativement avec leur fonctionnement. Nous disposons d'un recul de prescription d'au moins cinq mois (hospitalisation incluse) pour un tiers des patients. Par contre, pour un quart des patients le traitement a été interrompu. Les causes d'arrêt étaient d'abord pour inobservance, puis pour inefficacité, et enfin en raison d'effets indésirables.

Cette étude descriptive sur six mois a mis en évidence que les principales raisons de prescriptions de la quétiapine étaient les indications AMM même s'il existait une part non négligeable (17 %) d'indications à visée purement symptomatique (anxiété). La principale cause des prescriptions était l'inefficacité des traitements antérieurs. La quétiapine n'était que très rarement prescrite en monothérapie et en première intention.

**PO 428**  
**LA QUÉTIAPINE DANS LE TRAITEMENT**  
**DES TROUBLES BIPOLAIRES : REVUE**  
**DES RECOMMANDATIONS INTERNATIONALES**

C. LEVEN, N. MARIE, C. CROS, G. BURGOT

*Centre Hospitalier Guillaume Régnier, RENNES, FRANCE*

Commercialisée en France depuis novembre 2011, la quétiapine est un antipsychotique atypique au profil pharmacodynamique particulier par son action d'inhibition de la recapture de la noradrénaline. Il est indiqué dans la schizophrénie, la dépression, et dans les troubles bipolaires (épisode aigu d'une phase maniaque ou dépressive ; prévention des récurrences chez les patients ayant déjà répondu au traitement). Une revue des recommandations de prise en charge des troubles bipolaires émises par les sociétés savantes est réalisée afin de déterminer la place de la quétiapine dans la stratégie thérapeutique.

Cette revue a intégré les dernières données de la World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP), de l'International Consensus Group on the Evidence-Based Pharmacologic Treatment of Bipolar I and II Depression (ICG), du National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), du Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments and International Society for Bipolar Disorders (CNMAT and ISBP) et de la British Association for Psychopharmacology (BAP).

Dans l'épisode dépressif du trouble bipolaire de type I, la WFSBP, l'ICG, le CNMAT et la BAP recommandent la quétiapine en monothérapie et en première intention. Le NICE la préconise en première intention chez les patients déjà traités pour un trouble bipolaire en association avec le traitement antimaniaque. Dans l'épisode dépressif du trouble bipolaire de type II, la quétiapine est recommandée en monothérapie et en première intention par l'ensemble de ces sociétés. Dans l'épisode maniaque aigu, la quétiapine se présente en alternative aux autres antipsychotiques atypiques. Malgré ses indications dans la prévention des rechutes, les thymorégulateurs restent les traitements de référence.

L'arrivée récente en France de la quétiapine, disponible depuis 1997 au Royaume-Uni, modifiera sûrement les stratégies thérapeutiques dans le traitement des troubles bipolaires. Les recommandations internationales élaborées suite à plusieurs années de pratique la placent comme un traitement de première intention des troubles bipolaires.

**PO 429**  
**MODIFICATIONS DE L'ÉLECTROGÉNÈSE**  
**CÉRÉBRALE INDUITE PAR LES TRAITEMENTS**  
**NEUROLEPTIQUES : EFFETS DIFFÉRENTIELS**  
**SELON LES TRAITEMENTS ET GRADATION**  
**DES EFFETS**

M. FAUGERE, E. FAKRA, J. BOUCHET, P. GIACARDY, C. BALZANI, J.A. MICOULAUD-FRANCHI, M. CERMOLACCE, J.M. AZORIN, J. NAUDIN, J. VION-DURY

*Hôpital Sainte-Marguerite APHM, MARSEILLE, FRANCE*

Les modifications des tracés EEG des patients sous traitement neuroleptique (NL) sont le plus souvent décrites sous

la forme soit d'activités lentes plus ou moins angulaires, soit d'activités paroxystiques plus typiques (Boutros *et al.*, 2011). Cependant aucune implication thérapeutique n'a pu être clairement rattachée à ces modifications. Centorrino *et al.* (2002) ont montré que, selon le type de molécules présentes dans le traitement, le pourcentage des modifications EEG varie, la clozapine étant le NL en induisant le plus grand nombre.

Dans l'optique d'améliorer la surveillance EEG des patients sous NL nous avons choisi de classer les EEG en 4 types en fonction de la manière dont ces modifications surviennent dans le tracé et sous l'hypothèse d'une excitabilité cérébrale croissante. Le type 1 correspond à un tracé sans aucune modification ; le tracé de type 2 présente des modifications attribuables aux NL lors des activations (hyperpnée, SLI) ; le tracé de type 3 présente ces modifications dans le tracé de base ; le tracé de type 4 est caractérisé par la présence de processus paroxystiques typiques ou moins typiques très nombreux (> 50 % du tracé) pouvant aller jusqu'à un état de mal électroencéphalographique.

Nous avons analysé les EEG de 100 patients suivis dans le Pôle de Psychiatrie Universitaire du CHU de Marseille et sous NL, indépendamment de leur diagnostic, de leur symptomatologie, de leur suivi (hospitalisation ou suivi en externe) et des coprescriptions d'autres classes de psychotropes.

L'amisulpride (Solian), la clozapine (Leponex), la cyamémazine (Tercian), sont les molécules qui, quand elles sont présentes dans le traitement génèrent le plus de tracés de type 3 (Chi2,  $p < 0,05$ ). Les modifications (type 2 et 3) sont présentes respectivement dans 52,5 %, 46,2 % et 66,6 % des tracés si le traitement contient de la clozapine, de la cyamémazine ou de l'amisulpride. Le pourcentage de tracés de type 2 et de type 3 est indépendant du nombre de neuroleptiques dans le traitement (Chi2,  $p = 0,38$ ).

Les types 2 et 3 correspondent à une excitabilité iatrogène cérébrale de faible à marquée, peut-être en rapport avec un effet thérapeutique de type sismothérapie (Fink, 2002). Le type 4 correspond à une encéphalopathie toxique requérant une modification de traitement.

### PO 430 LE RISQUE CARDIOMÉTABOLIQUE DES ANTIPSYCHOTIQUES ATYPIQUES

K. AIOUEZ (1), N. DJILI (2), B. BENZIADA (3)

(1) CHU Mustapha Bacha, ALGER, ALGÉRIE

(2) Epsp Bousmail, ALGER, ALGÉRIE

(3) CHU Bab el Oued, AL, ALGÉRIE

Les antipsychotiques atypiques ont permis une optimisation du traitement médicamenteux de la schizophrénie grâce à un meilleur profil de tolérance neurologique et une efficacité robuste en comparaison aux neuroleptiques de 1<sup>re</sup> génération (Halopéridol). Néanmoins l'implication de certains neuroleptiques de 2<sup>e</sup> génération dans la survenue d'effets secondaires non négligeables tels que : prise de poids, dyslipidémie, désordre glycémique critères composite du syndrome métabolique qui prédispose au diabète de type II et aux maladies cardiovasculaires (Scheen, 2005). Notre étude se propose d'évaluer les paramètres anthropométriques (poids, tour de taille, IMC) et biochimiques (glycémie, trigly-

cérides, HDL cholestérol) et la TA avant et après 03 mois de traitement chez des patients schizophrènes ( $n = 30$ ) traités en monothérapie (Risperidone  $n = 10$ ) et (Olanzapine  $n = 10$ ) Versus (Halopéridol  $n = 10$ ) et comme critère de jugement la survenue d'un syndrome métabolique selon les critères de définition de l'IDF 2005 de discuter les implications et d'en déduire la prévention.

*Méthodologie statistique* : L'analyse a porté sur la comparaison de moyennes sur échantillons appariés par le test de student et la comparaison de plusieurs moyennes par l'analyse de la variance avec  $\alpha = 0,05$  et l'intervalle de confiance IC = 95 %.

### PO 431 INDICES DE CHARGE PHARMACOLOGIQUE DES PSYCHOTROPES : UN OUTIL D'AIDE À L'ÉVALUATION DES TRAITEMENTS

C. NOEL, F. MATHOT

Isosl Petit Bourgogne – Agora, LIÈGE, BELGIQUE

*Introduction* : En milieu hospitalier, le traitement par association de psychotropes appartenant à une même classe pharmacologique est très fréquent. Cette polypharmacie a de nombreuses origines : inefficacité, switch avorté, oubli, latence d'apparition d'un effet thérapeutique, prévention d'effets indésirables... La polypharmacie augmente le risque d'interactions et d'effets indésirables, diminue l'observance au traitement, augmente le risque de rechute, d'exacerbation de la maladie, de ré hospitalisation. De plus, des études révèlent un impact négatif sur les capacités cognitives. Enfin, la polypharmacie engendre une charge économique importante pour la société comme pour le patient.

*Objectifs* : Mettre à disposition des équipes médicales un outil de calcul des doses totales de psychotropes permettant une évaluation simple du rapport bénéfices/risques du traitement pharmacologique.

*Résultats* : Sur une base bibliographique, nous avons défini trois indices de charge pharmacologique.

– les benzodiazépines : l'indice s'exprime en équivalent diazépam (mg).

– les antipsychotiques : l'indice est calculé en nombre de doses journalières moyennes (DJM). La DJM de chaque antipsychotique a été définie sur base des données d'une étude analysant les prescriptions d'antipsychotiques dans les hôpitaux psychiatriques belges et de travaux évaluant les équivalences entre produits en fonction de données cliniques.

– les médicaments à propriétés anticholinergiques : l'indice intègre pour chaque médicament l'évaluation de son activité sur les récepteurs muscariniques ainsi qu'une évaluation clinique.

Ces indices de charge pharmacologique intégrés aux feuilles de traitement des patients expriment fréquemment une surcharge pharmacologique. Ils constituent une stimulation à l'évaluation de l'efficacité des psychotropes. Ils apportent une base de réflexion quant au niveau de charge acceptable pour le patient. Ils permettent des comparaisons statistiques et des suivis pharmacologiques dans un cadre défini (groupe homogène de patients). Le suivi de leur évolution peut



objectiver l'impact des activités cliniques des pharmaciens hospitaliers. Enfin, ils permettent l'implication plus efficace du nursing dans la détection et le rapportage des effets indésirables.

#### PO 432

### SYNDROME MÉTABOLIQUE CHEZ LES PATIENTS TRAITÉS PAR LES ANTIPSYCHOTIQUES : ÉTUDE COMPARATIVE AVEC UN GROUPE TEMOIN

A.S. BANNOUR, J. MANNAI, A. MTIRAOU, S. BEN NASR, Y. EL KISSI, B. BEN HADJ ALI

*Service de Psychiatrie, CHU Farhat Hached, Faculté de Médecine de Sousse, SOUSSE, TUNISIE*

**Introduction :** Plusieurs études ont rapporté une fréquence élevée du syndrome métabolique (SM) chez les patients suivis pour une schizophrénie. Cette fréquence a nettement augmenté après l'introduction des antipsychotiques avec des répercussions sur la compliance thérapeutique et sur le pronostic de la maladie.

**Objectif :** L'objectif de notre étude était de comparer la prévalence du syndrome métabolique entre des patients traités par les antipsychotiques et un groupe contrôle.

**Matériels et méthode :** Nous avons recruté 117 patients suivis dans le service de psychiatrie du CHU Farhat Hached de Sousse remplissant les critères diagnostics d'une schizophrénie, d'un trouble psychotique bref ou d'un trouble schizo-phréniforme. 73 patients étaient traités par des antipsychotiques dont 47 par des neuroleptiques classiques (NL) et 26 par des antipsychotiques atypiques (APA) en monothérapie. Le groupe contrôle était formé de 44 patients naifs de tout traitement ou en arrêt du traitement depuis au moins trois mois. Nous avons comparé la prévalence du syndrome métabolique entre les deux groupes.

**Résultats :** Parmi les patients traités, 24 avaient un syndrome métabolique selon la classification de la Fédération de Diabète Internationale (FDI). Ce taux était significativement plus élevé chez les patients sans traitement comparativement aux non traités (24 vs 7,  $p = 0,04$ ). En considérant la classification de la FDI, la prévalence du syndrome métabolique chez les patients sous APA ne diffère pas de celle chez des patients sous NL. Cependant, en considérant la classification de National Cholesterol Education Program-Adult Treatment Panel IIIA (NCEP-ATP IIIA), les patients sous APA avaient significativement plus de SM (11 vs 7 ;  $p = 0,009$ ).

**Conclusion :** Le traitement antipsychotique joue un rôle important dans l'augmentation du risque du syndrome métabolique. Une stratégie particulière doit être envisagée afin de prévenir les complications métaboliques et d'améliorer la prise en charge des patients psychotiques.

#### PO 433

### ANALYSE DES PRESCRIPTIONS DE MÉDICAMENTS ANTICHOLINERGIQUES CHEZ LES PATIENTS TRAITÉS PAR ANTIPSYCHOTIQUES DE SECONDE GÉNÉRATION

C. PALPACUER, N. MARIE, J. BARDET, G. BURGOT

*Centre Hospitalier Guillaume Régnier, RENNES, FRANCE*

La psychopharmacologie et les données de la littérature présentent les antipsychotiques de seconde génération (ASG) comme des molécules induisant peu voire pas d'effets indésirables extrapyramidaux (EIEP), à la différence des antipsychotiques de première génération (APG). Au sein des ASG, la rispéridone est la molécule qui induirait le plus d'EIEP tandis que la clozapine n'en produirait pas.

Une étude rétrospective sur 3 ans a été effectuée dans un hôpital psychiatrique de 1 200 lits d'hospitalisation complète. Une extraction des patients ayant bénéficié d'un traitement par APG d'une part, et par ASG d'autre part, a été réalisée à partir de la base de données du logiciel de prescription. La recherche sur les ASG s'est effectuée sur les formes orales uniquement. En parallèle, nous avons extrait les patients traités sur la même période par un anticholinergique administré par voie orale et en systématique. Tous les patients qui ont reçu plus d'un ASG sur la période ont été exclus de l'étude, ainsi que tous les patients ayant reçu un APG sans ASG.

Au total 1 877 patients ont été traités par un des ASG étudiés entre 2009 et 2011, et 48,7 % d'entre eux ont reçu au moins un APG. En réalisant un test du khi 2 ( $\alpha = 0,05$ ), on constate qu'il existe, quel que soit l'ASG, une différence significative sur le pourcentage de prescriptions d'anticholinergiques chez les patients présentant ou non une co prescription d'APG. Une co prescription d'APG augmente donc le nombre d'EIEP. En comparant par un test du khi 2 les pourcentages de patients ayant bénéficié d'un anticholinergique dans les différents groupes de patients traités par ASG sans co prescription d'APG, on n'observe aucune différence significative ( $\alpha = 0,05$ ). Ceci est aussi valable lorsque l'on compare le groupe rispéridone (440 patients) et le groupe clozapine (62 patients). En conclusion, si les APG augmentent de façon significative les EIEP, il semblerait qu'aucun ASG n'entraîne la survenue d'EIEP plus qu'un autre. Il serait intéressant de pouvoir colliger les données d'autres hôpitaux psychiatriques afin de pouvoir confirmer ces résultats sur une cohorte plus large de patients.

#### PO 434

### PRIAPISME SOUS NEUROLEPTIQUES : EFFET RARE MAIS REDOUTABLE

N. KETTANI, H. HLAL, A. TLIJI, I. RAMMOUZ, R. AALOUANE

*Service de Psychiatrie, CHU Hassan II, FÈS, MAROC*

Le priapisme veineux est une érection prolongée, douloureuse et persistante malgré l'absence de désir ou de stimulation sexuelle. C'est un effet indésirable rare mais redoutable de certains neuroleptiques. Dans la littérature, nombreux sont les cas de priapisme veineux décrits chez des patients traités par des neuroleptiques classiques ou atypiques. Jusqu'à 30 % des priapismes veineux seraient attribuables à des médicaments dont des neuroleptiques dans la moitié des cas. Cet effet secondaire est lié aux propriétés  $\alpha_1$ -bloquantes de ces médicaments, plus ou moins prononcées selon la molécule en question. Il s'agit d'une urgence urologique dont le pronostic dépend fortement de la sévérité de la souffrance ischémique et donc du délai de la prise en charge. Après un traitement en urgence, le priapisme pose le problème de la poursuite du traitement neuroleptique. La

substitution d'une molécule par une autre aux propriétés alpha1-bloquantes moins marquées est conseillée.

Nous rapportons le cas d'un patient âgé de 38 ans, suivi depuis 8 ans pour une schizophrénie paranoïde, mis sous halopéridol et lévomépromazine, hospitalisé au Service de Psychiatrie du CHU Hassan II de Fès pour une exacerbation de sa symptomatologie psychotique. Quelques heures après l'instauration d'un traitement par la chlorpromazine, le patient a présenté un priapisme pour lequel il nécessita un transfert aux urgences générales du CHU où il a bénéficié d'une ponction-lavage des corps caverneux et d'une injection intracaverneuse d'un alpha-stimulant. Aucun autre facteur étiologique n'a été mis en évidence. Nous évoquerons la prise en charge de ce patient, les mesures de prévention secondaires entreprises ainsi qu'une revue de la littérature.

#### PO 435

### SEVRAGE DE BENZODIAZÉPINES : INTÉRÊT DE L'ASSOCIATION TCC/CURE THERMALE À PARTIR D'UNE ÉTUDE LONGITUDINALE SUR 70 PATIENTS, ÉTUDE SPECTH (SEVRAGE DE PSYCHOTROPES PAR ÉDUCATION PSYCHOTHÉRAPIQUE EN CURE THERMALE)

O. DUBOIS (1), C. VAUGEOIS (2), T. HERGUETA (3), M.C. BRUGIERE (4)

(1) Cliniques et Thermes de Saujon, SAUJON, FRANCE

(2) Le Manoir, USSAT-LES-BAINS, FRANCE

(3) Centre des Pathologies Cognitives et Comportementales, PARIS, FRANCE

(4) Thermes, NERIS-LES-BAINS, FRANCE

La consommation de benzodiazépines est un problème de santé publique qui a fait, ces dernières années l'objet de nombreux rapports nationaux (HAS, INPES, OPEPS, ...).

Ce problème touche pour 24 % de la population, des consommateurs occasionnels et pour 11 % des consommateurs réguliers.

Suite à une récente étude comparative avec la paroxétine, portant sur 237 sujets, où la cure thermale psychiatrique s'est révélée significativement efficace ( $P < 0,0001$ ) pour traiter l'anxiété généralisée, a été mis en place un protocole psychoéducatif pour sevrage de BZD en cure thermale.

70 patients, consommateurs réguliers et stables (depuis 6 mois ou plus) d'anxiolytiques (pour 96 %) et d'hypnotiques (pour 59 %), ont été recrutés. 80 % les consommaient depuis plus de 3 ans. Ces patients ont suivi une cure thermale de trois semaines avec un programme psychoéducatif encadré par un groupe d'experts. 9 groupes de 6 à 12 patients ont été constitués dans 4 des 5 stations thermales psychiatriques françaises.

Le programme consistait en l'association de techniques TCC et d'entretiens motivationnels animés par une psychologue formée. L'objectif était le sevrage de leurs benzodiazépines. À l'issue de la cure thermale, un suivi longitudinal sur 6 mois était assuré à 5 temps différents (J15 – J30 – J60 – J100 – J180) avec évaluation par le centre méthodologique de l'ISPED de Bordeaux II. Les résultats de l'analyse montrent un arrêt total de la consommation de BZD à 6 mois pour 44 %

des patients. 63 % des médicaments initialement consommés ont été arrêtés à 6 mois et 79 % réduits d'au moins 50 % à 6 mois contre 16 % qui ont été augmentés ou nouvellement prescrits.

La réduction globale moyenne de BZD à 6 mois comparativement au temps initial a été de 75 %. On note une corrélation entre la diminution de la consommation de médicament et un moindre sentiment de dépendance à l'échelle ECAB (diminution moyenne de 57 % des symptômes). Les critères évalués d'anxiété et dépression (HAD, Beck, STAI Y-A, évaluation du sommeil) sont globalement améliorés à 6 mois.

Les résultats de cette expérimentation sur un échantillon de taille modérée, sans groupe comparatif (absence de comparateur de référence), font entrevoir une solution thérapeutique adaptée à ce problème complexe du sevrage de BZD.

#### PO 436

### GROSSESSE ET PSYCHOTROPES

L. RGUIBI

Cabinet Privé, CASABLANCA, MAROC

*Introduction :* La pathologie psychiatrique touche tout âge, mais la période de procréation est une période critique car elle peut précipiter ou renforcer une pathologie psychiatrique préexistante. D'autant que la crainte d'un effet tératogène des psychotropes renforce la réticence du psychiatre à répondre à la demande de sa patiente pour une grossesse. Dans la culture arabe cette demande s'accroît par la pression qu'exercent le conjoint et sa famille, et qui peut même entraîner un divorce en cas de non-réponse de la patiente. Tous ces faits m'ont poussé à répondre au maximum à la demande de mes patientes généralement stabilisées.

*Étude :* Mon échantillon d'étude comporte 67 patientes avec une tranche d'âge allant de 20 à 36 ans, une à trois parités, niveau social (50 % femmes au foyer), niveau intellectuel (30 % illettrées, 45 % collégiennes, 25 % universitaires). 80 % des grossesses ont été préparées, la durée de l'étude est de 10 ans. Diag : 27 Dépressives ; 14 Psychotiques : 10 schizophrènes, 4 paranoïa ; 20 T.O.C ; 6 Bipolaires. Psychotropes utilisées : Environ 81 % ont reçu : chlorpromazine (50 à 200 mg) du début de la grossesse jusqu'au généralement un an après l'accouchement. En plus de la chlorpromazine, à partir du 2<sup>e</sup> trimestre un tiers des patientes dépressives ont repris l'antidépresseur stabilisant ou un autre antidépresseur en minimisant au maximum les doses. Les antidépresseurs utilisés par ordre d'utilisation sont : fluoxétine, clomipramine, miansérine. Pour les psychotiques en rechute j'ai augmenté la dose du chlorpromazine (jusqu'à 200 mg/j). Trois patientes ont pris la fluoxétine du début de la grossesse jusqu'à un an après l'accouchement. En plus du traitement médical les patientes ont bénéficié également d'une psychothérapie de soutien.

*Résultats :* Aucun effet tératogène n'a été retrouvé dans cet échantillon ; 19 cas de rechutes après l'accouchement dont 1/3 non préparés : 5 Schizophrènes, 6 T.O.C, 7 Dépressives et une Bipolaire ; 35 % ont allaité. L'état psychique et moteur ainsi que l'évolution psychomotrice de ces enfants sont satisfaisantes. Tous les enfants qui sont nés de ces grossesses sont déjà scolarisés.

*Conclusion* : Il sort de ce travail que la prescription des psychotropes durant la grossesse n'est pas aussi néfaste qu'on croyait.

#### PO 437

### UTILISATION DES ANTIPSYCHOTIQUES DE SECONDE GÉNÉRATION DANS LES HÔPITAUX BELGES (PARTIE I)

C. NOEL (1), F. MATHOT (1), J. REYNTENS (2)

(1) *Isosl Petit Bourgogne – Agora, LIÈGE, BELGIQUE*

(2) *Psychiatrisch centrum St Jan, EEKLO, BELGIQUE*

*Objectifs* : Les indications et dosages des antipsychotiques de seconde génération (SGA) peuvent varier en fonction du temps. Il est utile d'obtenir les données démographiques des patients, les diagnostics (axe 1) et les molécules SGA qui y sont associées.

*Méthode* : Étude observationnelle et naturalistique dans 9 hôpitaux psychiatriques belges. Les pharmaciens d'hôpitaux ont collecté les données des patients hospitalisés et traités par SGA depuis au moins 6 semaines. Ces données sont comparées avec les résultats d'études similaires effectuées en 2003 et 2007.

*Résultats* : 1 313 patients ont été inclus. L'âge moyen est de 45 ans et 64 % sont des hommes. 655 présentent un diagnostic de schizophrénie ou de troubles psychotiques et 203 un trouble de l'humeur. 151 relèvent d'une pathologie addictive. La quétiapine est la molécule la plus fréquemment prescrite ( $n = 462$  soit 35 %), et dans le plus grand nombre d'indications : 59 % de ses prescriptions le sont en dehors du champ des troubles psychotiques. La rispéridone (formes orale et L.A.) ou son métabolite (palipéridone) sont utilisées chez 496 patients (38 %).

*Discussion* : Comme en 2003 et 2007, les SGA restent prescrits dans une grande variété d'indications, même non officielles. Ceci a été particulièrement observé lors de problèmes addictifs et de troubles dépressifs. En 2003, 2007 et 2011 les psychoses représentaient respectivement 52,5 %, 52,2 % et 49,9 % des prescriptions de SGA. Cette évolution peut être due à une majoration du nombre d'indications pour les SGA. Les SGA sont prescrits chez des patients de plus en plus jeunes (diagnostic et prise en charge plus précoces, nouvelles indications, procédures judiciaires, ...). On constate aussi une utilisation moindre chez les personnes âgées (hospitalisations moins longues, orientation vers des structures gériatriques, contre-indications dans les pathologies cérébro-vasculaires).

#### PO 438

### UTILISATION DES ANTIPSYCHOTIQUES DE SECONDE GÉNÉRATION DANS LES HÔPITAUX PSYCHIATRIQUES BELGES (PARTIE II)

C. NOEL (1), F. MATHOT (1), J. REYNTENS (2)

(1) *Isosl Petit Bourgogne – Agora, LIÈGE, BELGIQUE*

(2) *Psychiatrisch centrum St Jan, EEKLO, BELGIQUE*

*Objectifs* : Les indications et dosages des antipsychotiques de seconde génération (SGA) peuvent varier avec le temps.

Il est utile d'obtenir des données sur les doses et les associations de SGA utilisées. Il y a un intérêt évident d'identifier les doses de SGA habituellement prescrites en fonction des différents diagnostics.

*Méthode* : Étude observationnelle et naturalistique dans 9 hôpitaux psychiatriques belges. Les pharmaciens ont collecté les données de patients hospitalisés et traités par SGA depuis au moins 6 semaines. Ces données sont comparées avec les résultats d'études similaires effectuées en 2003 et 2007.

*Résultats* : 1 313 patients ont été inclus. L'âge moyen est de 45 ans et 64 % sont des hommes. 50 % souffrent de schizophrénie ou de troubles psychotiques. Les doses moyennes journalières (MDD) relevées sont relativement élevées : seule, la MDD de la rispéridone est inférieure à sa DDD (dose journalière définie par l'O.M.S.). Les MDD de l'aripiprazole, de la clozapine et de la palipéridone sont proches de leurs DDD tandis que celles de l'amisulpride et de l'olanzapine présentent des dosages excessifs (MDD/DDD > 1,5). Par rapport aux résultats de 2003 et 2007, les doses ont tendance à se stabiliser voire diminuer sauf pour les produits plus récents (aripiprazole et rispéridone L.A.) ; ceux-ci voient leurs dosages augmenter. Curieusement, pour tous les SGA, les doses utilisées en polythérapie (ce qui concerne les 2/3 des patients psychotiques) sont plus élevées que celles prescrites en monothérapie, excepté pour la clozapine.

*Discussion* : Doses élevées et polythérapie sont souvent associées chez les patients hospitalisés. Ceci peut signer un usage inapproprié des SGA mais peut aussi être dû à la sévérité de la maladie et/ou à la grande variabilité individuelle de la réponse aux SGA. Les doses prescrites pour les troubles psychotiques sont logiquement plus élevées (en moyenne de 40 %) que pour les pathologies dépressives (excepté pour la rispéridone : 25 %). La tendance à la stabilisation dans l'évolution des MDD peut signer une meilleure connaissance pharmacologique et clinique des molécules.

#### PO 439

### UTILISATION DES ANTIPSYCHOTIQUES DE SECONDE GÉNÉRATION DANS LES HÔPITAUX PSYCHIATRIQUES BELGES (PARTIE III)

C. NOEL (1), F. MATHOT (1), J. REYNTENS (2)

(1) *Isosl Petit Bourgogne – Agora, LIÈGE, BELGIQUE*

(2) *Psychiatrisch centrum St Jan, EEKLO, BELGIQUE*

*Objectifs* : Les indications et dosages des antipsychotiques de seconde génération (SGA) peuvent varier avec le temps. Il est utile d'identifier et d'analyser les co-médications psychotropes chez des patients traités avec des SGA. En termes d'effets indésirables, il est important d'analyser la polypharmacie.

*Méthode* : Étude observationnelle et naturalistique dans 9 hôpitaux psychiatriques belges. Les pharmacies hospitalières ont collecté les données pour des patients hospitalisés et traités avec un SGA depuis au moins 6 semaines. Ces données sont comparées avec les résultats d'études similaires effectuées en 2003 et 2007.

**Résultats** : 1 313 patients ont été inclus. L'âge moyen est de 45 ans et 64 % sont des hommes. 50 % souffrent de schizophrénie ou de troubles psychotiques. En 2003, seulement 11 % des patients psychotiques recevaient au moins 2 SGA pour 44 % en 2011. Cette augmentation n'est pas compensée par une diminution coïncidente du taux d'association entre SGA et antipsychotiques de première génération : 49 % en 2003 pour 36,5 % en 2011. Tous les SGA sont utilisés en association ; la quétiapine est la molécule la plus associée (index d'association : 0,24) et l'amisulpride la moins associée (0,07). Bizarrement, la forme injectable L.A. de la rispéridone est plus associée que la forme orale. L'utilisation d'agents anticholinergiques reste importante (15 %) bien qu'en régression (30 % en 2003). Les différentes associations entre antipsychotiques, anticholinergiques et stabilisateurs de l'humeur ainsi que la charge dopaminergique globale (80 % représentés par les SGA) sont reprises dans les différents tableaux.

**Discussion** : La polypharmacie à doses élevées est très fréquente et croissante (total des doses moyennes journalières d'antipsychotiques, MDD > 2 pour les patients psychotiques). Ceci n'est pas en ligne avec les recommandations internationales. Les charges dopaminergiques et anticholinergiques sont plus élevées qu'en monothérapie et les risques d'effets indésirables accrus. Un regard critique et multidisciplinaire avec une réévaluation régulière des traitements médicamenteux peuvent s'avérer utiles pour une meilleure prise en charge des patients.

#### PO 440 INTÉRÊT DE L'ASSOCIATION DE LITHIUM À LA CLOZAPINE, À PARTIR D'UN CAS DE CORRECTION DE NEUTROPÉNIE INDUITE

J. LAVAL, F. KARDACHE, J.F. THIEBAUX

CH Mas Careion, UZES, FRANCE

La clozapine est un antipsychotique régulièrement prescrit chez les patients souffrant de schizophrénie résistante. Son efficacité est reconnue et reste inégalée malgré l'apparition de nouvelles molécules. Son utilisation est limitée par la survenue d'effets secondaires, en particulier d'une neutropénie grave dans près de 3 % des cas.

Quelques équipes proposent l'association de lithium à faible dose dans le but de corriger cette neutropénie. Cette pratique reste controversée.

Nous rapportons le cas d'un patient souffrant de schizophrénie grave stabilisée pendant plusieurs années sous clozapine avant apparition d'une neutropénie ayant conduit à son arrêt.

Après une période d'aggravation de sa maladie et la multiplication des hospitalisations, à la demande du malade la reprise d'un traitement par clozapine a été décidée. Très rapidement nous avons constaté l'apparition d'une nouvelle neutropénie et arrêté le traitement.

Sous surveillance rapprochée de la formule sanguine nous avons deux jours plus tard re-introduit la clozapine en association avec un sel de lithium permettant une correction de la neutropénie (Fig. 7).

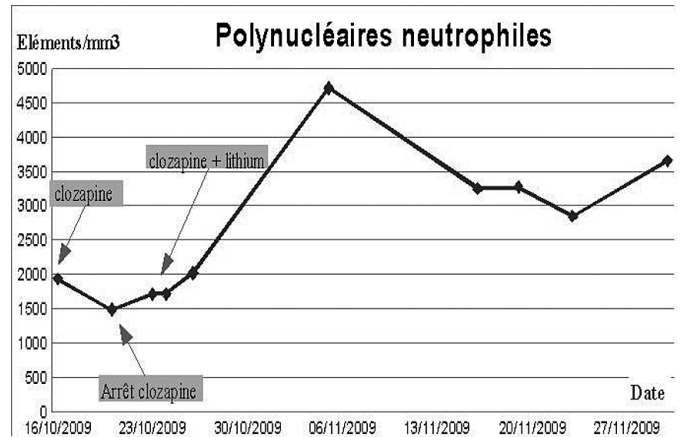


FIG. 7.

Après plusieurs mois d'évolution, cette association a permis une nouvelle stabilisation de l'état clinique et la reprise d'une activité professionnelle stable.

À partir de cette observation, la physiopathologie de la leucopénie induite par la clozapine et le mécanisme de sa correction par le lithium sont repris.

L'intérêt d'une utilisation plus large de l'association lithium-clozapine, en particulier chez les patients présentant une grande instabilité thymique est discuté.

#### PO 441 PROFILS DE PRESCRIPTION DE NEUROLEPTIQUES À LA SORTIE DE 4 UNITÉS D'HOSPITALISATION À TEMPS COMPLET DU MAS CAREIRON EN 2010

J. LAVAL (1), N. JAY (2), F. KARDACHE (1),  
A. BOUSQUET (1), G. CEBE (1), M. BILIK (2)

(1) CH Mas Careion, UZES, FRANCE

(2) Université de Lorraine, NANCY, FRANCE

**Objectif** : Les modalités de prescription des neuroleptiques (conventionnels et antipsychotiques) font l'objet de référentiels détaillés, en particulier dans leurs règles d'associations. Afin de décrire les habitudes d'associations de neuroleptiques, nous avons analysé les ordonnances rédigées en 2010 à la sortie de 4 unités d'hospitalisation du Mas Careiron.

**Méthodes** : Des profils de prescription ont été établis par Analyse Formelle de Concept (AFC), une méthode de fouille de données permettant de détecter et visualiser toutes les formes de prescriptions concomitantes de neuroleptiques. Chaque profil est défini par une combinaison de un ou plusieurs neuroleptiques.

**Résultats** : 480 ordonnances de sortie ont été rédigées. L'âge moyen par ordonnance était de 49,2 ans, 50 % concernaient des hommes. 16 (3 %) ordonnances suivaient un séjour pour trouble mental organique, 135 (28 %) pour une schizophrénie ou un trouble délirant, 150 (31 %) pour des troubles affectifs et 179 (37 %) pour une autre forme de trouble mental. 24 % des ordonnances ne contenaient aucun neuroleptique, 52 % en contenaient un seul, 22 % en contenaient 2, et 3 % en contenaient au moins 3. Les 3 neuroleptiques le plus prescrits étaient l'olanzapine (129 ordonnances), la rispéridone (75), et

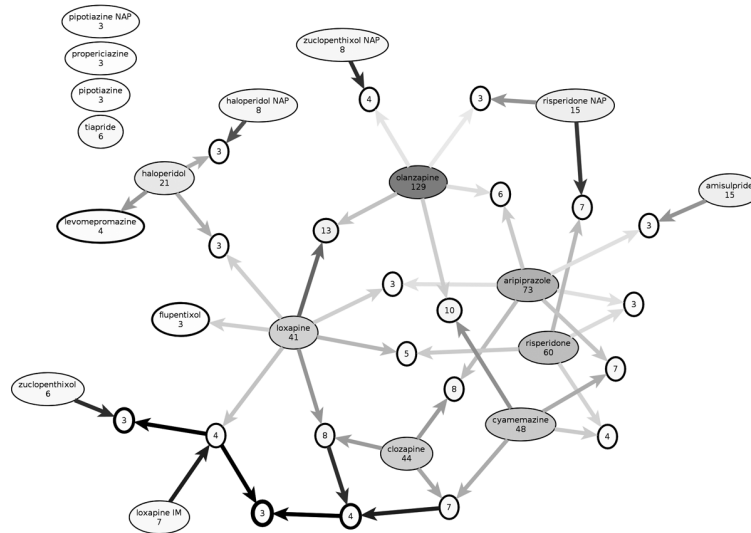


FIG. 8.

l'aripiprazole (73). 66 profils différents ont été recensés. La combinaison de neuroleptiques la plus rencontrée concerne l'olanzapine et la loxapine (13 ordonnances). Certains neuroleptiques apparaissent quasi systématiquement en association comme la loxapine (90 % des cas), d'autres plus rarement comme l'olanzapine (30 %). La nature des profils rencontrés dans plus de trois ordonnances est décrite par la figure jointe. Chaque nœud représente un profil et le nombre d'ordonnances le concernant. Les nœuds cibles d'une ou plusieurs flèches représentant des associations. La couleur des flèches marque la force de l'association, la couleur des nœuds sa fréquence (Fig. 8).

**Discussion :** Alors que les recommandations préconisent la monothérapie, on constate en situation réelle une fréquence importante d'association de neuroleptiques. L'AFC permet, de manière synthétique, de caractériser et visualiser des profils de polythérapie nombreux et divers.

#### PO 442 ANTIPSYCHOTIQUES ET MANIFESTATIONS BUCCO-DENTAIRES : FACTEURS ASSOCIÉS

A. MRAD, M. CHHOUMI, O. BRAHAM, N. HANDOUS,  
F. ZAAFRANE, J. SALMI, L. GAHA

CHU Fattouma Bourguiba, MONASTIR, TUNISIE

**Introduction :** Les traitements psychotropes ont transformé le pronostic des maladies mentales mais au dépend de certains effets secondaires dont les effets bucco-dentaires. Ces affections bucco-dentaires seraient variables selon la nature de la molécule, la posologie ainsi que le nombre et la durée de prise de ces médicaments. L'objectif de notre travail était de rechercher des facteurs associés aux affections bucco-dentaires chez des patients prenant des psychotropes.

**Méthodologie :** Il s'agit d'une étude transversale de type cas témoins réalisée dans le service de psychiatrie du CHU Fattouma Bourguiba et à la clinique de médecine dentaire à Monastir, portant sur 100 patients prenant des psychotropes depuis au moins 1 an, comparés à 100 patients témoins ne prenant pas de psychotropes. Nous n'avons pas inclus tout

patient souffrant d'une maladie ou prenant un autre traitement qui risquent d'entraîner des effets indésirables au niveau bucco-dentaire. Les données cliniques et thérapeutiques ont été recueillies à travers les dossiers médicaux. Les données bucco-dentaires ont été recueillies grâce à un examen clinique exobuccal et endobuccal complet réalisé par une interne en médecine dentaire.

**Résultats :** La fréquence des affections bucco-dentaires était significativement associée à la durée de prise des psychotropes ( $p = 0,003$ ), en particulier pour l'indice CAO ( $p < 10 - 3$ ) d'une part et au nombre des psychotropes ( $p = 0,017$ ) en particulier pour les caries cervicales ( $p = 0,008$ ) d'autre part. Concernant la nature du psychotrope prescrit, toutes les affections bucco-dentaires étaient significativement associées à la prise de neuroleptiques ( $p < 10 - 3$ ) mais sans lien avec leurs posologies.

**Conclusion :** Les affections bucco-dentaires semblent être favorisées par la prise au long cours des psychotropes notamment les neuroleptiques. L'effet de ces molécules au niveau bucco-dentaire semble être amplifié par les associations thérapeutiques. Ceci incite à une à l'évaluation régulière des prescriptions afin d'éviter les associations inutiles.

#### PO 443 PRÉVALENCE DES AFFECTIONS BUCCO-DENTAIRES CHEZ DES PATIENTS SOUS TRAITEMENTS PSYCHOTROPES : ÉTUDE CAS TÉMOINS

O. BRAHAM (1), A. MRAD (1), M. CHHOUMI (1),  
N. HANDOUS (2), F. ZAAFRANE (1), J. SELMI (2), L. GAHA (1)

(1) Service de Psychiatrie, CHU Fattouma Bourguiba, MONASTIR, TUNISIE

(2) Clinique de Médecine Dentaire, Faculté de Médecine Dentaire, MONASTIR, TUNISIE

**Introduction :** Les malades souffrant d'un trouble psychiatrique semblent présenter une pathologie bucco-dentaire fréquente et bien particulière étant donné la nature même de la maladie psychiatrique souvent associée à un manque d'hygiène et de

préoccupations esthétiques, le mode de vie de ces patients ainsi que l'effet non négligeable des psychotropes sur la sphère bucco-dentaire.

**Objectif :** Déterminer la prévalence des affections bucco-dentaires chez des patients prenant des psychotropes.

**Matériel et Méthode :** Il s'agit d'une étude transversale de type cas témoins réalisée dans le service de psychiatrie du CHU Fattouma Bourguiba et à la clinique de médecine dentaire à Monastir, portant sur 100 patients prenant des psychotropes depuis au moins 1 an, comparés à 100 patients témoins ne prenant pas de psychotropes. Nous n'avons pas inclus tout patient souffrant d'une maladie ou prenant un autre traitement qui risquent d'entraîner des effets indésirables au niveau bucco-dentaire. Les données bucco-dentaires ont été recueillies grâce à un examen clinique exobuccal et endobuccal complet réalisé par une interne en médecine dentaire.

**Résultats :** La fréquence des affections bucco-dentaires était statistiquement plus élevée chez les patients prenant des psychotropes ( $10,8 \pm 3,5$  versus  $5 \pm 2,6$ ;  $p < 10^{-3}$ ). Leur état de santé bucco-dentaire était dominé par la sécheresse buccale ( $p < 10^{-3}$ ), les lésions candidosiques ( $p < 10^{-3}$ ), les atteintes parodontales sévères ( $p = 0,001$ ), ainsi que les complications neurologiques ( $p < 10^{-3}$ ) représentées essentiellement par la dyskinésie, la dysphagie et les troubles du goût.

L'indice CAO chez les patients prenant des psychotropes était significativement plus élevé ( $p = 0,015$ ), en particulier pour les caries cervicales ( $2,9$  versus  $0,2$ ;  $p < 10^{-3}$ ).

**Conclusion :** Notre étude révèle une fréquence élevée des affections bucco-dentaires chez les patients prenant des psychotropes comparativement aux témoins. Ces affections pourraient être imputées à l'usage des psychotropes, toutefois d'autres facteurs liés à la maladie mentale elle-même tels que le manque d'hygiène buccale et le tabagisme devraient être pris en considération dans l'analyse de ces résultats.

#### **PO 444 LES MÉDICAMENTS PSYCHOTROPES DANS LA PRISE EN CHARGE DU TROUBLE BIPOLAIRE : DES RECOMMANDATIONS AUX PRATIQUES DE PRESCRIPTION**

C. BLANCO, C. COURREGÉ

CH Le Mas Careiron, UZES, FRANCE

La prise en charge pharmacologique du trouble bipolaire est complexe et la polymédication est souvent nécessaire. Afin de réaliser l'état des lieux de cette prise en charge au CH spécialisé d'Uzès, nous avons analysé les prescriptions de psychotropes rédigées en sortie d'hospitalisation entre janvier 2010 et décembre 2011. Nous avons comparé celles-ci aux recommandations nationales sur le trouble bipolaire et aux pratiques cliniques publiées.

Au total, 119 ordonnances ont été analysées pour des patients de 19 à 70 ans, traités pour un épisode thymique maniaque (55 %), dépressif (19 %) ou mixte (26 %). Les patients reçoivent principalement 3 (38 %) ou 4 (33 %) classes thérapeutiques différentes de psychotropes. Le traitement de fond le plus prescrit fait appel à la combinaison antipsychotique (AP) et thymorégulateur (TR) qui est le plus souvent

prescrit avec un anxiolytique et/ou un hypnotique. Les traitements de fond AP, TR et antidépresseurs (ATD) sont prescrits respectivement sur 91 % (majorité d'AP atypiques), 71 % (majorité de valproate) et 28 % des ordonnances. Conformément aux recommandations, les ATD sont toujours prescrits en association à un stabilisateur de l'humeur et les classes thérapeutiques privilégiées sont les IRS et IRSNA. Les traitements adjuvants, anxiolytiques et hypnotiques, sont prescrits respectivement sur 69 % et 55 % des ordonnances.

Les stratégies thérapeutiques adoptées (molécules, posologies et associations de molécules) sont globalement conformes aux référentiels nationaux et aux pratiques cliniques publiées. Toutefois, des non-conformités ont été observées : 48 % des prescriptions d'olanzapine dépassent les posologies de l'AMM et 43 % des patients bipolaires traités pour un épisode mixte reçoivent un ATD. De plus, l'utilisation de la cyamémazine et de l'alimémazine ne correspondent pas aux lignes thérapeutiques préconisées pour ces molécules et les antiépileptiques (carbamazépine, oxcarbazépine ou lamotrigine) ne sont pas prescrits alors qu'ils peuvent être utilisés comme thymorégulateurs. Ces différences observées entre recommandations et pratique clinique devraient permettre au clinicien de reconsidérer la prescription de certains psychotropes dans la prise en charge du trouble bipolaire.

#### **PO 445 LA PRESCRIPTION DES NEUROLEPTIQUES CHEZ LES SUJETS ÂGÉS À LA CONSULTATION EXTERNE DE PSYCHIATRIE DE L'HÔPITAL RAZI DE TUNIS**

M. GUERMANI (1), I. CHAABANE (2), O. MOULA (1),  
A. BOUASKER (1), R. GHACHEM (1)

(1) Hôpital Razi, TUNIS, TUNISIE

(2) Hôpital Razi, TUNIS, TUNISIE

**Introduction :** La psychiatrie s'est toujours intéressée à tous les âges de la vie, mais la pathologie psychiatrique du sujet âgé et sa prise en charge est de plus en plus au premier plan. La prescription médicamenteuse et plus particulièrement les neuroleptiques demande la prudence et une surveillance quotidiennes en raison de leur polyopathie, de leur polymédication et de leur plus grande sensibilité aux effets toxiques des médicaments.

**Objectifs :** Analyser la modalité des prescriptions de neuroleptiques chez les patients atteints de démence.

**Méthodologie :** Il s'agit d'une étude rétrospective sur dossiers portant sur des patients de plus de 60 ans chez qui le diagnostic de démence était confirmé au service de neurologie. Un recueil de données a été effectué à l'aide d'une fiche de renseignements qui étudie : le motif de consultation, ATCD psychiatriques, ATCD médicaux, traitements neuroleptiques (indication, effets indésirables, interactions, contre-indications, posologie, durée de traitement), présence de facteurs de risque cardiovasculaire.

**Résultats :** 22 patients ont été inclus, l'âge moyen était de 78,6 ans (minimum : 67 ans, maximum : 95 ans) et la sex-ratio de six hommes pour 16 femmes. Tous les patients ont consulté pour des troubles du comportement : fugues, agressivité, opposition, agitation, troubles du rythme veille sommeil, cris, hallucinations visuelles, idées délirantes.

Les neuroleptiques les plus utilisés sont : halopéridol (44 % ;  $n = 22$ ), propériciazine (24 % ;  $n = 12$ ), rispéridone (18 % ;  $n = 9$ ), olanzapine (4 % ;  $n = 2$ ), chlorpromazine (20 % ;  $n = 10$ ). Les effets indésirables les plus retrouvés sont le ralentissement psychomoteur et la sédation. La présence des effets indésirables est associée d'une façon significative ( $p < 0,005$ ) à doses élevées de neuroleptiques par rapport à l'âge.

**Conclusion :** L'élaboration de recommandations dans ce domaine correspond à une nécessité d'autant plus forte que le recours aux neuroleptiques pourrait permettre de contourner un certain nombre de problèmes rencontrés chez le sujet âgé surtout qu'il est fréquemment insuffisamment assisté.

#### PO 446

### MYOCARDITE ASSOCIÉE À LA CLOZAPINE : DIAGNOSTIC PRÉCOCE ET CONDUITE À TENIR

J. ROBLIN, L. BONNARDEL, S. MACHEFAUX,  
A.V. ROUSSELET, J.P. OLIE, R. GAILLARD

CH Sainte-Anne, PARIS, FRANCE

La clozapine est un antipsychotique dibenzodiazépine, qui se distingue des agents antipsychotiques traditionnels par une forte affinité pour les récepteurs dopaminergiques D4, et moins d'effets extra-pyramidaux. Cette molécule est indiquée dans les schizophrénies résistantes, en cas d'intolérance aux autres antipsychotiques et dans les troubles psychotiques au cours de la maladie de Parkinson. La clozapine est prescrite chaque année chez plus d'un million de patients dans plus de 60 pays à travers le monde.

Concernant les effets indésirables, les agranulocytoses associées à la clozapine surviennent chez près de 1 % des patients dans la première année de traitement, d'où des précautions réglementaires prévues lors de la prescription de ce médicament. La surveillance de l'hémogramme est obligatoire pour la délivrance du produit, hebdomadaire pendant les 18 premières semaines de traitement puis mensuelle.

D'autres effets indésirables gênants sont décrits tels que les effets cardio-vasculaires comme l'hypotension orthostatique et la tachycardie, survenant dans respectivement plus de 9 et 25 % des cas, mais sont rarement cliniquement importants. Moins fréquemment, un traitement par clozapine peut aussi être associé à la survenue de péricardites, de myocardites et de cardiomyopathies (0,015 à 0,188 %) chez des jeunes adultes avec une schizophrénie et physiquement en bonne santé.

Après une revue de la littérature sur la survenue de myocardites lors d'un traitement par clozapine, une conduite à tenir pratique sera proposée concernant le diagnostic et la gestion d'un tel effet potentiellement létal. Nous illustrerons ces données par le cas d'un patient de 26 ans avec une schizophrénie dysthymique ayant présenté une myocardite à 15 jours de l'instauration d'un traitement par clozapine.

#### PO 447

### RISQUES DES ANTIPSYCHOTIQUES ATYPIQUES PENDANT LA GROSSESSE ET L'ALLAITEMENT

S. BEN YOUNES, H. LAKHAL, W. HOMRI, R. LABBENE

Hôpital Razi, TUNIS, TUNISIE

**Introduction :** La population à risque de troubles psychotiques est principalement composée de sujets d'âge moyen entre 15 et 25 ans soit en âge de procréation. Les APA sont classés par la FDA comme des produits de catégorie C dont le risque pendant la grossesse n'est pas exclu.

**L'objectif :** Étudier les risques auxquels exposent les APA au cours de la grossesse et de l'allaitement.

**Méthodologie :** Revue de la littérature par recherche sur la base de données Medline sur une période allant de 1990 à 2010.

**Résultats :** Tous les APA passent la barrière placentaire à des proportions variables selon le produit.

Malformations et complications périnatales rapportées dans la littérature :

– avec la clozapine : 5 cas de malformations fœtales + 5 cas de syndrome périnatal/61 fœtus exposés

– avec l'olanzapine : complications périnatales.

– in utéro : syndrome extrapyramidal, mouvements anormaux.

Tous les APA : Syndrome périnatal fait d'hypertonie, hyperkinésie, syndrome extrapyramidal, tremblements, difficultés de succion...

Les effets à long terme : Absence de variations dans le comportement et dans le QI des enfants ayant été exposés aux APA.

Tous les APA sont excrétés dans le lait maternel à des doses inférieures aux doses plasmatiques maternelles.

L'association américaine de pédiatrie considère l'allaitement une contre indication à leur emploi devant la lipophilie et le risque d'agranulocytose pour le nourrisson.

**Mots clés :** Atypical antipsychotic ; Lactation ; Pregnancy.

#### PO 448

### MÉLATONINE ET INSOMNIE DE TROISIÈME ÂGE

S. HAMMAMI (1), B. AMAMOU (2), S. MAHJOUR (1),  
L. GAHA (2)

(1) Service de Médecine Interne, MONASTIR, TUNISIE

(2) Service de Psychiatrie, MONASTIR, TUNISIE

**Introduction :** La mélatonine, hormone produite par la glande pinéale, est sécrétée préférentiellement pendant la nuit. Le rôle de la mélatonine est celui d'un synchroniseur endogène des rythmes circadiens, des rythmes de température et veille sommeil en particulier. Des études récentes rapportent l'intérêt de la mélatonine dans le traitement de l'insomnie, en particulier liée au vieillissement. Nous en rapportons deux observations.

**Observation 1 :** Femme âgée de 95 ans avec antécédent de fracture du col de fémur à l'âge de 90 ans suivie d'un syndrome d'immobilisation. Elle présentait une agitation et des troubles de sommeil non améliorés par des benzodiazépines ni par d'autres hypnotiques. À la biologie la VS est à 35 mm à H1, la CRP est à 4 mg/dl, la glycémie à 1,23 gr/l, la clairance rénale à 52 ml/mn, la numération sanguine est correcte, l'albuminémie à 34 gr/l. L'échographie abdominale est sans anomalie. La prise de mélatonine à 2.5 mg le soir a amélioré la qualité de sommeil de la patiente.

**Observation 2 :** Femme âgée de 92 ans avec antécédent d'hypertension artérielle traitée par inhibiteur calcique et mala-

die d'Alzheimer sous donépézil. Suite à un syndrome post-chute elle a présenté une altération de l'état général avec un amaigrissement, malnutrition, enraidissement articulaire et des escarres au point d'appui. Ce tableau évolue dans un contexte d'agitation diurne et nocturne. À la biologie on note l'albuminémie à 24 gr/l, la clearance de la créatinine à 35 ml/mn, une anémie normochrome normocytaire à 8,4 gr/dl, une hypocalcémie et un syndrome inflammatoire biologique. L'hydratation correcte et le régime hypercalorique hypercalcique ont permis une amélioration clinique et biologique. Malgré l'amélioration des escarres, la patiente persiste algique et agitée avec des troubles de sommeil épuisant l'aidant et non améliorés par les hypnotiques. La mise sous mélatonine a amélioré la qualité de sommeil.

*Discussion et conclusion* : La mélatonine semble donc avoir des effets de sédation et de synchronisation sur les rythmes biologiques avec régulation du cycle veille sommeil. Prise le soir au coucher, la mélatonine semble augmenter le temps de sommeil total et l'efficacité de sommeil en réduisant les éveils nocturnes.

#### PO 449

### ACCIDENTS IATROGÈNES MÉDICAMENTEUX IMPUTABLES AUX PSYCHOTROPES SURVENUS DANS LE SERVICE DE PSYCHIATRIE DE MONASTIR (TUNISIE)

B. AMAMOU (1), M.W. KRIR (1), A. MRAD (1), Z. CHEDLY (2), A. CHAABANE (2), L. GAHA (1), K. AOUEM (2)

(1) *Laboratoire de Recherche LR05ES10 « vulnérabilité aux psychoses », Faculté de Médecine Monastir, Université de Monastir, MONASTIR, TUNISIE*

(2) *Laboratoire de Pharmacologie, Faculté de Médecine de Monastir, MONASTIR, TUNISIE*

*Introduction* : L'Organisation Mondiale de la Santé définit les accidents iatrogènes médicamenteux (AIM) comme « tous les effets nocifs, involontaires et indésirables d'un médicament utilisé chez l'homme à des fins prophylactiques, diagnostiques et thérapeutiques, ou pour des modifications des fonctions physiologiques ». Les psychotropes seraient incriminés dans 10 à 30 % des hospitalisations dues à un facteur iatrogène en urgence.

*Objectif* : Décrire la nature et l'évolution des accidents iatrogènes induits par des psychotropes survenus dans le service de psychiatrie au CHU de Monastir.

*Matériels et méthode* : Il s'agit d'une étude descriptive portant sur l'ensemble d'événements suspects d'être d'origine médicamenteuse, observés chez des patients hospitalisés dans le service de psychiatrie du CHU de Monastir et ayant fait l'objet d'une étude de pharmacovigilance durant la période allant de 2004 à 2011. Pour chaque événement, nous avons recueilli les symptômes observés chez le patient, la nature des médicaments incriminés ainsi que les bilans biologiques. Nous avons colligés 41 événements. L'imputabilité aux psychotropes a été retenue pour seulement 31 événements. Ces derniers sont survenus chez une population constituée de 27 hommes et femme (trois patients avaient présenté deux événements de natures différentes) avec un âge moyen de 31 ans.

*Résultats* : Les événements notifiés étaient, par ordre de fréquence, le syndrome pseudo-malin ( $n = 18$ ), le syndrome malin

des neuroleptiques ( $n = 3$ ), les atteintes cutanées ( $n = 3$ ), les atteintes hématologiques ( $n = 2$ ), les atteintes hépatiques ( $n = 2$ ), la dystonie tardive ( $n = 1$ ), l'insuffisance rénale aiguë ( $n = 1$ ) et l'hypothyroïdie ( $n = 1$ ). Les médicaments incriminés étaient les neuroleptiques (80 %), les antiépileptiques (13 %) et les sels de lithium (7 %). L'évolution était favorable dans tous les cas soit après interruption de la prise du médicament incriminé soit après passage de la voie injectable à la voie orale.

*Conclusion* : Les AIM les plus observés chez nos patients étaient les syndromes pseudo-malins dus aux neuroleptiques essentiellement de première génération dont l'évolution était favorable dans tous les cas. Ce résultat nous incite à prescrire les antipsychotiques de deuxième génération en première intention avec une préférence pour la voie orale.

#### PO 450

### MODIFICATIONS DE LA PHARMACOCINÉTIQUE DE LA CLOZAPINE INDUITES PAR LE TABAC, LE CANNABIS ET LA CAFÉINE ET LEURS IMPLICATIONS THÉRAPEUTIQUES

M.H. LAKHAL, R. RAFRAFI, S. HECHMI, W. ABDELGHAFAR, W. MELKI, Z. ELHECHMI

*Faculté de Médecine de Tunis Université Tunis El Manar, TUNIS, TUNISIE*

Le tabagisme et la consommation de cannabis et de café sont connus pour être plus fréquents chez les patients atteints de schizophrénie que dans la population générale. Ils sont aussi susceptibles d'avoir des interactions avec certains traitements médicamenteux antipsychotiques notamment la clozapine. En effet, cette molécule est caractérisée par un index thérapeutique étroit, des effets toxiques significatifs et par une pharmacocinétique particulière d'où l'impact clinique important des variations de sa concentration plasmatique pouvant être induites par plusieurs facteurs.

L'objectif de ce travail est de faire une étude des interactions du tabagisme et de la consommation de cannabis et de caféine avec la pharmacocinétique de la clozapine et leur impact sur le plan thérapeutique.

Il s'agit d'une revue de la littérature par recherche sur la base de données Medline sur une période allant de 1990 à 2012 ; Les mots clés : « smoking », « cannabis », « caféine », « clozapine ».

La clozapine est largement métabolisée par le cytochrome P450 1A2 (CYP1A2) et les hydrocarbures aromatiques polycycliques (HAP) présents dans la fumée de tabac sont connus pour induire le CYP 1A2. Fumer donc en même temps qu'un traitement par la clozapine peut potentiellement conduire à une baisse des niveaux sanguins de cette molécule et par conséquent la diminution de son efficacité, tandis que l'arrêt du tabac peut potentiellement conduire à une élévation de la clozapinémie avec un risque de toxicité.

Les effets métaboliques inductifs ne sont pas spécifiques au tabac. Ils sont aussi constatés avec la fumée de cannabis.

La caféine exerce l'effet contraire et peut engendrer une augmentation de la concentration sanguine de la clozapine. Cet effet est expliqué par un mécanisme d'inhibition compétitive. Seulement de fortes concentrations de caféine semblent



avoir une interaction significative avec la pharmacocinétique de la clozapine. Mais ces concentrations ne sont pas spécifiées avec précision dans la littérature.

#### **PO 451 CATATONIE AIGUË : INTÉRÊT ET EFFICACITÉ DU DIAZÉPAM EN INTRA MUSCULAIRE**

G. MOUGIN, V. BORGES DA SILVA, D. IHAMOUINE,  
C. SCIVEREL, P. PAULIN, S. SIRERE, J. FARISSE,  
N. SIMON, C. LANCON

*CHU Sainte-Marguerite, MARSEILLE, FRANCE*

La catatonie aiguë est un syndrome répertorié dans le DSM 4 TR, notamment dans les troubles bipolaires, mais aussi, dans la schizophrénie et certains troubles organiques. Cet aspect trans-nosographique sera encore plus officialisé dans le DSM 5.

Il s'agit d'un syndrome fréquent pouvant engager le pronostic vital.

De nombreuses études ont montré l'efficacité des benzodiazépines à faible dose, particulièrement le lorazépam, dans le traitement de la catatonie aiguë.

Notre objectif était d'étudier l'efficacité du diazépam 10 mg IM en cure courte de trois jours, chez une patiente atteinte de catatonie aiguë, dont les symptômes négatifs empêchaient la prise de traitement *per os*.

Il s'agissait d'une patiente de 60 ans, bipolaire de type 1, traitée par valproate de sodium 1 200 mg/j en deux prises, hospitalisée de façon itérative pour décompensations aiguës de type catatoniques dans un contexte de rupture de traitement. À l'entrée elle présentait une catatonie stuporeuse, avec négativisme, refus d'alimentation, prostration, mutisme, contact opposant avec refus de soin.

Nous avons évalué l'efficacité de ce protocole par l'échelle standardisée de Francis Bush avant et après traitement.

Nous avons mis en évidence une amélioration clinique avec une différence du score mesuré par cette échelle (Évolution de la sévérité cotée de 30 à 6).

En conclusion, nous avons observé une efficacité du diazépam chez cette patiente, comparable cliniquement à celle du lorazépam, dans le traitement de la catatonie aiguë, offrant l'avantage d'une forme injectable en cas de refus de traitement *per os*.

#### **PO 452 DE MARSEILLE À SANTIAGO DU CHILI : LE MIDAZOLAM LUI FAIT (PRESQUE) PERDRE LA TÊTE**

A. PALOMBA (1), F.S. WAWRZYNIAK (1), D. DRAI (2),  
J. FARISSE (3), J.C. SAMUELIAN (4), N. SIMON (5),  
C. LANCON (6)

(1) Interne en D.E.S de Psychiatrie, Université de la Méditerranée, MARSEILLE, FRANCE

(2) Praticien Hospitalier, Service de Psychiatrie Adulte du Dr JC. SAMUELIAN, Pôle Psychiatrie Centre, MARSEILLE, FRANCE

(3) Praticien Hospitalier, Service de Psychiatrie du Pr LANCON, CHU de Sainte-Marguerite, MARSEILLE, FRANCE

(4) Praticien Hospitalier, Chef de Service de Psychiatrie Adulte, Chef du Pôle Psychiatrie Centre, MARSEILLE, FRANCE

(5) Professeur des Universités, Pharmacologue, Chef du Service d'Addictologie, CHU de Sainte-Marguerite, MARSEILLE, FRANCE

(6) Professeur des Universités, Praticien Hospitalier, Chef du Service de Psychiatrie Adulte et de Psychologie Médicale, CHU de Sainte-Marguerite, MARSEILLE, FRANCE

Les benzodiazépines sont les psychotropes les plus largement utilisés dans des indications variées (psychiatrie, anesthésie, neurologie, rhumatologie...). Leur action gabaergique leur confère des propriétés anti-convulsivantes, anxiolytiques, myorelaxantes, hypnotiques, et amnésiantes. Le midazolam, avec sa demi-vie ultra-courte de 2 h, est utilisé principalement dans l'induction d'anesthésie mais son usage se reprend dans le traitement de l'agitation aux urgences générales.

Une histoire clinique, récente et originale, apparaît utile pour sensibiliser les thérapeutes à leurs effets paradoxaux, fréquents mais peu connus et mal documentés.

M.P-H, 24 ans, originaire de Santiago du Chili, a reçu 5 mg de midazolam en induction d'anesthésie d'une fibroscopie œsogastro-duodénale ambulatoire à l'Hôpital de la Conception. De retour à domicile, son colocataire le retrouve pendu. L'équipe du SMUR intervient rapidement (Glasgow 5). Tout risque vital est rapidement écarté par des mesures de réanimation efficaces sans séquelles.

L'interrogatoire rétrospectif minutieux ne retrouve aucun antécédent psychiatrique personnel ou familial chez ce jeune étudiant venu en France, il y a un an, pour entreprendre des études de management.

Au réveil, il présente une amnésie rétrograde totale et découvre avec surprise le passage à l'acte, commis. Il ne présentera plus aucune symptomatologie psychiatrique, dans l'immédiat, à court terme et un an après (contact avec l'équipe médicale du pays d'origine).

Au niveau pharmacologique, l'hypothèse principale est une diminution du tonus sérotoninergique avec facilitation du passage à l'acte par levée d'inhibition anxieuse.

En outre, une revue de la littérature a permis d'identifier des profils spécifiques de patients à risque de développer ce type d'effet paradoxal.

Une autre hypothèse est celle d'un abaissement suffisant du niveau de vigilance pour qu'une activité oniroïde émerge avec ses comportements automatiques.

Cette expérience clinique nous amène à reconsidérer sérieusement que toute prescription de benzodiazépines implique une surveillance clinique rapprochée et doit obéir à une évaluation stricte du rapport bénéfice/risque. Et aussi de la nécessité de conduire des études sur les effets secondaires notamment paradoxaux de ces psychotropes.

#### **PO 453 CO-MORBIDITÉ SCHIZOPHRÉNIE ET ADDICTION AUX OPIACÉS : COMMENT CONCILIER DIFFICULTÉS RÉGLEMENTAIRES ET INTRICATIONS MÉDICAMENTEUSES**

M. ROUSSEL, E. PAGNIER, J. FARISSE, N. SIMON, C. LANCON  
*Sainte-Marguerite, MARSEILLE, FRANCE*

Patiente de 40 ans, suivie depuis 15 ans pour schizophrénie paranoïde associée à une addiction aux opiacés (cocaïne puis héroïne). Très nombreuses hospitalisations en raison de

rupture thérapeutique fréquente, et d'une réticence pathologique à adhérer au traitement substitutif et au traitement antipsychotique.

Initialement, et dans le respect des indications (AMM) puis au-delà, un traitement substitutif par buprénorphine (jusqu'à 24 mg/j) associé à un antipsychotique (olanzapine) a été mis en place après de nombreux autres essais. Devant une efficacité partielle du traitement, un défaut d'insight majeur concernant ses deux pathologies, un relais par chlorhydrate de méthadone a été tenté jusqu'à 320 mg/j, dose inhabituelle, mais ayant démontrée un impact positif sur la symptomatologie psychotique et permettant de baisser la posologie des antipsychotiques [revue de littérature].

Dans le but de permettre une meilleure observance, la décision a été prise de prescrire du sulfate de morphine, en conformité aux souhaits de la patiente, qui a toujours refusé « *l'étiquette de toxicomane* » attachée aux précédents traitements substitutifs aux opiacés officiels et autorisés. Le contrat de soin inclut aussi l'acceptation d'halopéridol sous sa forme décanoas. Le sulfate de morphine a été prescrit à une posologie maximale de 1 200 mg/j, puis diminué progressivement jusqu'à 630 mg/j [9 mois]. Dans le même temps, le traitement par halopéridol a été réduit de 150 à 100 mg/28 j.

Deux ans de stabilité clinique, sans aucune hospitalisation ont pu être obtenus pour la première fois.

En dépit d'une efficacité spectaculaire, et en corollaire avec une situation judiciaire dans le nord de la France des difficultés incontournables sont survenues avec interdiction de délivrance et menace de sanction pour le pharmacien de la part de la Sécu après 18 mois de traitement, alors que la circulaire Girard (1995) assure le remboursement de ce traitement hors AMM après échec des TSO classiques.

Après discussion, certificat, contacts téléphoniques, implication de la pharmacie hospitalière en dépannage afin d'éviter une réaction de sevrage brutale, la délivrance a été de nouveau permise... au prix d'un refus de remboursement.

**Mots clés :** AMM ; Schizophrénie addiction ; Sulfate de morphine.

#### PO 454

### SYNDROME MALIN DES NEUROLEPTIQUES À L'HÔPITAL ARRAZI DE SALÉ : DIFFICULTÉS DIAGNOSTIQUES ET DE PRISE EN CHARGE

H. TAIBI, A. BELHACHMI, C. CHAIB, A. OUANASS

Hôpital Arrazi, SALÉ, MAROC

Le syndrome malin des neuroleptiques est un accident rare mais grave et mortel des traitements antipsychotiques. Sa clinique est hétérogène. Les symptômes varient en fonction de type de neuroleptiques incriminé et de la sévérité de tableau. Les classifications actuelles accordent une place primordiale à l'hyperthermie et à la rigidité musculaire. Mais les données récentes suggèrent que ces deux signes ne sont pas toujours présents dans le SMN. Plusieurs cas sans fièvre ou sans rigidité ont été publiés.

L'arrêt des neuroleptiques et l'orientation en réanimation sont la pierre angulaire de la prise en charge. Mais après la résolution de SMN, une autre question est soulevée, celle de la

réintroduction des neuroleptiques et comment éviter la récurrence de SMN.

L'objectif de ce travail est de mettre en exergue les difficultés diagnostiques et de prise en charge de SMN.

**Matériel et méthodes :** Il s'agit d'une étude transversale menée à l'Hôpital ARRAZI auprès de 83 patients ayant présenté un SMN sur une période de trois ans entre juin 2009 et juin 2012.

**Résultats :** Le SMN était dû aux neuroleptiques classiques (halopéridol et chlorpromazine) dans 86,7 % des cas et le reste sous antipsychotiques atypiques (amisulpride, rispéridone et olanzapine).

Les signes d'appel étaient une rigidité et une fièvre chez 25 % des patients, une fièvre isolée chez 25 % des cas et une rigidité musculaire sans fièvre dans 50 % des cas.

Le dosage de CPK a été de  $1\ 589 \pm 1\ 223$  UI/l avec des variations entre 286-6 814 UI/l.

La réintroduction de traitement neuroleptique est faite en moyenne dans  $15,67 \pm 11,91$  jours, en général après amélioration de signes cliniques et diminution de CPK.

Les patients ont été mis sous antipsychotiques de deuxième génération : olanzapine chez 71,7 % des cas, amisulpride chez 16,6 % des cas, rispéridone chez 6,7 % des cas et clozapine chez 5 % des cas.

Une récurrence de syndrome malin a été observée chez 13,3 % des patients : 6 patients avec l'olanzapine et 2 avec l'amisulpride.

**Conclusion :** À travers cette étude, nous avons objectivé le besoin d'une approche diagnostique plus sensible aux formes précoces ou atypiques de SMN, et de la nécessité d'une surveillance rigoureuse pour détecter les récurrences.

#### PO 455

### ÉTAT DES LIEUX DE LA PRÉVALENCE ET DE LA PRISE EN CHARGE DES FEMMES ENCEINTES DANS UN HÔPITAL PSYCHIATRIQUE

L. MARTIN, S. RAIGNOUX, M. GAUDONEIX, P. BEAUVÉRIE

Hôpital Paul Guiraud, VILLEJUIF, FRANCE

Lors de la grossesse, une prise en charge médicamenteuse adaptée est indispensable. Un état des lieux des pratiques dans un hôpital psychiatrique est réalisé pour cette population de patientes.

Cette étude rétrospective inclut toutes les patientes ayant un taux de  $\beta$ -hCG > 10 mUI/ml entre janvier 2010 et mars 2012. Le motif d'hospitalisation et les antécédents psychiatriques sont obtenus à partir du dossier patient informatisé. Une analyse des traitements prescrits est effectuée pour les femmes enceintes désirant mener leur grossesse à terme, en suivant les recommandations du Centre de référence sur les agents tératogènes (CRAT).

En 2 ans, 25 patientes sont incluses : 17 femmes enceintes, 3 en post-partum, 2 hospitalisées après une IVG, 1 après une grossesse extra-utérine (GEU), 1 patiente ménopausée et 1 patiente avec une augmentation idiopathique de  $\beta$ -hCG. Parmi les 17 grossesses confirmées, 11 ont été poursuivies. Les causes d'hospitalisation sont un épisode dépressif pour les patientes en post-IVG ou post-GEU et une psychose périnatale pour les patientes en post-partum. Chez les patientes

enceintes, on retrouve 6 cas d'épisode dépressif, 4 de schizophrénie, 3 de décompensation psychotique, 2 de troubles de la personnalité et 2 de troubles de l'humeur. Pour 83 % des patientes, le début des troubles psychiatriques était antérieur à la grossesse. Les ordonnances des 11 patientes enceintes analysées contenaient entre 2 et 4 psychotropes. Toutes recevaient au moins un neuroleptique, 73 % un hypnotique, 64 % une benzodiazépine (BDZ) anxiolytique et 45 % un antidépresseur. Les données du CRAT sur la sécurité d'utilisation des psychotropes prescrits chez ces patientes sont rassurantes. On note cependant un fort taux d'utilisation des BDZ et la prescription de psychotropes pour lesquels il existe peu de données (loxapine, cyamémazine et alimémazine).

Peu de patientes enceintes ont été hospitalisées sur la période étudiée, confirmant le rôle protecteur de la grossesse sur le développement de troubles psychiatriques. Les motifs d'hospitalisation, conformes aux données de la littérature, sont des cas graves, nécessitant la prescription d'associations et de doses inhabituellement rencontrées, pour traiter de façon optimale les patientes avec un arsenal thérapeutique restreint.

#### PO 456

### **ÉVALUATION DE L'IMPACT DES INTERVENTIONS PHARMACEUTIQUES SUR LES PRESCRIPTIONS MÉDICALES ET LE SUIVI BIOLOGIQUE DES PATIENTS TRAITÉS PAR UN MÉDICAMENT SOUMIS À UN PLAN DE GESTION DES RISQUES (PGR) : EXEMPLE DE L'AGOMÉLATINE (VALDOXAN)**

L. MARTIN, J. DESCOUT, E. BOURGUIGNON,  
P. GARRIGUET, P. BEAUVERIE

*Hôpital Paul Guiraud, VILLEJUIF, FRANCE*

L'agomélatine, un antidépresseur, est soumis à un PGR européen imposant un suivi de la fonction hépatique. Dans ce contexte, une 1<sup>re</sup> évaluation concernant l'analyse pharmaceutique de ces prescriptions et du suivi biologique des patients a mis en évidence une amélioration du respect des bonnes pratiques pharmaceutiques de validation des prescriptions après la mise en place d'outils d'aide à la validation. L'objectif de l'étude est maintenant d'évaluer l'impact de cette amélioration sur les prescriptions médicales elles-mêmes et le suivi biologique des patients.

Pour chaque prescription d'agomélatine, l'analyse pharmaceutique et le suivi biologique permettent de vérifier si un bilan hépatique est prescrit à J0, S6, S12 et S24 et que les résultats des bilans sont pris en compte pour évaluer la poursuite du traitement. Deux périodes sont étudiées : une 1<sup>re</sup> période rétrospective de 13 mois ; une 2<sup>nd</sup>e période de 5 mois 1/2, après la diffusion des résultats de la 1<sup>re</sup> étude aux prescripteurs, le développement d'outils d'aide à la validation pharmaceutique et la formation des nouveaux internes en pharmacie.

La 1<sup>re</sup> étude met en évidence que sur 24 patients seuls 65 % d'entre eux avaient eu un bilan hépatique à l'instauration et 46 % au moins un bilan hépatique de suivi parmi les 3 recommandés par le PGR. La 2<sup>nd</sup>e montre que sur 25 ins-

taurations, 80 % des patients ont eu un bilan hépatique (85 % normaux, 2 arrêts de traitement après augmentation des transaminases, un traitement poursuivi malgré des paramètres augmentés) et sur 8 patients en période de suivi, un bilan de suivi a été prescrit à 50 % d'entre eux (2 bilans normaux, un arrêt de traitement, une poursuite de traitement malgré des paramètres biologiques augmentés).

Seule une amélioration des pratiques médicales concernant la prescription d'un bilan biologique à l'instauration est mise en évidence pour la 2<sup>nd</sup>e période d'étude, suite aux interventions pharmaceutiques. L'analyse pharmaceutique à distance a ses limites et doit être complétée par la présence des pharmaciens dans les unités de soins. L'extension de ce type de suivi à d'autres médicaments et la sensibilisation des prescripteurs à la réévaluation de leur prescription semble indispensable pour un suivi thérapeutique médicamenteux optimal des patients.

#### PO 457

### **DIFFICULTÉS D'INSTALLATION DES PROGRAMMES DE REMÉDIATIONS COGNITIVE EN ALGÉRIE**

M. NEDJARI, M. NEDJARI, M. BAKALEM, D. BOUSSAD,  
F. KACHA

*EHS M Boucebcj, ALGER, ALGÉRIE*

Les programmes de remédiation cognitive font partie intégrante de l'arsenal thérapeutique des psychoses.

Leur instauration dans notre pays rencontre quelques difficultés dont les origines sont diverses.

On tentera de les mettre en évidence et d'évoquer des ébauches de solutions notamment par le biais de collaboration avec des équipes françaises ayant de l'expérience dans ce domaine.

#### PO 458

### **INTÉRÊT ET BÉNÉFICES DU TRAITEMENT COGNITIVO-COMPORTEMENTAL DANS LE TROUBLE PANIQUE AVEC AGORAPHOBIE EN ALGÉRIE**

O. BENELMOULOU (1), M. BENABBAS (2)

*(1) EHS Psychiatrie, CONSTANTINE, ALGÉRIE*

*(2) HMRUC, CONSTANTINE, ALGÉRIE*

Il s'agit d'une étude comparative des effets de deux types de prise en charge concernant le trouble panique avec agoraphobie : la thérapie comportementale et cognitive et le traitement pharmacologique à base d'Anafranil.

L'abord cognitivo-comportemental considéré comme un traitement récent en Algérie sera comparé quant à ses effets thérapeutiques au traitement classique du trouble panique avec agoraphobie qui est l'Anafranil\*.

L'étude concerne deux types de populations triées selon les principes de la randomisation où l'une recevra un traitement à base de d'Anafranil\* (75 à 200 mg/j) uniquement et l'autre recevra un traitement purement cognitivo-comportemental.

Tous les malades inclus dans l'étude présentent le diagnostic de trouble panique avec agoraphobie selon le DSM IV.

Chaque population est composée de 50 malades et le suivi s'étale sur 03 mois.

Les diverses évaluations sont faites grâce à des échelles d'anxiété, de phobie et d'évitements.

Les résultats sont nettement en faveur d'un traitement cognitivo-comportemental avec disparition des troubles, amélioration de la qualité de vie et facilité de réinsertion socioprofessionnelle.

**Mots clés :** Agoraphobie ; Antidépresseur ; Thérapie comportementale et cognitive ; Trouble panique.

#### PO 459

### SAVOIRS ET PSYCHOTHÉRAPIES. QUE FAIT LE THÉRAPEUTE DE SON SAVOIR DANS LA RELATION PSYCHOTHÉRAPEUTIQUE ?

D. TORDEURS (1), A. APPART (2), N. ZDANOWICZ (1),  
C. REYNAERT (1)

(1) *CHU Mont-Godinne, YVOIR, BELGIQUE*  
(2) *Clinique Saint-Luc, NAMUR, BELGIQUE*

Où commence le savoir ? Qu'est-ce qu'un psychothérapeute ? Ces deux concepts sont vastes et restent indéfinissables. Les auteurs abordent les différentes facettes du savoir (théorique, clinique, institutionnel, supposé, caché, personnel...) auquel le thérapeute est confronté dans sa pratique. Au moyen d'une situation clinique, ils proposent une réflexion sur les conduites du savoir dans un système de soins et démontrent l'intérêt d'introduire la pensée complexe dans toute approche pluridisciplinaire.

#### PO 460

### GESTION AUTOMATISÉE DES THÉRAPIES D'EXPOSITION PAR RÉALITÉ VIRTUELLE PAR RÉGULATION ÉMOTIONNELLE DANS LA PHOBIE SOCIALE : ÉTUDE CLINIQUE ET RÉSULTATS

L.K. BENDIOUIS (1), Y.S. BENDIOUIS (2), A. MOUSSAOUI (3)

(1) *Psychiatre libéral, TLEMCEM, ALGÉRIE*  
(2) *Université de Tlemcen, département de psychologie, TLEM-  
CEN, FRANCE*  
(3) *Lasc Université de Metz, METZ, FRANCE*

La thérapie d'exposition par réalité virtuelle (THERV) présente actuellement de grands potentiels pour le traitement de la phobie sociale. Dans ce travail, les protocoles cliniques associés sont guidés par un psychothérapeute qui gère lui-même l'environnement virtuel (EV), qui surveille l'état du patient et qui suit les différentes mesures d'évaluation. L'opération d'automatisation des séances permet au thérapeute de gérer des EVs variés et plus complexes munis d'un nombre de stimuli plus important, des mesures subjectives et objectives sont prélevées afin d'évaluer la thérapie et l'évolution du patient mais aussi pour servir d'entrée au système de régulation. La présence du thérapeute reste indispensable pour le bon déroulement de la thérapie. Le système comporte le sujet et l'EV composé par des entités 3D et des acteurs virtuels représentés par des avatars auquel est associé un rôle bien précis dans l'histoire. Notre système doit répondre

aux points suivants : réguler le niveau d'anxiété, et assurer la cohérence des comportements des acteurs virtuels et l'histoire vécue par le sujet. Ce travail sur la gestion automatique des séances de TERV par la régulation émotionnelle du patient, revient sur la question de l'efficacité de ce type de thérapie par rapport aux thérapies cognitivo-comportementales et THERV classique. Cette analyse est basée sur les résultats de plusieurs études cliniques que nous avons menées sur des personnes souffrant de phobie sociale.

#### PO 461

### NOUVEAUX MÉDIAS, NOUVELLES THÉRAPIES

Y. QUINTILLA (1), J. ALAVAREZ (2), M. CHEKROUN (3)

(1) *Lapeyronie, MONTPELLIER, FRANCE*  
(2) *CIREL, LILLE, FRANCE*  
(3) *Carenyty, PARIS, FRANCE*

Les sociétés modernes laissent de plus en plus de places aux nouvelles technologies pour faciliter leur quotidien, améliorer leur travail. Le domaine de la santé n'échappe pas à cette révolution. Malheureusement, en raison des spécificités de la discipline, la psychiatrie reste en retard sur les autres spécialités médicales. Quels sont les outils mis en place ? Quel avenir leur est promis ? Comment travailler ensemble pour développer de nouveaux outils pertinents et performants dans la prise en charge de nos patients ? C'est toutes ces questions que nos 3 intervenants vont tenter d'aborder et d'explorer.

Julian Alavarez, docteur en sciences de la communication et de l'information, viendra nous parler des outils multimédia et plus particulièrement des « Serious game », pour nous aider à comprendre quelle pertinence ils peuvent avoir dans la prise en charge des patients.

Yann Quintilla, psychiatre, fera le point sur les différentes initiatives prises en santé mentale et sur les premiers résultats d'efficacité. Ensuite, il présentera les nouveaux projets en cours de développement et tentera de bosser un tableau des perspectives à venir.

Mickaël Chekroun, chef d'entreprise, viendra nous parler d'un exemple concret d'application de ces outils multimédias. Carenyty© est un réseau social santé qui permet de mettre en relation les patients entre eux mais aussi patients et praticiens.

Cette réflexion part des bases techniques des outils multimédia pour aboutir à des exemples concrets de développement d'outil pour les patients et les praticiens. À travers elle, nous tenterons de mener une réflexion sur les nouvelles modalités de soin imposées par nos sociétés modernes. Pour finir, le but est de permettre un échange d'idée afin d'aboutir au développement de nouvelles solutions de soin.

#### PO 462

### LA PERCEPTION PAR LES INFIRMIERS DU REFUS DE SOINS EN MILIEU PSYCHIATRIQUE

L. LTAIEF, A.S. BANNOUR, Z. GHATTASSI, S. BEN NASR,  
Y. EL KISSI, B. BEN HADJ ALI

*Service de Psychiatrie, CHU Farhat Hached, Faculté de Médecine de Sousse, SOUSSE, TUNISIE*

**Introduction :** Le refus de soins est une situation fréquente rencontrée face aux patients hospitalisés en psychiatrie. Il s'agit d'une problématique de prise en charge pour tout le personnel soignant, en particulier pour les infirmiers. La perception de ces derniers des situations de refus de soins conditionne en grande partie leurs modalités de gestion et de prise en charge.

**Objectif :** L'objectif de ce travail était de décrire la perception des infirmiers du refus de soins des patients hospitalisés en psychiatrie.

**Méthodologie :** Il s'agit d'une étude descriptive transversale. 40 infirmiers ont accepté de participer à l'étude. Le recrutement a été fait dans les services de psychiatrie du CHU Farhat Hached de Sousse, du CHU Fattouma Bourguiba de Monastir et du CHU Taher Sfar de Mahdia.

Les informations concernant la perception du refus de soins ont été recueillies auprès des infirmiers par un auto-questionnaire anonyme fait de 19 items.

**Résultats :** 100 % des infirmiers affirment qu'ils étaient confrontés aux situations de refus de soins. Ces situations étaient rencontrées essentiellement chez les patients hospitalisés sous le mode office (70 %). Le traitement par voie injectable était le type de soin le plus refusé. Les patients hospitalisés pour état suicidaire exprimaient le plus un refus de soins (75 %). La modalité d'exprimer le refus était verbale selon 57,5 % des infirmiers.

**Conclusion :** Les infirmiers de notre étude considèrent que le refus des soins est un phénomène fréquent en milieu psychiatrique. Il est essentiellement retrouvé chez des patients suicidaires hospitalisés sous contrainte. Une analyse plus approfondie des perceptions et des attitudes des infirmiers face au refus de soins permettrait une meilleure formation du personnel et une meilleure prise en charge des patients.

### **PO 463 INTÉRÊT DES THÉRAPIES COMPORTEMENTALES ET COGNITIVES DANS LA PRISE EN CHARGE DES ADDICTIONS AU CANNABIS**

S. ADHAM, X. LAQUEILLE, A.V. ROUSSELET, A. DERVAUX

*Centre Hospitalier Sainte-Anne, PARIS, FRANCE*

**Contexte :** Les études sur la prise en charge cognitive et comportementale (TCC) des addictions au cannabis restent, à ce jour, peu nombreuses (Walker *et al.* (2011) ; Stephens *et al.* (2002)). Les croyances spécifiques que Beck (1993) a décrit dans les autres addictions (anticipatoires, permissives et liées au soulagement) ont été retrouvées dans l'addiction au cannabis par Chabrol *et al.* (2001) et par Grebot et Dardard (2010).

**Méthodes :** Nous présentons deux cas cliniques de prise en charge TCC d'addictions au cannabis. Mr. A., âgé de 48 ans, dont l'addiction évoluait depuis 20 ans, a suivi une thérapie de prévention des rechutes sur 20 séances (une heure/semaine). L'analyse fonctionnelle a retrouvé une symptomatologie dépressive d'intensité modérée, qui s'avérait être le principal facteur de maintien de l'addiction. Des techniques de relaxation, de développement des activités plaisantes et de restructuration cognitive ont été appliquées. Le patient est

resté abstinent en dehors d'un faux pas secondaire à une frustration et a rapporté une amélioration de la qualité de vie.

Mr. B., âgé de 23 ans, qui consultait pour une addiction au cannabis évoluant depuis 5 ans, sur la pression de sa famille, a suivi 14 séances d'entretiens motivationnels (une heure/semaine), de techniques de relaxation et de restructuration cognitive. Sa motivation au changement vers l'abstinence a évolué et il a pu reconnaître les inconvénients liés à sa consommation. Après un mois de traitement antidépresseur, prescrit pour une humeur dépressive, des éléments d'excitation psychique sont apparus (logorrhée, familiarité), pouvant évoquer une hypomanie dans le cadre d'une bipolarité, d'autant qu'il existait un antécédent personnel de TS par pendaison et des antécédents familiaux de dépression.

**Conclusions :** – Ces cas soulignent l'intérêt des entretiens motivationnels et des TCC dans la prise en charge des patients dépendants au cannabis.

– Les techniques TCC des autres addictions peuvent s'appliquer à la dépendance au cannabis.

– Il faut tenir compte des résistances des patients à accepter les traitements médicamenteux pour les comorbidités.

### **PO 464 PROGRAMME DE PSYCHOÉDUCATION À DESTINATION DES PATIENTS SCHIZOPHRÈNES DANS UNE UNITÉ D'HOSPITALISATION SECTORIELLE**

N. MÂGES, S. RESKALLAH, V. REGNIER, M. VIVRAND,  
C. ARNAUD, G. ZARAGOZA, L. REINHEIMER

*CH Saint-Jean-de-Dieu, LYON, FRANCE*

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, l'éducation thérapeutique du patient vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences nécessaires à la gestion de leur vie avec une maladie chronique comme les troubles schizophréniques. Les interventions psychoéducatives chez les patients schizophrènes améliorent le taux de rechute ou de réadmission et la compliance thérapeutique qui constitue une des principales causes de récurrence de symptômes psychotiques. À partir du programme PACT, un groupe pluridisciplinaire a développé un programme de psychoéducation à destination des patients schizophrènes adultes hospitalisés dans les unités du secteur G27 ayant présenté au moins une rechute. Le programme structuré et hiérarchisé se déroule en groupe de 6 à 8 patients, encadré de 2 animateurs, avec un support vidéo. La compliance aux soins et le relais ambulatoire constituent les principaux objectifs de notre groupe, évalués par l'échelle MARS, le temps avant l'arrêt du suivi et l'évolution de la fréquence et des modalités d'hospitalisation. Pour illustrer les bénéfices de notre programme, nous présenterons deux cas cliniques de patients à deux périodes différentes d'évolution de la maladie mais ayant comme point commun d'être hospitalisés sous contrainte. Nous discuterons des actions d'amélioration de notre programme après un an de mise en œuvre. Ce programme a fait l'objet d'une validation d'agrément par l'ARS.

**PO 465****LA FAMILLE FACE À L'HOSPITALISATION EN PSYCHIATRIE**

M. ABBES, O. OUTA, G. MTIBAA, J. MASMOUDI, I. FEKI, A. JAOUA

CHU, Hédi Chaker, SFAX, TUNISIE

*Objectifs* : Le but du travail consiste à étudier, auprès des parents des patients hospitalisés, les craintes qu'ils éprouvent face à l'hospitalisation de leur proche, leurs attentes suite à ce séjour hospitalier.

*Matériels et méthodes* : Il s'agit d'une étude transversale descriptive réalisée dans un service de psychiatrie du CHU Hédi Chaker de Sfax auprès des parents des patients hospitalisés, ayant visité leurs proches. À l'aide d'un questionnaire préétabli, nous avons recueilli les données socio-démographiques du patient et du visiteur, les données cliniques et la trajectoire de la prise en charge du patient, ainsi que les craintes, attentes et préoccupations des visiteurs. Nous avons inclus 56 visiteurs dans notre série, interrogés au moment des visites. Nous avons utilisé le SPSS 18 dans notre analyse statistique.

*Résultats* : La moyenne d'âge de nos patients était de 32,73 +/- 11,9 ans, parmi eux 84,6 % étaient célibataires. La moyenne d'évolution des troubles psychiatriques était de 10,5 ans ; 82,6 % étaient sous le mode HDT, le reste sous le mode HO. La famille a exprimé sa crainte des effets indésirables du traitement dans 23,1 %, de traumatisme psychique pouvant être subi dans 42,3 %. Parmi eux, 73,1 % ont rapporté que le milieu psychiatrique manque de sécurité, et 65,4 % pensaient que leurs proches malades seront mal pris en charge par le personnel paramédical exprimant que cette idée est inspirée de films anciens. Les proches ont exprimé dans 35 % des cas la nécessité d'une psychoéducation des membres de la famille pour une meilleure alliance thérapeutique. Après la sortie 42,3 % exprimaient une crainte de la stigmatisation sociale, et 52,6 % disaient que la mauvaise observance du traitement est un problème. Une amélioration de l'insight des patients est fortement indispensable selon 27,9 % des proches.

*Conclusion* : L'hôpital psychiatrique et les familles ont des liens complexes que nous avons tenté de préciser dans ce travail. Il paraît très important d'aider la famille à être le meilleur support pour le patient en nouant une alliance thérapeutique.

**PO 466****REPRÉSENTATION DES SOINS EN PSYCHOTHÉRAPIE CHEZ LES ÉTUDIANTS. RECHERCHE-ACTION EN SANTÉ MENTALE À L'UNIVERSITÉ LYON 1**

P. ESTINGOY (1), V. REGEMBALE (2), A.G. SALOME (2), A. AURAY (3), N. DUFOUR (4), A. GACON (4), S. JORION (4), P. MASSIANI (4), M. MAILLEBUAU (4), J. NURBEL (4), M. SALA (3), R. TABONE (4), A. THUET (4)

(1) *Psychiatre, Praticien Hospitalier, Médecine Préventive Universitaire Lyon 1, Enseignante École Psychologues Praticiens, CH Le Vinatier, LYON, FRANCE*

(2) *Psychologue, Médecine Préventive Universitaire Lyon 1, LYON, FRANCE*

(3) *Psychologue, École des Psychologues Praticiens, LYON, FRANCE*

(4) *Stagiaire Psychologue École des Psychologues Praticiens, LYON, FRANCE*

« À votre avis qu'est-ce qu'une psychothérapie ou à quoi ça sert ? » Telle est la question que nous avons posée aux étudiants de l'université Lyon 1 (filiale sciences) lors de la journée « forum prévention » du 16 octobre 2012 sur le site de la Doua à Villeurbanne (69), dans le cadre d'une enquête sur les représentations en santé mentale menée sur le principe d'une recherche/action. Ce travail fait suite à une enquête 2011 sur le thème « qu'est-ce qu'un psy ? »

*Méthode* : Notre questionnaire, testé auprès de 50 étudiants infirmiers puis 50 étudiants niveau licence de psychologie comprenaient notre question ouverte à résumer en 3 mots clefs, pour la définition puis 3 mots clefs pour les exemples. Ensuite 10 questions à choix multiples proposaient d'attribuer des caractéristiques à trois psychothérapies types : soutien, psychanalytique, comportementale et cognitive. Un livret d'information a parallèlement été composé et testé auprès des mêmes populations.

Sur le site de la Doua (Université Lyon 1) une dizaine d'étudiants de l'École des Psychologues praticiens de Lyon, en binôme avec des étudiants infirmiers, ont été envoyés au contact des étudiants scientifiques sur le campus pour les interroger individuellement sur la base de ce questionnaire. Au décours de la passation, une information explicative accompagnait la remise du livret ouvrant une discussion sur les besoins et les impressions liées par cette démarche.

*Résultats* : 1/ Plus de 250 étudiants se sont prêtés à l'enquête individuelle sur la journée et aucun refus n'a été essuyé en dehors des causes temporelles (entrée imminente en cours). Les questionnaires sont analysés selon la base d'une cohérence de profil : étudiants de 18 à 25 ans étudiant en filière sciences, avec taux légèrement supérieur de garçons par rapport aux filles (conforme au profil Lyon 1 science).

2/ L'analyse des réponses révèle des représentations vagues mal différenciées mais globalement positive de ces professions chez une grande majorité de jeunes. Ceci contraste avec une minorité de représentations très négatives marquées de forte suspicion.

3/ Le retour de l'action concernant l'information sur les professions a été unanimement appréciée et notre démarche encouragée par les étudiants.

**PO 467****INTERRUPTION MÉDICALE DE GROSSESSE : QUAND LE PSYCHIATRE SE PRONONCE**

I. JALLOULI, W. CHERIF, S. ELLINI, L. CHENNOUFI, M. CHEOUR

Hôpital Razi – La Manouba, TUNIS, TUNISIE

*Introduction* : Le problème de l'interruption médicale de la grossesse (IMG) est certainement l'un des plus difficiles et des plus douloureux qui puissent se poser à la conscience humaine.

Les raisons admises par la législation tunisienne sont classées en quatre groupes : des indications pour raisons médicales, thérapeutiques, humanitaires ou éthiques et enfin sociales.

L'objectif de notre travail est d'essayer de répondre à quelques interrogations concernant les aspects médico-légaux et éthiques de l'IMG en psychiatrie.

**Patient et méthode :** Nous présentons le cas clinique d'une patiente âgée de 26 ans, divorcée, ayant des antécédents des troubles des conduites avec prostitution et polytoxicomanie et suivie depuis 7 ans pour une schizophrénie indifférenciée. Le motif de la dernière hospitalisation était un désir d'interruption d'une grossesse illégitime évoluant depuis 17 semaines. La patiente étant stabilisée sur le plan psychiatrique, s'est posé ainsi le problème éthique et médico-légal de l'indication d'une interruption thérapeutique de grossesse.

Bien qu'ayant des troubles des conduites et n'étant pas en phase de décompensation psychotique, l'interruption de la grossesse nous a semblé justifiée chez cette patiente.

Aussi bien les raisons médicales et précisément psychiques (étant donné que la femme enceinte est atteinte de schizophrénie) qu'humanitaires (grossesse illégitime) sont invoquées.

Pour appuyer notre décision on s'est basé sur une revue de la littérature concernant ce sujet.

**Conclusion :** L'interruption médicale de la grossesse (IMG) est une lourde décision car elle implique un choix d'une particulière gravité intéressant la femme enceinte et le médecin. L'IMG touche en même temps à des questions d'éthique, de moralité et de citoyenneté.

#### PO 468

##### L'OBSERVANCE MÉDICAMENTEUSE CHEZ LES MALADES MENTAUX SUIVIS EN AMBULATOIRE

M. ELLEUCH (1), M. ELLEUCH (1), L. ZOUARI (2), J. BEN THABET (2), N. CHARFI (2), N. ZOUARI (2), H. BOUAICHA (1), M. MÂALEJ (2)

(1) *Hôpital Régional, SIDI BOUZID, TUNISIE*

(2) *Service de Psychiatrie « C » CHU Hédi-Chaker, SFAX, TUNISIE*

**Objectif :** Identifier les facteurs associés à l'observance médicamenteuse, chez les malades mentaux suivis à la consultation externe de psychiatrie.

**Patients et Méthodes :** Notre étude, de type transversal a été réalisée sur une période de 2 mois. L'enquête a porté sur 68 patients suivis à la consultation externe de psychiatrie au CHU Hédi Chaker à Sfax.

Nous avons utilisé l'échelle DAI-10 (Drug Attitude Inventory) et l'échelle SUMD (Scale for assessment of Unawareness of Mental Disorder) pour évaluer respectivement l'observance thérapeutique et la conscience de la maladie dans les troubles mentaux.

L'évaluation initiale a été complétée par le remplissage d'une fiche contenant des renseignements d'ordre sociodémographique, anamnestique, clinique et thérapeutique.

**Résultats :** La population étudiée était composée de : schizophrénie (48,5 %), trouble de l'humeur (26,5 %), trouble anxieux (10,3 %), trouble schizo-affectif (8,8 %), trouble délirant (4,4 %), et trouble de l'adaptation (1,5 %). L'observance était bonne chez 88,2 % des malades (schizophrénie : 81,8 %, trouble schizo-affectif : 100 %, trouble délirant :

66,6 %, trouble de l'humeur : 94,4 %, trouble anxieux : 100 %, trouble de l'adaptation : 100 %). L'insight était préservé dans 80,9 % des cas.

L'observance (selon DAI) était corrélée positivement au fait que le patient se présentait seul à la consultation ( $p = 0,000$ ), à l'observance selon les dires du patient ( $p = 0,011$ ) et selon le dossier médical ( $p = 0,006$ ), à l'acceptation de la maladie ( $p = 0,000$ ), à la stabilisation de la maladie ( $p = 0,000$ ) et à un insight préservé ( $p = 0,000$ ).

L'observance était corrélée négativement à l'existence d'effets indésirables ( $p = 0,012$ ).

**Conclusion :** Il ressort de notre étude que l'insight et la présence d'effets indésirables sont parmi les facteurs liés à l'observance. L'utilisation de programmes psychoéducatifs et des techniques d'amélioration des capacités d'insight, l'optimisation des posologies ainsi que l'utilisation des neuroleptiques atypiques, connus par leur meilleure tolérance, permettraient de limiter l'impact de tels facteurs et d'améliorer ainsi l'observance du traitement médicamenteux et le pronostic des maladies mentales.

#### PO 469

##### EFFETS EXTRAPYRAMIDAUX INDUITS PAR LES NEUROLEPTIQUES : ANALYSE DES PRATIQUES DE PRESCRIPTIONS DES CORRECTEURS ANTICHOLINERGQUES

C. BLANCO, C. COURREGÉ

*CH Le Mas Careiron, UZÈS, FRANCE*

Les neuroleptiques induisent des effets extrapyramidaux (EP) qui peuvent être corrigés par la prescription de correcteurs anticholinergiques (CA). Les recommandations préconisent l'utilisation de ces correcteurs à titre curatif et limite leur prescription en traitement préventif du fait de leurs effets atropiniques périphériques et de l'altération des fonctions mnésiques et cognitives à long terme. Les prescriptions de correcteurs ayant augmenté ces dernières années au CH spécialisé d'Uzès, nous avons réalisé une étude sur les pratiques de prescriptions de ces médicaments afin de s'assurer de leur bon usage au regard des recommandations.

Nous avons étudié de façon prospective, les traitements CA initiés sur une période de 6 mois. Ils ont été initiés chez 45 patients d'âge moyen 41 ans. La tropatépine et la trihexyphénidyle (connue pour ces effets toxicomanogènes et hallucinatoires) sont prescrites respectivement pour 78 % et 22 % des patients. Les traitements sont majoritairement administrés par voie orale (93 %). Les posologies prescrites dans notre étude sont toutes conformes à l'AMM. Les CA sont majoritairement prescrits comme traitement curatif (96 %) des manifestations extrapyramidales. Seul 4 % des correcteurs ont été prescrits en traitement préventif afin d'éviter les EP liés à l'injection d'halopéridol décanoate. La symptomatologie motivant l'initiation d'un traitement curatif est : une réaction dystonique aiguë (44 %), un syndrome parkinsonien (39 %), une akathisie (6 %) et un syndrome parkinsonien associé à une akathisie (6 %). Avant l'instauration du correcteur CA, aucun changement de neuroleptiques ou diminution de leur posologie n'a été effectué en vue de réduire leurs EP.

Cette stratégie thérapeutique est pourtant recommandée en 1<sup>re</sup> intention dans la prise en charge des syndromes parkinsoniens et de l'akathisie.

Les correcteurs anticholinergiques sont essentiellement utilisés conformément aux recommandations (posologies, traitement curatif). Cependant, contrairement aux recommandations dans le traitement de l'akathisie ou du syndrome parkinsonien, la modification du traitement neuroleptique avant l'instauration d'un correcteur anticholinergique n'est pas réalisée. Cette stratégie thérapeutique semble difficile à réaliser dans la pratique clinique.

#### **PO 470 APPLICABILITÉ D'UN PROTOCOLE DE SEVRAGE TABAGIQUE CHEZ LES PATIENTS SOUFFRANT DE SCHIZOPHRÉNIE**

H. HOCINE, H. AMIRAT, H. MERAD

*Faculté de Médecine, ANNABA, ALGÉRIE*

*Introduction* : 1 à 2 % de la population mondiale souffre de schizophrénie dont 80 % consomment du tabac. En Algérie, la loi de 1985 interdit de fumer dans une structure de soins, mais aucune action structurée pour le sevrage tabagique n'est mise en place. Notre travail a eu pour but de créer la motivation à cesser de fumer, en appliquant un protocole de sevrage chez un groupe consentant de schizophrènes.

*Patients et méthode* : Cet essai comparatif s'est déroulé de janvier à mai 2012, au niveau de l'hôpital psychiatrique A/Razi Annaba, en 10 séances, pour 2 groupes de fumeurs. Un groupe de 4 patients souffrant de schizophrénie stabilisés et un groupe témoin de 8 fumeurs non psychotiques. Une évaluation individuelle et la formation de 2 cothérapeutes ont précédé les séances. Le protocole comportait des techniques de motivation, de la psychoéducation, ainsi que des techniques cognitives et comportementales d'identification de situations à risque, de résolution de problèmes et d'affirmation de soi. Aucune substitution médicamenteuse à la nicotine n'a été utilisée. L'évaluation s'est faite par le test de Gillard (comportement), le questionnaire de Fagerstrom (dépendance), la balance décisionnelle cotée (motivation) et la PANSS (schizophrénie).

*Résultats* : L'âge moyen était de 33 ans vs 31 ans, la durée de consommation de 10 à 20 ans vs 5 à 40 ans. Pour tous, le tabac était le principal anxiolytique et un moyen privilégié de convivialité. Le niveau de participation et d'assiduité était meilleur dans le groupe témoin. La motivation à arrêter de fumer a augmenté en moyenne de 110 points vs 608 points. Le comportement tabagique ne s'est pas modifié dans le groupe de schizophrènes avec une moyenne stable de 63,75 (Gillard) vs 49,62 avant, 19,37 après groupe témoin. Tous les patients schizophrènes étaient en précontemplation, à la fin un seul était en détermination. 6/8 du groupe témoin étaient en précontemplation, 2 en non-contemplation ; après le protocole 6 étaient au stade d'action avec 2 sevrages complets maintenus à 2 mois. La dépendance (Fagerstrom) est passée de 8,6 vs 5,75 avant à 7,6 vs 4,3 après.

*Conclusion* : Le protocole a démontré son efficacité à court terme pour le groupe témoin et semble inefficace pour le groupe de patients souffrant de schizophrénie.

#### **PO 471 UMI (UNITÉ MOBILE INTERDÉPARTEMENTALE), AU PLUS PRÈS DES PERSONNES EN DIFFICULTÉ AVEC TROUBLES DU SPECTRE AUTISTIQUE (TSA) EN ÎLE-DE-FRANCE**

A. LAZARTIGUES (1), M. ASSOULINE (2), S. TIRARD (3)

(1) *UMI-est, Sésame autisme Sagep, LOGNES, FRANCE*

(2) *UMI-centre, L'Élan retrouvé, PARIS, FRANCE*

(3) *UMI-ouest, Hôpital de Charcot, PLAISIR, FRANCE*

Les « situations complexes de personnes atteintes d'autisme ou de troubles envahissants du développement » (SCATED) constituent un problème réel, récurrent, aux conséquences lourdes pour patients avec TSA (trouble du spectre autistique), familles, équipes, caractérisé par l'incapacité, temporaire/définitive, des équipes à organiser/poursuivre les prises en charge, suite à conflits et exclusions.

L'ARS (2010) a créé 3 équipes mobiles interdépartementales (UMI) pour SCATED ; budget 350 Keuros ; équipe pluridisciplinaire de 5,6 ETP ; missions : prévention, information, sensibilisation, formation ; évaluation, réévaluation ; apaisement et d'accompagnement ; réinsertion (pas de mission d'orientation).

Une unité interdépartementale d'accueil temporaire d'urgence (USIDATU pour les SCATED, ouverte à La Salpêtrière, en juin 2012 (7 lits, extension à 18 lits en novembre 2013, enfants et adultes)) complète le dispositif pour bilans somatiques et analyses fonctionnelles des troubles du comportement.

Pratiques des UMI : Après saisine par une personne (parents, institution, MDPH, EDS, ARS...) du réseau, l'intervention, hors urgence, commence le plus souvent par la rencontre d'un binôme avec famille et institutions du réseau. Il y a écoute, souvent observation, puis proposition de ressources mobilisables (séjours de ruptures, prestataires au domicile, services pour soins somatiques pour TSA, centre de ressources pour maladies rares...), de stratégies éducatives à mettre en place (structuration temporelle, spatiale, système de communication...). La fonction tierce joue un rôle important dans l'efficacité d'interventions de quelques semaines à plusieurs mois.

*Discussion* : Les UMI font du sur-mesure, inventent de nouvelles approches des situations problèmes et n'ont qu'une force de proposition dont se saisissent ou non les partenaires. Des besoins ignorés émergent : personnes avec autistes au domicile et sans prise en charge depuis plusieurs années, voire décennies, besoins de bilans et de prises en charge somatiques, nécessités d'observations longues et poussées pour réduire des troubles du comportement autrement que par des psychotropes.

#### **PO 472 L'HYPNOSE, UNE NOUVELLE APPROCHE THÉRAPEUTIQUE**

F. ROUAM

*SPASM, PARIS, FRANCE*

Bien que classiquement considérée comme l'ancêtre des pratiques psychothérapeutiques actuelles, depuis les premières



observations de Franz Anton Mesmer jusqu'à son délaissement par Freud, après l'intérêt que lui portèrent Charcot et Bernheim, l'hypnose, depuis notamment l'impulsion donnée aux États-Unis par Milton Erickson, connaît un regain d'intérêt chaque jour plus perceptible. Qu'elle soit utilisée à titre analgésique, comportemental ou psychothérapique (hypnothérapie), elle ouvre la voie à un vaste champ de réflexions sur le concept même d'appareil psychique, et interroge tant les neurosciences que les enseignements légués par diverses médecines traditionnelles (et les pratiques qui s'y réfèrent). La présentation de l'hypnose, d'un point de vue historique et épistémologique, en la situant en regard d'autres techniques thérapeutiques, est susceptible d'ouvrir des pistes de travail fécondes sur la notion de changement dans le fonctionnement psychique.

#### PO 473

### L'HOSPITALISATION À DOMICILE EST PERTINENTE EN PSYCHIATRIE

F. OLIVIER, A. HANROT, J. PAQUIS,  
S. CUSSOT-CHARPENTIER, J. VILETTE

*Centre Hospitalier de Montauban, MONTAUBAN, FRANCE*

L'arrêté de mars 1986 énonce la possibilité en psychiatrie de services d'hospitalisation à domicile (HAD) mais il faudra attendre la publication de la circulaire de février 2004 pour que soient définis le rôle, les objectifs et l'organisation de cette prise en charge thérapeutique consentie.

Grâce à la mise en place d'une structure d'hospitalisation et de son équipe pluridisciplinaire au plus près des populations à servir, l'HAD psychiatrique perpétue les valeurs de la politique de secteur et s'articule au sein du dispositif de soin qui prévaut en France depuis la deuxième moitié du vingtième siècle, et le renforce.

Elle poursuit une vision novatrice et déstigmatisante de la psychiatrie et propose une alternative intéressante à l'hospitalisation classique.

Activée lors de la phase initiale des décompensations, et souvent plus facilement acceptée que le retour dans l'unité de l'hôpital, elle peut éviter les soins sous contraintes à venir.

À la sortie des urgences ou des unités d'hospitalisation de courte durée qui suivent l'admission aux urgences, elle propose une médicalisation du retour à domicile qu'acceptera parfois plus aisément le patient qu'un transfert vers le service de psychiatrie intra-muros. À la fois temps d'hospitalisation et accompagnement des situations de crise, l'HAD permet l'accès aux dimensions curatives mais aussi préventives, et le choix de l'orientation plus affiné vers le suivi soignant le plus adéquat.

Elle facilite également la réduction du temps d'hospitalisation à temps complet et permet un retour plus rapide du patient dans son tissu social, professionnel et familial, le rendant plus rapidement acteur de ses soins dans son environnement familial tout en limitant le risque de régression institutionnelle.

L'HAD accompagne le patient dans l'amorce de la réhabilitation psycho-sociale, soutient la famille, et aborde au quotidien la dimension psycho-éducative.

Au terme de plus de trois ans de fonctionnement d'une unité intersectorielle d'HAD psychiatrique accolée à une HAD polyvalente, les auteurs analysent la pertinence de cette modalité de soin en psychiatrie.

#### PO 474

### TRAITER LA DÉPRESSION AVEC SON ALIMENTATION : PLACE DES OMÉGA-3, ENTRE BÉNÉFICES RÉELS ET IDÉES REÇUES

G. FOURNIS, F. HASSAN, D. DENES, M. BRIÈRE,  
R.C. MESU, J.B. GARRÉ, B. GOHIER

*CHU Angers, ANGERS, FRANCE*

Un traitement non médicamenteux comme alternative pour traiter les troubles de l'humeur est une option intéressante. Du fait de leur innocuité et de leur facilité d'accès, les acides gras oméga-3 constitueraient une thérapeutique de choix dans la prise en charge du syndrome dépressif.

Notre alimentation est la source principale d'acides gras polyinsaturés type oméga-3 pour l'organisme, or elle s'est fortement dégradée ces dernières années et nos habitudes diététiques actuelles ne permettent pas un apport suffisant d'oméga-3. Ces modifications de notre régime alimentaire pourraient en partie expliquer l'incidence plus élevée de la dépression. Des concentrations basses d'acides eicosapentaénoïque et docosahexaénoïque semblent effectivement liées à une symptomatologie dépressive.

Les mécanismes impliquant un déficit en oméga-3 comme facteur étiologique de la dépression sont incertains ; quelques hypothèses peuvent être émises, sous-tendues par les propriétés des oméga-3 : de l'amélioration de la neurotransmission de la sérotonine, à la modification de la transduction du signal, en passant par une activité anti-inflammatoire, le potentiel des oméga-3 suggère un large éventail de pistes thérapeutiques.

Les essais thérapeutiques de supplémentation montrent des résultats encourageants, avec un bénéfice dans le traitement des épisodes dépressifs majeurs. Cependant, les résultats sont très hétérogènes et il ne semble pas raisonnable d'imaginer que les oméga-3 puissent remplacer les traitements médicamenteux.

Les oméga-3 ne vont pas révolutionner à court terme la conduite à tenir face à un patient déprimé, mais devant le probable bénéfice d'une supplémentation en oméga-3, avec une bonne tolérance et en l'absence d'effets indésirables majeurs, l'association d'une faible dose d'oméga-3 à un traitement antidépresseur ou en prévention des dépressions saisonnières semble sensée et à encourager, à raison d'1 g d'acide eicosapentaénoïque et d'acide docosahexaénoïque par jour.

Au-delà du débat sur l'intérêt d'une supplémentation, se pose la question de l'importance d'une alimentation équilibrée, et plus généralement d'une bonne hygiène de vie. Il semblerait pertinent de réhabiliter la prescription de règles hygiéno-diététiques dans la prise en charge des pathologies psychiatriques.

**PO 475**  
**ECT DE CONSOLIDATION ET DE MAINTENANCE**  
**DANS LES TROUBLES DE L'HUMEUR :**  
**ÉTAT DES CONNAISSANCES ACTUELLES**

J. SEHLI, L. ZARROUK, R. BEN SOUSSIA, I. MARRAG,  
 M. NASR

*Hôpital Tahar Sfar Mahdia, MAHDIA, TUNISIE*

*Introduction* : En dépit d'une médication post-ECT adéquate, les taux de rechute dans les troubles de l'humeur avoisinent la moitié à 6 mois de la cure d'un épisode thymique. Ainsi, les ECT de consolidation et de maintenance (ECT C/M) constituent une option thérapeutique incontournable mais qui reste encore sous-utilisée et peu codifiée.

*Objectifs* : Ce travail propose une synthèse de la littérature disponible concernant l'intérêt de l'ECT C/M, leurs indications dans les troubles de l'humeur et les lignes directrices de leur application pratique.

*Méthode* : Nous avons réalisé une revue de la littérature sur les bases « Medline » « Ovid » et « science-direct » intéressant les travaux publiés sur l'ECT C/M dans les troubles de l'humeur en langue française et anglaise de 2001 à 2012.

*Résultats* : Nous avons trouvé 25 publications scientifiques : 5 revues de la littérature, 2 essais cliniques dont 1 est randomisé, 2 études longitudinales, 1 étude transversale, 7 études rétrospectives et 8 cas rapportés. À travers cette revue, nous avons constaté que les indications de l'ECT de consolidation (continuation) sont essentiellement la dépression bipolaire (après échec du relais de l'ECT curative par le traitement pharmacologique) et les troubles bipolaires à cycle rapide. Les modalités pratiques de sa réalisation sont assez variées dans la littérature. Généralement elle se fait de façon progressivement espacée sur une période de 6 mois. Pour l'ECT de maintenance, elle est essentiellement indiquée dans la prévention des récurrences thymiques des dépressions unipolaires et chroniques et dans le trouble bipolaire résistant au traitement pharmacologique. Sa durée et le rythme des séances sont variables. Les risques sont similaires à ceux de l'ECT curative avec une moindre fréquence des troubles cognitifs et une meilleure tolérance. Pour les sujets âgés, l'ECT de maintenance a montré une efficacité sur la diminution de récurrence des épisodes dépressifs majeurs et une réduction du nombre d'hospitalisations et de leur durée.

*Conclusion* : Malgré leurs limitations méthodologiques, les données disponibles soutiennent l'utilisation de l'ECT C/M dans les troubles de l'humeur comme thérapeutique sûre et efficace dans la prévention des rechutes et des récurrences thymiques.

**PO 476**  
**UN CAS DE DÉPRESSION RÉSISTANTE :**  
**STRATÉGIE THÉRAPEUTIQUE ET IATROGÉNIE**

D. DUROY, L. BEHEREC, K. HAJJI

*Centre Hospitalier Sainte-Anne, PARIS, FRANCE*

*Introduction* : Certains épisodes dépressifs résistants conduisent à des stratégies thérapeutiques à discuter en fonction de l'efficacité et de la tolérance.

*Cas clinique* : Mr M, 46 ans est adressé pour apragmatisme, repli et humeur triste.

Antécédents personnels :

- personnalité schizoïde
- EDM en 2008. TTT ambulatoire : seroplex 10 mg
- 2 hospitalisations pour EDM en 2008/2009. TTT : anafranil 75-150 mg/j + abilify 15 mg/j
- 1 hospitalisation pour EDM en 2011. TTT : effexor 150 mg/j + zyban 150 mg/j + abilify 5 mg/j.

*Mode de vie* : Isolement social, arrêt maladie depuis 2010, pas d'addiction.

À l'entrée, janvier 2012 :

- contact médiocre, discours pauvre, retrait social,
- RPM, apragmatisme, clinophilie, incurie et souffrance morale sans IDS.

*Diagnostic* : dépression sévère sans élément psychotique.

*Conduite thérapeutique* :

- quétiapine 300 mg/j, 6 semaines, sans amélioration.
- marsilid 150 mg/j, 7 semaines, amélioration insuffisante, car persistance handicap socioprofessionnel sévère ne permettant pas de sortie d'hospitalisation.
- électroconvulsivothérapie.

Lors des 3 premières séances, tolérance médiocre avec souffrance cérébrale perECT mais nette amélioration clinique (sur repli sur soi, RPM, tristesse et projection dans l'avenir), ayant fait discuter l'arrêt des ECT. En accord avec neurologues et anesthésistes, maintien ECT avec précautions suivantes :

- surveillance EEG, espacement à 1 séance/3 semaines, prescription systématique propofol (anesthésique anti-convulsivant).

À l'issue de la 8<sup>e</sup> séance, mise en place possible d'un projet de réhabilitation psycho-sociale.

*Discussion* : Échec de plusieurs lignes thérapeutiques en mono/bithérapie, à doses et durées adéquates (ISRS, IRSNA, ATC, IRDA/NA, IMAO et APA) ayant conduit à poser l'indication de sismothérapie. Malgré leur iatrogénie, seuls les ECT ont démontré une efficacité chez ce patient, ce qui a conduit à évaluer puis optimiser le rapport bénéfice/risque de ce TTT.

*Conclusion* : Ce cas illustre un exemple de conduite thérapeutique face à un cas de dépression résistante et la difficulté de trouver un équilibre satisfaisant entre iatrogénie et efficacité. Malgré une mauvaise tolérance de la sismothérapie, des stratégies de minimisation des effets secondaires ont pu être mises en place, tout en gardant une efficacité thérapeutique.

**PO 477**  
**PRISE EN CHARGE DES SYMPTÔMES**  
**OBSESSIONNELS COMPULSIFS INDUITS**  
**PAR LA CLOZAPINE DANS LA SCHIZOPHRÉNIE**  
**RÉSISTANTE**

M.A. LAHMAR, A. OUERTANI, K. KANICH, R. JOMLI,  
 F. NACEF

*Service de Psychiatrie A. Hôpital Razi, TUNIS, TUNISIE*

**Introduction :** La clozapine demeure la seule molécule qui a prouvé son efficacité dans les schizophrénies résistantes. Depuis les années 90, l'apparition de symptômes obsessionnels-compulsifs (SOC) induits par cette molécule a été rapportée. Ce tableau concerne un quart des patients sous clozapine et représente un vrai défi thérapeutique. Nous tenterons, à travers l'étude d'un cas clinique, d'explorer les modalités de prise en charge des SOC induits par la clozapine dans la schizophrénie résistante.

**Vignette Clinique :** Monsieur Z, âgé de 27 ans, est suivi pour schizophrénie depuis l'âge de 25 ans. Devant l'absence de réponse à l'olanzapine puis à l'amisulpride, le patient a été mis sous clozapine avec amélioration clinique. Des SOC ont été relevés depuis les premières semaines d'introduction de la clozapine s'aggravant au fur et à mesure de l'augmentation des doses. Après stabilisation du tableau psychotique, une diminution progressive des doses de clozapine a été tentée mais les doses initiales ont été rétablies devant la réapparition de symptômes délirants. Un traitement par de la paroxétine a été ensuite instauré en association à la clozapine. Une réactivation délirante a été constatée et le traitement antidépresseur a été arrêté. Le patient est actuellement proposé pour une thérapie cognitive et comportementale (TCC).

**Discussion :** Parmi les antipsychotiques atypiques, la clozapine semble être la plus pourvoyeuse de SOC devant l'olanzapine et la rispéridone. L'action anti-sérotoninergique de ces molécules a été incriminée dans l'apparition des SOC. Il a été démontré, par ailleurs, que les dimensions cliniques du trouble obsessionnel compulsif et des SOC étaient similaires. Les stratégies thérapeutiques face à ce tableau restent peu codifiées. La diminution des doses de clozapine peut être efficace mais expose à des rechutes psychotiques. Les antidépresseurs sont aussi indiqués. Mais le recours à de fortes doses peut exposer à des effets secondaires importants. L'effet des TCC dans cette indication reste peu étudié.

**Conclusion :** L'apparition des SOC devrait être envisagée et surveillée dès l'instauration de la clozapine. Vu l'hétérogénéité des tableaux cliniques et les risques de la polymédication, la prise en charge reste peu codifiée.

#### **PO 478 INTÉRÊT DE L'ARTICULATION SERVICE DES URGENCES ET SERVICE D'HOSPITALISATION PSYCHIATRIQUE À DOMICILE**

F. OLIVIER, A. HANROT, S. CUSSOT-CHARPENTIER,  
J. VILLETTE, V. LAPAGLIA, N. MOUSSIE, L. CAILHOL,  
P. BAGNATI, P. MARDEGAN

*Centre Hospitalier, MONTAUBAN, FRANCE*

Le psychiatre de garde au service des urgences ou au sein d'une unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) a comme choix, face à un patient présentant une problématique psychiatrique, de l'hospitaliser en secteur psychiatrique institutionnel (sous contrainte ou pas) ou de proposer/accepter une sortie, souvent avec un rendez-vous de consultation à suivre.

Depuis l'ouverture il y a 3 ans d'une unité d'hospitalisation psychiatrique à domicile (HAD Psy) à l'Hôpital Général de

Montauban (82), le soignant dispose d'une alternative nouvelle. Ce service autonome, intersectoriel, de 10 lits, peut se mobiliser rapidement pour suivre le patient dès son retour à domicile dans le cadre d'une hospitalisation à domicile.

Le projet de soins défini avec le patient et ses référents médicaux (médecin et psychiatre traitants, psychiatre des urgences...) propose une à deux (parfois trois) visites à domicile quotidiennes (infirmier compétent en psychiatrie, psychologue, psychiatre, assistante sociale, interne), y compris week-ends et jours fériés.

Il existe des contre-indications évidentes à ce type de prise en charge : risque hétéro ou auto-agressif trop élevé, besoin de rupture avec le milieu de vie, refus du patient ou de son entourage...

Les indications sont toutefois très larges, soit en alternative d'une hospitalisation classique (choix laissé au patient entre les deux types de modalités de soins), soit en proposition alternative avec un patient refusant l'hospitalisation classique (peur de la psychiatrie, obligation de demeurer au domicile pour s'occuper d'enfants, de personnes âgées ou d'animaux...).

Cela peut-être également une proposition du médecin des urgences de retour à domicile médicalisé pour un patient en situation inquiétante et pour lequel une mesure d'hospitalisation sous contrainte n'est pas retenue (situation de crise, menace ou geste autolytique inquiétant, besoin d'accompagner le patient pour une acceptation des soins psychiatriques et sa mise en place...).

Cette modalité de soins est très réactive, souple et ajustable ; elle dispose à la fois des ressources d'une hospitalisation et d'un centre de gestion des crises ; elle évite la régression institutionnelle, maintient le patient dans son milieu de vie et dispense des soins à coût moindre.

#### **PO 479 PROFIL SOCIO-DÉMOGRAPHIQUE ET CLINIQUE DES CONSULTANTS AUX URGENCES PSYCHIATRIQUES EN TUNISIE**

H. BEN AMMAR, A. BEL ARBI, O. MOULA, A. BOUASKER,  
R. GHACHEM

*Hôpital Razi, MANOUBA, TUNISIE*

**Introduction :** L'inflation des consultations en urgence concerne toutes les spécialités, et la psychiatrie n'y échappe pas. Toutefois, les demandes de consultations en urgence en psychiatrie présentent certaines spécificités tant dans les situations rencontrées, que dans leur prise en charge. L'unité d'urgence au sein de l'hôpital psychiatrique Razi à Manouba, service d'accueil et de traitement en urgence, a beaucoup contribué à répondre aux demandes urgentes des soins psychiatriques.

**Objectifs :** Le but de notre travail était de dresser le profil épidémiologique et clinique des consultants aux urgences de l'Hôpital Razi.

**Matériels et méthodes :** Il s'agit d'une étude rétrospective, descriptive portant sur tous les dossiers des patients ayant consulté les urgences de l'hôpital Razi entre le 01/09/2012 et le 30/09/2012.

Une fiche préétablie a été remplie pour chaque patient mentionnant les différents paramètres : sociodémographiques, cliniques et thérapeutiques.

L'analyse statistique a été réalisée par le logiciel SPSS.

**Résultats :** 842 cas ont pu être analysés. Les consultants avaient un âge moyen de 40,02 +/- 15,084 ans avec des extrêmes allant de 17 à 80 ans. Plus de la moitié (56,65 %) avaient moins de 40 ans.

Notre population était de sexe masculin dans 64,72 % des cas ; le sex-ratio étant de 1,8.

Près des trois quart des patients (73,63 %) sont des anciens malades de l'hôpital.

Le motif de consultation le plus rencontré était l'irritabilité (28,97 %) et le diagnostic le plus fréquemment posé était celui de trouble de l'humeur (33,01 %). 21,02 % des patients présentaient un accès psychotique.

Une hospitalisation s'est avérée nécessaire dans 48,93 %. La majorité des hospitalisations (70,14 %) étaient sous contraintes.

**Conclusion :** Cette étude montre bien que les soins psychiatriques en Tunisie concernent, de nos jours, un nombre non négligeable de personnes. Si la politique de développement des unités d'urgence mérite d'être poursuivie, la diversification des modes de prise en charge est importante non seulement pour améliorer la qualité de cette prise en charge mais également pour permettre la prise en charge d'un nombre plus élevé de patients.

#### **PO 480 PSYCHIATRES AUX URGENCES : QUI ÊTES-VOUS ?**

A.H. MONCANY (1), E. VÉRY (1), R. REMAUT (2),  
T. MARQUET (2), L. SCHMITT (1)

(1) CHU Purpan, TOULOUSE, FRANCE

(2) Laboratoire Eisai SAS, PARIS, FRANCE

Depuis la création des services d'urgences dans les années 60, la psychiatrie s'est largement développée au sein de ces structures, tant au niveau théorique qu'au niveau organisationnel. Les acteurs de ce système, urgentistes et psychiatres, se sont trouvés confrontés à un nouveau défi, consistant à prendre en charge des patients différents, souvent en situation de crise, qui ne fréquentaient pas les services d'hospitalisation traditionnels.

Si les urgentistes les premiers se sont questionnés sur leur rôle et l'identité de leur nouvelle spécialité, jusqu'à la mise en place d'un diplôme d'étude spécialisé de médecine d'urgences en 2004, les psychiatres travaillant en ces lieux ont également ressenti le besoin de se réunir et de réfléchir à une nouvelle pratique, par le biais de congrès, de formations, de groupes de réflexion focalisés sur cette nouvelle forme d'exercice de la psychiatrie. Ainsi, les modèles thérapeutiques ont été le fruit d'un important travail de théorisation et se sont largement répandus, en particulier les modèles de la crise. En revanche, peu d'études à notre connaissance se sont intéressées au profil du psychiatre travaillant au sein des urgences.

L'objectif de notre étude (UPSYWAY : Urgences PSYchiatres : Who Are You ?) est donc de définir le profil socio-

démographique et professionnel des psychiatres exerçant aux urgences, de repérer les divers modèles théoriques et organisationnels utilisés, ainsi que les facteurs de *burn-out* et les facteurs de satisfaction inhérents à ce métier parfois difficile. Pour cela, un auto-questionnaire comportant 23 questions, établi et validé par un groupe de psychiatres, a été envoyé en septembre 2012 à 478 praticiens travaillant aux urgences de toute la France, avec une relance aux non-répondants un mois plus tard. Les données recueillies anonymement par l'institut de sondage IPSOS Santé seront analysées à partir de novembre 2012.

#### **PO 481 L'EXPERTISE PSYCHIATRIQUE PÉNALE : CARACTÉRISTIQUES CLINIQUES ET PARTICULARITÉS DE L'ACTE MÉDICO-LÉGAL**

S. ELLINI, W. CHERIF, L. CHENNOUFI, R. RIDHA

Hôpital Razi, MANOUBA TUNIS, TUNISIE

**Introduction :** La psychiatrie légale articule de façon cohérente les considérations psychiatriques ou psychopathologiques aux données législatives constituant ainsi un trait d'union entre les deux domaines. Le juge ne pouvant répondre à la question de l'aliénation, fera appel à l'avis d'un expert pour l'éclairer et l'aider à fonder son intime conviction. À partir de l'expertise psychiatrique pénale, les caractéristiques cliniques des sujets expertisés et les particularités de l'acte médico-légal commis orientent la mission expertale.

**Objectif :** Décrire le profil clinique des sujets expertisés et les particularités de l'acte médico-légal afin de parfaire à la mission expertale.

**Matériel et méthodes :** Étude transversale, descriptive et analytique réalisée sur des dossiers médicaux de 120 sujets expertisés durant la période entre le 1<sup>er</sup> janvier 2004 et le 30 mai 2009. À l'aide d'une fiche préétablie nous avons recueilli les renseignements concernant les caractéristiques cliniques et les antécédents de ces sujets ainsi que les particularités de l'acte médico-légal. Nos résultats sont comparés avec ceux de la littérature

**Résultats :** 15,8 % des sujets avaient des antécédents de toxicomanie (Alcool, Cannabis, Artane...). Pour les antécédents psychiatriques, 50,8 % avaient été soit hospitalisés en psychiatrie, soit traités par des psychotropes. Ces antécédents étaient à type de personnalité pathologique, névrose, psychose, démence, retard mental. Des antécédents somatiques ont été observés chez 9,1 % des sujets dont 54,5 % parmi eux souffraient d'épilepsie. Des antécédents médico-légaux ont été observés chez 29,16 % des cas. L'infraction était commise contre des personnes dans 56,6 % des cas, et la victime appartenait dans la majorité des cas à l'entourage proche de l'agresseur. Il s'agissait par ailleurs d'un homicide ou d'une tentative d'homicide dans le tiers des actes médico-légaux.

**Conclusion :** Le profil clinique des sujets expertisés concorde avec les données classiques de la littérature criminologique, alors que l'acte médico-légal possède certaines particularités.

**PO 482**  
**LES MODALITÉS D'HOSPITALISATIONS**  
**EN PSYCHIATRIE : ENTRE THÉORIE ET PRATIQUE,**  
**ÉTUDE TUNISIENNE SUR 100 CAS**

S. HAJERI, R. TRIKI, I. DERBEL, L. DELLAGI, I. JOHNSON,  
 S. TRABELSI, R. GHACHEM, K. TABBANE

*Hôpital Razi La Manouba, LA MANOUBA, TUNISIE*

Aux urgences, le médecin psychiatre est amené à décider du mode d'hospitalisation des patients conformément à la législation régissant la matière (loi 92/83 du 3 août 1992 complétée par la loi 40 du 3 mai 2004 relative aux modalités d'hospitalisation des patients atteints de troubles mentaux).

En effet, en psychiatrie il existe 2 modalités d'hospitalisations :

- avec le consentement (le mode libre).
- sans le consentement (le mode à la demande d'un tiers et le mode d'office).

Ces différents modes d'hospitalisations sont applicables selon des critères prévus par les lois citées ci-dessus. Or en pratique, aux urgences de l'hôpital RAZI, ces conditions ne sont pas toujours réunies et le médecin se retrouve souvent dans l'obligation d'indiquer un mode d'hospitalisation inadapté à l'état du patient. Quelles sont les situations qui posent ce type de problème en pratique courante aux urgences psychiatriques ?

L'objectif de ce travail est d'étudier ces situations où le psychiatre est contraint d'indiquer un mode d'hospitalisation inadapté à l'état de son patient car les critères juridiques d'application du mode d'hospitalisation adéquat ne sont pas réunis ; et d'identifier les facteurs qui sont à l'origine de la difficulté de réunir ces critères afin de proposer des solutions.

Environ 3/4 des patients hospitalisés sous le mode libre nécessitaient une hospitalisation sous contrainte : les accompagnateurs n'étant pas les membres prévus par la loi (ascendants, descendants, collatéraux ou tuteur légal), les membres de la famille refusant de signer l'hospitalisation, aucun des membres de la famille n'ayant de pièce d'identité, et le patient consultant seul dans la plupart des cas.

Presque la moitié des patients hospitalisés sous le mode d'office pouvaient être hospitalisés sous le mode à la demande d'un tiers : faute de moyens financiers leur permettant de ramener leur patient à l'hôpital, la famille fait une demande au procureur de la république.

Il est aujourd'hui important de cerner les divergences entre les obligations cliniques et juridiques afin d'assurer des soins adéquats aux patients tout en préservant leurs droits.

**PO 483**  
**ENTRE BLOUSES BLANCHES ET ROBES NOIRES :**  
**LE « VIOLENCE RISK MANAGEMENT » UN ÉLÉMENT**  
**CLÉ DANS LA PRISE DE DÉCISION**

I. BOUANENE (1), I. BOUANENE (2), H. AWAD (1),  
 M. HADJ AMMAR (2), K. BEN SALEM (2)

(1) *Centre Hospitalier René Dubos, PONTOISE, FRANCE*

(2) *Faculté de Médecine, MONASTIR, TUNISIE*

*Introduction* : La dangerosité psychiatrique est une question renvoyée par juges et médias que le clinicien ne peut esquiver

et il est amené à prendre des décisions par rapport à la sortie ou la prolongation de soin en hospitalisation. Le « violence risk management » est une approche basée sur un jugement professionnel structuré, non seulement elle se fonde sur une évaluation des facteurs de risque, mais elle tient aussi compte des facteurs dynamiques sur lesquels on peut agir ; il n'est plus uniquement question de l'évaluation du risque, mais également de la gestion du risque.

*Objectif* : Apprécier l'impact de la prise en charge hospitalière sur la gestion du risque de violence selon une approche basée sur le jugement clinique structuré.

*Méthode* : étude prospective de cohorte de 55 patients admis d'office dans une unité « fermée » en Tunisie. La présence de traits psychopathiques a été évaluée par la Psychopathy Checklist-Revised. La HCR-20 est un guide structuré qui est constitué de 20 items répartis en 3 sous échelles : Historique (H-10), Clinique (C-5) et gestion du Risque (R-5). Une première évaluation a été réalisée dans les 48 heures suivant l'admission et une deuxième le jour de la demande de la levée de l'HO par un enquêteur indépendant à l'aide de la HCR-20 et la Brief psychiatric rating scale.

*Résultats* : Après 27 ± 12 jours d'hospitalisation nous avons noté une amélioration clinique significative et une réduction des facteurs dynamiques du risque de la violence. Ainsi 47,3 % des patients ont eu une amélioration de plus de 50 % à la BPRS et 63,3 % ont eu une réduction de plus de 75 % à la CR-10. L'item « affect émoussé » à la BPRS (Wald = 8,98 ;  $p < 0,003$  ; OR = 0,06) et le score à la PCL-R (Wald = 4,77 ;  $p < 0,027$  ; OR = 0,19) ont été retenus comme variables négativement et indépendamment associées à la gestion du risque violent.

*Conclusion* : À notre connaissance, il existe une seule étude qui a traité ce sujet avec une méthodologie différente et transversale. Nous pensons que le fait de s'aventurer sur les chemins de l'évaluation de la dangerosité implique une certaine rigueur et c'est dans ce sens que nous avons entrepris une méthode basée sur un jugement clinique structuré en insistant sur les facteurs de risque dynamiques comme cible d'intervention.

**PO 484**  
**LE NON LIEU CHEZ LES SUJETS ATTEINTS**  
**DE TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ :**  
**PARTICULARITÉS SOCIODÉMOGRAPHIQUES**  
**ET MÉDICO-LÉGALES**

A. BEN ROMDHANE, O. ZOUARI, D. BECHEIKH, R. RIDHA,  
 R. RIDHA

*Hôpital Razi, LA MANOUBA, TUNISIE*

*Introduction* : En Tunisie l'irresponsabilité des malades mentaux est énoncée dans l'article 38 du code pénal qui stipule que l'infraction n'est pas punissable lorsque le sujet était en état de démence. La notion de responsabilité atténuée n'existe pas en Tunisie et les troubles de la personnalité sont responsabilisés des actes mécolégaux qu'ils sont susceptibles de commettre. Dans de rares cas et pour des raisons diverses, les sujets atteints de troubles de la personnalité peuvent bénéficier d'un non-lieu.

**Objectif :** Décrire les caractéristiques sociodémographiques et médico-légales des sujets atteints de troubles de la personnalité et ayant bénéficié d'un non-lieu.

**Matériels et méthode :** Nous avons mené une étude rétrospective de tous les dossiers de patients atteints de troubles de la personnalité et hospitalisés dans le service médico-légal pour un non-lieu pour cause de démence. Les données ont été recueillies à l'aide d'une fiche préétablie. Le diagnostic a été porté selon les critères du DSM-IV.

**Résultats :** Nous avons recensé 28 dossiers parmi les 484 admissions de patients pour un non-lieu ce qui correspond à un taux de 5,78 %. L'âge moyen de nos sujets était de 32,17 ans. Des antécédents de suivis psychiatriques ont été notés dans 89,29 % des cas et des antécédents judiciaires dans 57,14 %. Il s'agit dans 64,29 % d'un trouble de la personnalité de type antisociale, borderline dans 14,86 % des cas, histrionique dans 7,12 % des cas, paranoïaque dans 7,14 % des cas et narcissique dans 3,59 % des cas. Le diagnostic porté lors de l'expertise pénale n'était pas disponible dans 25 % des cas, était celui d'une schizophrénie dans 28,6 % des cas, de trouble bipolaire dans 28,6 % des cas, de kleptomanie dans 3,6 % des cas et de psychopathie dans 3,6 % des cas. Des récidives ont été notées chez 14,29 % des sujets.

**Conclusion :** Le non-lieu chez les sujets atteints de troubles de la personnalité n'est pas rare en Tunisie. Il est plus fréquent chez les personnalités du cluster B. Il ressort également de notre étude une grande discordance entre le diagnostic porté lors de l'expertise et celui porté lors de l'hospitalisation ce qui souligne la place importante qu'occupe l'expertise pénale en psychiatrie médico-légale afin de mieux prévenir les récidives chez ce type de sujets.

#### PO 485

### AUGMENTATION DES HOSPITALISATIONS SOUS LA CONTRAINTE À L'HÔPITAL RAZI : MOTIF ET CRITÈRES DE PRISE DE DÉCISION EN URGENCE

E. KHELIFA, O. MEZIOU, H. BEN MARIEM, K. HOUSSAINI, S. DEROUICHE, L. MNIF, H. ZALILA, A. BOUSSETTA

*Hôpital Razi, LA MANOUBA, TUNISIE*

Lieu de soins et d'orientation singulière à de nombreux égards, les urgences psychiatriques confrontent souvent le médecin à des situations d'exception. Dans des conditions parfois étroites d'investigation, il est régulièrement conduit à décider d'une hospitalisation dérogeant à la règle du consentement libre et éclairé aux soins.

Malgré les efforts entrepris afin d'encourager l'autonomie et l'accessibilité des services de santé mentale aux personnes qui souhaitent les utiliser, les hospitalisations sous la contrainte au sein de l'hôpital Razi sont passées de 1 070 soit 19,3 % de toutes les hospitalisations en 2000 à 1 812 (35 %) en 2006.

C'est pour mieux comprendre cette tendance que nous avons effectué une enquête par autoquestionnaire adressé à 55 psychiatres et pédopsychiatres exerçant au sein de l'hôpital Razi de la Manouba. Notre population se répartissait en 44 résidents (80 %), quatre médecins spécialistes (7,3 %) et sept assistants hospitalo-universitaires (12,7 %).

L'augmentation du nombre d'hospitalisation sous la contrainte a été expliquée par la plupart des psychiatres (67,3 %,  $n = 37$ ) par l'incapacité du malade mental, en décompensation, de donner un consentement éclairé, alors que plus de la moitié d'entre eux (56,4 %,  $n = 31$ ) a expliqué cette donnée par la tendance croissante des familles à hospitaliser leurs proches.

Pour plus de la moitié de notre échantillon (54,5 %,  $n = 30$ ), l'hospitalisation sous la contrainte était motivée par un souci de protection de la société des malades mentaux « dangereux » et seulement 10,9 % des psychiatres ( $n = 6$ ) ont estimé que les services de santé mentale n'étaient pas assez accessibles aux personnes qui souhaitaient s'y faire hospitaliser.

Quelles que soient les considérations psychopathologiques sur le libre arbitre des patients atteints de troubles mentaux, et la valeur du consentement d'un patient ayant perdu tout contact avec la réalité, il est de bonne pratique pour tout psychiatre de toujours essayer d'obtenir du malade la coopération et l'approbation du traitement. L'évaluation du consentement aura dans tous les cas à prendre en compte et à déchiffrer la demande réelle du patient qui peut être masquée, toujours dans un rapport de partenariat entre le patient et son thérapeute.

#### PO 486

### JUDICIAIRISATION DE LA SORTIE ET DU SUIVI AMBULATOIRE DES MALADES MENTAUX : AVIS DES PSYCHIATRES EXERÇANT À L'HÔPITAL RAZI DE MANOUBA

E. KHELIFA, O. MEZIOU, H. BEN MARIEM, K. HOUSSAINI, S. DEROUICHE, L. MNIF, H. ZALILA, A. BOUSSETTA

*Hôpital Razi, LA MANOUBA, TUNISIE*

De nombreux auteurs s'accordent sur l'impact du cadre légal et ses effets favorables sur l'alliance thérapeutique, l'observance du traitement et le pronostic de la maladie psychiatrique. Lorsque les patients sont soumis à un suivi socio-judiciaire, les ré-hospitalisations et le nombre total des jours de placement seraient réduits. Qu'en est-il de la vision des psychiatres publics tunisiens ? Quel est leur positionnement quant à la judiciarisation des malades mentaux ?

C'est pour répondre à ces questions que nous avons, dans ce travail, effectué une enquête par autoquestionnaire adressé à 55 psychiatres et pédopsychiatres en pratique à l'hôpital Razi. Notre population se répartissait en 44 résidents (80 %), quatre médecins spécialistes (7,3 %) et sept assistants hospitalo-universitaires (12,7 %).

La majorité des psychiatres (70,9 %,  $n = 39$ ) ont pensé qu'une sortie d'essai devrait être prévue par la loi, essentiellement pour les malades hospitalisés dans le service de psychiatrie légale suite à un non-lieu pour cause de démence (45,4 %,  $n = 25$ ).

Plus des trois quarts (76,4 %,  $n = 42$ ) ont considéré que l'injonction aux soins, telle que prévue par l'article 30 de la loi 92-83, devrait être utilisée de façon plus fréquente et par tous les services de psychiatrie.

Pour plus de la moitié de notre échantillon (54,5 %,  $n = 30$ ), l'observance thérapeutique était tributaire du statut socio-professionnel, des conditions économiques, de la couverture sociale, l'implication du service social dans le suivi des maladies mentales serait impérative.

Comme prévu par les organismes internationaux, la législation sur la supervision du traitement ne doit être introduite que dans le contexte de services de santé mentale à base communautaire accessibles et de qualité qui mettent l'accent sur les soins et le traitement volontaires comme l'option préférée. Il faut s'attacher à rendre ces services acceptables aux usagers et investir efforts et ressources pour que les usagers recourent volontairement à ces services.

**PO 487**  
**PLACE DE L'INFORMATION DU PATIENT**  
**EN PSYCHIATRIE ; AVIS DE 55 PSYCHIATRES**  
**TUNISIENS**

E. KHELIFA, O. MEZIOU, K. HOUSSANI, H. BEN MARIEM, S. DEROUICHE, L. MNIF, H. ZALILA, A. BOUSSETTA

*Hôpital Razi, LA MANOUBA, TUNISIE*

Jusqu'à il y a quelques années, personne ne se posait la question de savoir s'il convenait de parler au patient de son état. En effet, les malades mentaux étaient volontiers exclus du discours scientifique, si ce n'est rejeté par le cercle d'initiés qui formaient les psychiatres, hormis quelques moments où « une posture médicale magistrale » autorisait la délivrance assurée d'une parole vécue alors comme incontestable. Ce modèle dit paternaliste est actuellement remis en question ; le consentement aux soins ainsi que le respect de l'autonomie du patient étant placés au centre des préoccupations de la profession médicale. Les patients sont devenus des usagers, la nécessité et la valeur de l'information reconnue.

Afin d'évaluer la place de l'information en psychiatrie, nous avons effectué une enquête par autoquestionnaire adressé à 55 psychiatres et pédopsychiatres exerçant au sein de l'hôpital Razi de la Manouba.

Plus de la moitié des psychiatres (61,8 %,  $n = 34$ ) ont pensé que le patient devrait tout connaître sur son état mental alors que 38,2 % de notre population ( $n = 21$ ) ont trouvé que l'information pouvait être délétère en psychiatrie en raison du déni, de la stigmatisation.

Seuls trois psychiatres (5,4 %) ont trouvé qu'aucune information concernant le patient ne doit être délivrée à quelconque tiers, au contraire, selon près des trois quarts de notre échantillon (70,9 %,  $n = 39$ ) la confidentialité ne serait pas un obstacle à l'information des proches, du moment que c'est dans l'intérêt du malade.

La législation ne devrait pas refuser arbitrairement des informations simplement pour des raisons de confidentialité, même si elle revêt une importance cruciale. Désormais, il faut veiller à ce que tout patient doit être informé dès que possible, sous une forme et dans un langage qu'il peut comprendre, de son état et de ses droits. Également, les personnes qui sont les mieux à même de représenter les intérêts du patient et qui sont disposées à le faire, peuvent être informées de ses droits et prendre part dans la mise en œuvre d'un plan de traitement.

**PO 488**  
**ENSEIGNEMENT COORDONNÉ INTERACTIF (ECI)**  
**AU DÉS DE PSYCHIATRIE : UNE PÉDAGOGIE**  
**PARTICIPATIVE INTERACTIVE**

D. PRINGUEY, F. JOVER, F. CHERIKH, B. GIORDANA, J. TEADI, E. PASCAL, F. CHAILLOU

*CHU, NICE, FRANCE*

Depuis 2002, l'enseignement du DES de Psychiatrie sur l'Inter-région Sud, regroupe les Universités de Nice, Marseille et Montpellier, au travers d'un Enseignement Coordonné Interactif (ECI), méthode pédagogique adaptée aux grands nombres (60 à 80 participants) et fonctionnant sur la base d'une interaction avec l'enseignant et entre les participants au sein de petits groupes supervisés par un tuteur.

*Les objectifs* visaient à soutenir par un processus dynamique le travail d'acquisition, à optimiser le potentiel pédagogique en recrutant les experts de chaque site, à favoriser sous la supervision d'un tuteur le travail d'élaboration en commun et à privilégier l'autonomie des apprentissages et l'acquisition de clefs pour le travail personnel.

*La méthode* réunit deux fois par an sur deux jours, dans un lieu propice au travail de réflexion, les participants venant des différents sites académiques autour de leurs enseignants, pour chaque séminaire autour de 7 à 8 thématiques issues du programme, chacune en session de 90 mn. Les participants sont répartis en groupe de 7 à 8, autour de tables rondes, chacune guidée par un tuteur. Chaque session comporte une succession de courtes séquences de 15 mn qui garantissent l'aspect dynamique de la procédure alternant : exposé du thème sous la forme d'un problème, échanges supervisés, réponses des étudiants, recommandations de l'expert pour se familiariser avec le domaine approché et initier de façon autonome une connaissance plus approfondie.

*L'évaluation* finale standardisée du séminaire et de l'intérêt pédagogique de chaque présentation termine la procédure. Les résultats font l'objet d'une réflexion apportant les améliorations nécessaires et confortent un bilan chiffré chaque fois plus encourageant.

*Résultats* : Cette méthode a incontestablement pour avantage de stimuler la participation des étudiants et de leur permettre de faire valoir leurs connaissances et leur originalité. Après un temps d'adaptation, nous avons observé avec intérêt l'investissement des échanges entre étudiants, leur contribution franche à la dynamique interactive et leur plein accord pour cette modalité d'ouverture méthodologique. C'est une méthode vivante et peu fatigante, à même de potentialiser un processus académique libéré vers l'excellence.

**PO 489**  
**CERVEAU ET SONS MUSICAUX :**  
**COMMENT ÉCOUTER ?**

B. TEFAHI

*EHS.A.ERRAZI, ANNABA, ALGÉRIE*

Les sons musicaux qui s'adressent à la sensibilité du sujet sont des fréquences lentes et basses donnant des sons graves ou bien rapides et élevées donnant des sons aigus. Ils

sont émis à temps fort ou faible par mesure simple ou composée et selon une tonalité agréable. Savoir écouter des sons musicaux nécessite une perception musicale intégrée à travers un cerveau musical pour aboutir à une adaptation cognitive produisant des sensations agréables.

À travers cette intervention, nous illustrerons un portrait général des différents paramètres musicaux qui constitue une partition musicale éveillant les émotions et provoquant les sensations corporelles à travers les montages sonores qui équilibrent les perceptions cognitives.

**Mots clés :** Cerveau ; Écoute ; Perception cognitive ; Sons musicaux.

### PO 490 DU MOI PSYCHIQUE AU MOI SPIRITUEL : REGARD SINGULIER SUR LA PSYCHOPATHOLOGIE

A. KELLOU

*Hôpital Central de l'Armée, ALGER, ALGÉRIE*

Le développement et la maturation du moi psychique s'ordonnent sur la maîtrise, par la raison, du principe de causalité pour une gestion utile et efficiente des données sensibles. Mais le vécu humain est confronté à des données suprasensibles qui exigent, elles, pour leur maîtrise, l'accès à la dimension spirituelle qui est fondée sur le principe d'arrachement. L'homéostasie, l'hédonie, par là même, l'équilibre psychique deviennent alors tributaires, non pas seulement de la conformité des représentations mentales à la chose concrète, mais aussi, de l'adéquation des représentations conceptuelles (contingentes) à la réalité principielle de l'Être (son essence). La maturation du moi spirituel permet alors de connaître le Nécessaire (l'Un) et de le distinguer du Possible (le Multiple) ; par là même, elle relativise l'attachement nécessaire au possible.

Le détachement des réalités concrètes et pensées, c'est-à-dire l'arrachement au Possible ainsi réalisé, aidera à la prévention des tensions nées de la multiplicité inhérente à la dimension sensible en ancrant la Psyché dans le principe de l'Être – l'unité – évitant, par voie de conséquence certaines décompensations et certains déséquilibres psychiques.

La relation d'aide consisterait alors en l'initiation du sujet à la maturation spirituelle par la saisie de la nécessité de la mise en œuvre du principe d'arrachement. Initiation conditionnée au préalable par la maîtrise réelle dûment constatée du principe de causalité.

**Mots clés :** Moi psychique ; Moi spirituel ; Multiple ; Prévention ; Principe d'arrachement ; Principe de causalité ; Réalité concrète ; Réalité pensée ; Réalité principielle ; Relation d'aide ; Un.

### PO 491 LES TROUBLES PSYCHIQUE DE GUERRE OBSERVÉS DANS LE CAMP DE RÉFUGIÉS DE RAS JDIR EN TUNISIE DURANT LE CONFLIT LIBYEN

M. CHACHOU (1), J. KASOUATI (2), Y. OTHMANE (2)

(1) *H.I.A Clermont Tonnerre, BREST, FRANCE*  
(2) *HMIMV, RABAT, MAROC*

Parmi les conséquences des conflits armés, l'impact sur la santé mentale de la population civile, est l'un des plus significatifs.

Le conflit libyen a été marqué par l'exode massif de réfugiés vers la frontière tuniso-libyenne au point frontalier Ras Jdir sur le territoire tunisien (Fig. 9).



FIG. 9.

Afin de porter aide et assistance aux réfugiés, un hôpital marocain multidisciplinaire de campagne a été déployé sur place, comportant entre autre une unité de soins psychiatriques.

Au cours de la période du 6 mars 2011 au 22 avril 2011, l'unité psychiatrique avait pris en charge 273 patients, composé de 90 % d'hommes et 10 % de femmes, l'âge moyen était de 29 ans ± 8.

Les manifestations psychiatriques les plus fréquentes étaient les troubles du sommeil (35 %), la dépression (20 %), l'état de stress aigu (14,8 %) et l'état de stress post-traumatique représentait 8 %.

La prise en charge consistait suivant les cas à, palier d'abord aux situations d'urgence (les états d'agitation), les psychothérapies, ainsi que des psychotropes en fonction des diagnostics retenus (antidépresseurs, anxiolytiques, antipsychotiques).

### PO 492 SOUHAITS DE PRATIQUE DES INTERNES DE PSYCHIATRIE : RÉSULTATS D'UNE ENQUÊTE NATIONALE

A. BERGER-VERGIAT (1), A. VAN EFFENTERRE (2),  
L. CHAUVELIN (3)

(1) *Faculté de Médecine Lyon-Est, LYON, FRANCE*  
(2) *Hôpital La Pitié-Salpêtrière, PARIS, FRANCE*  
(3) *Faculté de Médecine de Reims, REIMS, FRANCE*

Pendant son internat et à l'issue de celui-ci le psychiatre en formation est amené à faire des choix qui détermineront en partie sa pratique future. Le métier de psychiatre lui offre de nombreuses possibilités en terme de modalités d'exercice (libérale, hospitalière, etc.) et de type d'activité (clinique,



recherche, expertise, enseignement, etc.). Afin de mieux connaître les perspectives de carrières des internes, l'Association Française Fédérative des Étudiants en Psychiatrie (AFFEP) a réalisé une enquête nationale auprès des internes inscrits au DES pour l'année universitaire 2011-2012. Ce poster présente les principaux résultats issus de cette enquête. 53 % des internes ont répondu au questionnaire, dont 71 % de femmes. À l'issue de l'internat 76 % des internes désirent faire un post-internat (assistanat ou clinicat) et 22 % envisagent de changer de région. Dans les 5 à 10 ans suivant l'internat, 71 % des internes veulent exercer dans le milieu hospitalier, tandis que 40 % envisagent une activité libérale et 17 % une activité dans le secteur médico-social. Enfin, la pédopsychiatrie attire près d'un tiers des internes qui envisagent cette activité soit de façon exclusive, soit de manière mixte.

**PO 493**  
**TROUBLES DE LA COGNITION MUSICALE**  
**DANS LES PATHOLOGIES PSYCHIATRIQUES**  
**ET NEUROLOGIQUES**

C. BALZANI (1), D. SCHON (2), A.S. MARIAUD (1),  
 J. VION-DURY (1)

(1) *Unité de Neurophysiologie, Psychophysiologie et Neurophénoménologie, Pôle de Psychiatrie Universitaire SOLARIS, Hôpital Sainte-Marguerite, MARSEILLE, FRANCE*

(2) *Institut de Neurosciences des Systèmes, U 1106 INSERM, Aix-Marseille Université Faculté de Médecine Timone, MARSEILLE, FRANCE*

La littérature scientifique n'aborde que de manière relativement simplificatrice ce que l'on appelle la « cognition musicale ». Parallèlement, il existe un grand nombre d'articles traitant de l'impact positif de la musicothérapie dans divers troubles neurologiques et/ou psychiatriques. Or rien ne permet d'affirmer que la capacité de faire ou d'écouter de la musique serait maintenue intacte à l'occasion d'un trouble altérant de manière directe le système nerveux central dans ses fonctions les plus complexes et les plus intégratives.

Face à des plaintes récurrentes de patients, nous avons choisi d'explorer précisément les diverses dimensions mises en jeu lors de l'écoute musicale.

Pour cela, nous avons adapté la Montreal Battery Évaluation of Amusia (MBEA) validée par Peretz pour le diagnostic d'amusie congénitale et explorant les capacités perceptives musicales, à laquelle nous avons ajouté des épreuves productives, puis comparé les résultats à une population de témoins.

Cette évaluation a d'abord été conduite sur des patients souffrant de syndrome post-commotionnel après traumatisme crânien léger, tableau associant cliniquement plaintes cognitives et symptomatologie d'allure psychiatrique. Chez ces patients décrivant des troubles de la temporalité et des modifications de l'écoute musicale, on retrouvait des anomalies significatives concernant la perception et la production rythmiques.

La même évaluation a été proposée à une patiente dont les séquelles fonctionnelles d'une méningo-encéphalite herpé-

tique consistaient principalement en l'incapacité de jouer du piano depuis sa maladie. Là encore, l'évaluation retrouvait une altération de la reproduction rythmique isolée, qui s'amendait dès lors que le niveau de complexité musicale augmentait.

Une étude est actuellement en cours pour évaluer la présence de telles altérations chez les patients souffrant de schizophrénie. Les résultats préliminaires ne semblent pas mettre en évidence de franches anomalies perceptives, mais une dégradation des compétences productives.

Ces résultats retrouvent donc des altérations précises de la cognition musicale. Leur retentissement bien souvent méconnu sur la qualité de vie des patients rend non négligeables la perspective de leur dépistage et le développement d'une remédiation adaptée.

**PO 494**  
**LES PROJECTIONS MATERNELLES**  
**DANS L'ÉCHOGRAPHIE DE LA GROSSESSE**  
**CHEZ DES FEMMES ENCEINTES PRIMIPARES**

O. PERELMAN (1), S. BYDLOWSKI (2), S. MISSONNIER (1)

(1) *Université Paris Descartes, PARIS, FRANCE*

(2) *Université Paris Sud et Paris Descartes, PARIS, FRANCE*

Durant la période de grossesse, les représentations maternelles concernant l'enfant à naître, « l'enfant imaginaire », sont en évolution et en plein essor, notamment au deuxième trimestre de la grossesse. Les échographies habituelles de suivi de grossesse viennent s'inscrire dans le processus de parentalité. Les psychanalystes de la périnatalité (M. Soulé, M.-J. Soubieux, M. Bydlowski, S. Missonnier) qui se sont intéressés à l'expérience psychique de la grossesse ont souligné que l'échographie s'apparenterait pour la femme enceinte à un matériel projectif, tel que le test de Rorschach.

En quoi l'image échographique et l'épreuve projective sont-elles comparables ? Notre recherche a pour objectif d'analyser les correspondances et les différences entre la situation projective et la situation échographique et de repérer les mécanismes psychiques propres à chacune d'elles.

L'hypothèse principale repose sur cette analogie. Il s'agit de montrer que, chez la femme enceinte confrontée à l'image échographique de son fœtus, la situation échographique peut être, sur certains points, assimilée à la situation projective du test de Rorschach.

Pour répondre à ce questionnement, les comparaisons doivent s'effectuer à plusieurs niveaux : nous nous intéressons principalement aux sollicitations que l'image échographique provoque chez la femme enceinte, au cadre de l'échographie, ainsi qu'aux invariants cliniques relevés dans le discours spontané des femmes enceintes. Nous confrontons respectivement ces points aux contenus latents des planches du Rorschach, au « setting » de l'épreuve projective et aux réponses banales attendues lors de sa passation.

L'étude comporte un groupe de femmes enceintes primipares et majeures dont la grossesse est sans risques et sans pathologies fœtales. Le discours spontané des mères sur l'image échographique est recueilli lors des échographies trimestrielles. Un entretien semi-structuré (IRMAG, Ammaniti) leur est

proposé ainsi que la réalisation d'un dessin projectif (« *Tentez de dessiner ce que vous avez vu à l'image échographique* ») après chaque échographie. Les résultats seront étudiés à partir d'une analyse de contenu du discours, des dessins projectifs et des entretiens semi-structurés.

**PO 495**  
**PROFIL CLINIQUE ET SOCIODÉMOGRAPHIQUE**  
**DES MALADES DIFFICILES HOSPITALISÉS**  
**EN UNITE POUR MALADES DIFFICILES (UMD)**

A. LABBÈNE, D. BECHEIKH, R. RIDHA HAFFANI

*Hôpital Razi, Service de Psychiatrie Légale, LA MANOUBA, TUNISIE*

*Introduction* : La place des unités pour malades difficiles (UMD) dans le dispositif de psychiatrie publique est restée longtemps ambiguë, prisonnière de son image d'exclusion. Les UMD sont des services de psychiatrie spécialisés qui proposent un cadre contenant et des séjours de durée limitée dans le temps pour des patients qualifiés de « malades difficiles » présentant des troubles majeurs du comportement ne pouvant être pris en charge de façon satisfaisante dans les services de psychiatrie générale. Mais une ambiguïté fondamentale demeure quant à la mission de ces unités et, en particulier, quant à la définition des patients devant y être soignés, notamment celle des malades difficiles.

*Objectif* : Le but de notre travail était de relever les caractéristiques sociodémographiques, et cliniques des malades difficiles transférés des services de psychiatrie générale aux UMD, afin d'identifier les moyens de prise en charge les plus adaptés à cette population.

*Méthodologie* : Nous avons mené une étude rétrospective descriptive au service de psychiatrie légale de l'hôpital Razi sur une période de neuf ans allant de janvier 2003 à décembre 2011, portant sur tous les malades qualifiés de « difficiles » transférés des autres services de Psychiatrie générale de l'hôpital Razi au service de psychiatrie légale.

*Résultats* : Notre population a comporté 75 patients qualifiés de malades difficiles, tous étaient de sexe masculin. La moyenne d'âge à l'admission était de 32,08 ans. 85,33 % des patients avaient des antécédents psychiatriques avec une mauvaise observance thérapeutique dans 60 % des cas. Les symptômes motivant le transfert en service de psychiatrie légale étaient dans la majorité des cas représentés par l'agitation psychomotrice dans 56 % des cas, l'hétéro agressivité physique dans 65,33 % des cas et le risque d'évasion dans 30,6 % des cas.

*Conclusion* : Les limites incertaines de la pathologie mentale font que beaucoup d'interprétations sont possibles quant à la définition et au devenir de ce que l'on appelle un malade difficile.

**PO 496**  
**LA VIOLENCE SUBIE PAR LE PERSONNEL**  
**SOIGNANT EN PSYCHIATRIE**

A. LABBÈNE, D. BECHEIKH, R. RIDHA HAFFANI

*Hôpital Razi, Service de Psychiatrie Légale, LA MANOUBA, TUNISIE*

*Introduction* : La violence au travail est devenue un véritable problème d'actualité. Dans les hôpitaux de manière générale mais surtout dans les services des urgences on constate de plus en plus de comportements de violence. En effet, l'hôpital, qui était protégé des atteintes extérieures par une morale sociale, n'est plus épargné. L'hôpital psychiatrique paraît le théâtre où se joue la plus grande proportion de violence.

*Objectif* : Le but de ce travail est de décrire les circonstances de la survenue de la violence dirigée contre le personnel soignant de l'hôpital Razi, d'étudier les conséquences de cette violence et de déterminer quelques lignes directrices en matière de prévention de la violence en milieu psychiatrique.

*Méthodologie* : Il s'agit d'une enquête transversale et descriptive qui a été réalisée durant l'année 2011-2012. Notre population est constituée de 240 sujets tirés de l'ensemble du personnel soignant médical et paramédical à l'hôpital Razi. Un questionnaire comportant des données sociodémographiques ainsi des données concernant l'acte de violence a été rempli pour chaque personnel enquêté.

*Résultat* : 28 % du personnel soignant avait subi au moins un acte d'agression physique, et 52 % de notre population déclare avoir été victime d'une agression verbale. Les actes réellement dangereux sont retrouvés dans seulement 10 % des cas. Le lieu de l'agression est en premier lieu le service des urgences psychiatriques où travaille l'agent agressé dans 56 % des cas, les unités de soins étant le lieu de 18 % des cas de violence. 54 % des sujets agresseurs étaient de la famille ou de l'entourage du patient.

*Conclusion* : La violence des malades mentaux a longtemps été un sujet de fascination, de stigmatisation et de controverses. Le personnel travaillant en psychiatrie est en particulier confronté quotidiennement, à l'agitation du malade mental. Les meilleures conditions d'accueil et de travail et une formation continue adaptée à l'action contre la violence des patients peuvent diminuer les difficultés et la souffrance des personnels soignants face aux patients violents.

**PO 497**  
**LE PSYCHIATRE DANS LES MÉDIAS :**  
**QUELLES RÉPERCUSSIONS SUR SON IMAGE ?**

S. HAJERI, I. DERBEL, R. TRIKI, L. DELLAGI, I. JOHNSON, S. TRABELSI, K. TABBANE

*Hôpital Razi La Manouba, LA MANOUBA, TUNISIE*

Dans la Tunisie post-révolutionnaire, les interventions de psychiatres dans les médias se sont multipliées. Leurs compétences de décryptage des comportements et des nouveaux phénomènes de société suscitent l'intérêt de tous.

En Europe, la médiatisation des psychiatres est moins récente et l'intervention d'un psychiatre dans un média quel qu'il soit fait atteindre des sommets d'audience.

Mais que se passe-t-il exactement quand ces personnalités retournent à l'intimité de leurs consultations ? La propulsion dans la sphère publique d'un praticien auquel nous confions nos secrets peut-elle se faire sans dommages pour le patient ?

L'objectif de ce travail est de déterminer les effets de la médiatisation des psychiatres sur leur patientelle.

Nous avons procédé à une revue de la littérature utilisant les mots clés « psychiatre » « psychiatrie » et « média ».

La médiatisation sacrifierait le psychiatre, le patient est alors convaincu que son thérapeute est sollicité par les médias parce que sa valeur professionnelle est reconnue de tous.

L'image du psychiatre est faussée. La « virtualisation » est d'ailleurs source de malentendus, et nombre de patients qui débarquent chez des pys juste parce qu'ils les ont « vus à la télé » interrompent très vite leurs séances.

Le fait de partager son psychiatre avec des milliers de lecteurs et d'auditeurs peut faire naître un sentiment de jalousie chez les patients qui pensaient avoir l'exclusivité de leur thérapeute.

Dans les médias, le psy tient un peu le discours du maître, de l'expert qui « sait ». Il contredit sa position de retrait pratiquée en séance.

Les réactions des patients sont différentes vis-à-vis de la médiatisation de leur thérapeute, mais dans tous les cas elle ne les pas indifférents.

« Le bruit ne convient pas au psychanalyste », assurait Jacques Lacan. Et quelques-uns en étaient apparemment convaincus. À commencer par Françoise Dolto. En 1976, elle renonçait à sa pratique en cabinet après avoir accepté de participer à l'émission Lorsque l'enfant paraît, sur France Inter. Persuadée que sa voix était devenue trop connue, elle ne voulait pas que sa notoriété altère les séances avec ses patients.

#### **PO 498 VERS DES CHANGEMENTS INOPPORTUNS ?**

T. BLANDIAUX

*CHR Citadelle, LIÈGE, BELGIQUE*

Les Troubles Psychotiques sont l'œuvre d'une refonte diagnostique sans précédent (cf. DSM V). Nous aurions pu espérer, vu la grande diversité des symptômes et des présentations cliniques, une augmentation des classes nosographiques et nosologiques afin d'affiner notre diagnostic et notre compréhension de ces troubles.

Hélas, il n'en est rien !

La plupart des études pharmacologiques actuellement présentées regroupent quasi systématiquement les troubles bipolaires et la schizophrénie, amalgamant ces maladies alors que les cliniciens du 20<sup>e</sup> siècle ont essayé de les distinguer pour les traiter de façon optimale.

Ces changements de nomenclature vont-ils aboutir à une uniformisation de la prise en charge de ces maladies bien différentes ?

Va-t-on avoir une utilisation non réfléchie, banalisée des neuroleptiques, comme si ces substances étaient inoffensives, sans danger alors que le risque d'effets secondaires à long terme est probablement sous-estimé.

Espérons que nous puissions relancer la réflexion sur cette problématique en utilisant une logique clinique c'est-à-dire : Quels sont les symptômes de la maladie ? Comment puis-je les améliorer ? (psychothérapie, médication) et non : J'ai un

nouveau médicament, dans quelles pathologies vais-je pouvoir les indiquer ?

Autrement, nous nous dirigeons vers un triste appauvrissement de notre psychiatrie.

#### **PO 499 OBSERVATION DES COMPORTEMENTS AGRESSIFS DES PATIENTS HOSPITALISÉS EN PSYCHIATRIE LÉGALE**

A. LABBÈNE, D. BECHEIKH, R. RIDHA

*Service de Psychiatrie légale, Hôpital Razi, LA MANOUBA, TUNISIE*

*Introduction :* Contrairement à une opinion fréquente dans les milieux psychiatriques, les troubles mentaux graves représentent à eux seuls, sans abus d'alcool ou de drogues, un risque de violence physique envers autrui beaucoup plus élevé que celui de la population générale.

L'absence d'une définition claire de la dangerosité et de la violence en psychiatrie, ainsi que le constat d'échec général des outils de prédiction ne doivent pas interrompre le développement du management des risques dans l'institution.

*Objectifs :* Le but de notre travail est de déterminer l'intérêt de l'utilisation de l'échelle d'agressivité manifeste (Overt Aggression Scale) dans la description des comportements agressifs observables et quantifiables des patients hospitalisés, de confirmer la maniabilité de l'échelle et d'évaluer son utilité auprès des équipes infirmières.

*Patients et méthodes :* Nous proposons l'utilisation du modèle de l'OAS (Overt Aggression Scale) développée par Yudofsky et ses collaborateurs appliquée par l'équipe infirmière sur l'ensemble des patients hospitalisés au service de psychiatrie légale de l'hôpital Razi, ayant présentés des comportements agressifs lors de leur hospitalisation durant une période d'étude d'une année (janvier 2011-décembre 2011).

*Résultats :* 52 échelles d'observation ont été remplies pour un total de 121 comportements agressifs identifiés. 33 patients étaient concernés. Parmi les 121 agressions recensées les agressions verbales sont les plus importantes (62,8 %) tandis que les agressions envers les objets représentent 23,2 % du total et l'hétéroagressivité physique 10,5 %. Avec 3,5 % les auto-agressions physiques sont plus rares. La répartition des comportements agressifs par patient nous indique qu'ils sont cumulés par un petit nombre de patients ce qui est conforme à la donnée de la littérature. On constate que 8 h et 18 h sont les heures pendant lesquels les patients manifestent le plus de comportements agressifs.

*Conclusion :* La prédiction de la violence, difficile voire impossible, invite à une réflexion au sein de chaque institution pour éviter banalisation ou surévaluation des phénomènes de violence.

Les résultats en notre possession nous invitent à considérer comme approprié l'usage de routine d'une échelle d'observation lors de comportements agressifs.

**PO 500****CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES ET CLINIQUES DES SUJETS À ULTRA-HAUT RISQUE DE TRANSITION PSYCHOTIQUE : ÉTUDE DESCRIPTIVE AUPRÈS D'UNE POPULATION TUNISIENNE**

A.S. BANNOUR, A. BEN ROMDHANE, A. BRAHAM,  
A. MTIRAOU, S. BEN NASR, Y. EL KISSI, B. BEN HADJ ALI

*Service de Psychiatrie, CHU Farhat Hached, Faculté de Médecine, SOUSSE, TUNISIE*

**Introduction :** Le pronostic des troubles psychotiques est d'autant plus favorable que le diagnostic est fait précocement. Les études récentes se sont donc intéressées à l'identification, la détection et la prise en charge des troubles psychotiques aux stades les plus précoces voire même avant l'éclosion des premiers symptômes psychotiques francs. C'est ainsi que l'identification précoce des sujets en phase prodromique de psychose ou individus à Ultra-Haut Risque de psychose (UHR) est devenue un objectif bien établi en psychiatrie.

**Objectif :** L'objectif de cette étude était de décrire les caractéristiques sociodémographiques et cliniques de 27 sujets UHR.

**Matériels et méthode :** Il s'agit d'une étude descriptive transversale menée durant une période de deux ans allant de juillet 2010 jusqu'à juillet 2012. La détection des sujets UHR a été faite par le CAARMS (The Comprehensive Assessment of At Risk Mental States). Cette échelle a été traduite et validée en arabe littéraire. Les données sociodémographiques, les habitudes de vie et les antécédents ont été recueillis à l'aide d'une fiche préétablie. L'évaluation clinique a été faite à l'aide du Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS), l'échelle d'évaluation des symptômes négatifs et des symptômes positifs (SANS-SAPS) et le Hamilton Depression Rating Scale (HDRS). Le fonctionnement global a été évalué par l'EGF (Évaluation Globale du Fonctionnement).

**Résultats :** L'âge moyen de nos patients était de  $19,67 \pm 2,89$  ans et le sex-ratio était de 1,07. 18,5 % des patients consommaient du cannabis et 25,9 % consommaient de l'alcool. 44,4 % de nos sujets avaient des antécédents familiaux psychiatriques ; parmi eux 75 % avaient des antécédents de troubles psychotiques dans la famille. Le score moyen de la HDRS était de 8,37 ; celui de la BPRS était de 41,81 ; celui de la SAPS était de 17,44 ; celui de la SANS était de 14,52. L'EGF moyen était de 49,47.

**Conclusion :** Il ressort de notre étude que les sujets UHR ont une symptomatologie clinique assez sévère avec un retentissement sur leur fonctionnement global. Ces résultats soulignent l'intérêt de s'intéresser à la phase prodromique et de rechercher des stratégies de prise en charge adaptées à cette phase.

**PO 501****LE PASSAGE DANS UN SERVICE DE PSYCHIATRIE AMÉLIORE-T-IL L'IMAGE DE LA PSYCHIATRIE AUPRÈS DES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE ? ENQUÊTE AUPRÈS DE 100 ÉTUDIANTS EN MÉDECINE**

S. KHELFAFA, N. BERHILI, R. AALOUJANE, I. RAMMOUZ

*CHU HASSAN II, FÈS, MAROC*

**Introduction :** De nos jours, et vu la recrudescence des maladies mentales, les besoins en psychiatres et en professionnels de la santé mentale augmentent de jour en jour.

D'autre part, les étudiants en médecine, en fin de parcours hésitent beaucoup à choisir la psychiatrie comme spécialités d'avenir.

Pour mieux connaître leurs opinions vis-à-vis de la psychiatrie et pour savoir si le fait de passer un stage au niveau d'un service de psychiatrie, va améliorer l'image de la psychiatrie auprès de ces étudiants et les incitera à penser à choisir la psychiatrie comme spécialité d'avenir on a mené une enquête auprès des étudiants en médecine le premier jour et le dernier jour de leur stage hospitalier au sein de service de psychiatrie du CHU de Fès.

**Objectifs :** – Prendre connaissance des principales perceptions et attitudes qu'à l'étudiant vis-à-vis de la psychiatrie.

– Tester l'impact d'un encadrement théorique et pratique lors d'un stage hospitalier dans un service de psychiatrie.

**Méthodologie :** Un auto questionnaire anonyme est distribué aux étudiants le premier et le dernier jour de stage dans notre service comportant trois rubriques :

– La première rubrique sur le profil sociodémographique de l'étudiant.

– La deuxième rubrique sur les principaux reproches qu'a l'étudiant vis-à-vis de la psychiatrie.

– La troisième rubrique sur les propositions que l'étudiant juge nécessaires pour améliorer l'image de la psychiatrie.

**Résultats :** En cours.

**PO 502****VALIDITÉ LINGUISTIQUE DE LA VERSION ARABE LITTÉRAIRE DU COMPREHENSIVE ASSESSMENT OF AT RISK MENTAL STATES (CAARMS)**

A.S. BANNOUR, A. BRAHAM, A. BEN ROMDHANE,  
A. MTIRAOU, S. BEN NASR, Y. EL KISSI, B. BEN HADJ ALI

*Service de Psychiatrie, CHU Farhat Hached, Faculté de Médecine de Sousse, SOUSSE, TUNISIE*

**Introduction :** La pertinence de l'identification des symptômes prodromiques réside dans son implication dans la prise en charge et le pronostic des troubles psychotiques et dans l'éventualité de repérer ces sujets avant l'éclosion de la symptomatologie psychotique franche.

Plusieurs instruments ont été conçus pour évaluer cette phase. Le Comprehensive Assessment of At Risk Mental States (CAARMS) est le seul instrument qui permet d'évaluer la sévérité, la durée ainsi que la fréquence de la symptomatologie. Cette échelle s'est montrée avec une bonne validité prédictive et une bonne fiabilité. Le CAARMS n'a pas été traduit en arabe.

**Objectif :** L'objectif de ce travail était de traduire en arabe littéraire l'échelle CAARMS et de vérifier sa validité de contenu.

**Matériels et méthode :** Nous avons traduit le CAARMS en arabe littéraire selon la méthode de traduction et rétro-traduction avec une traduction directe, une rétro-traduction et une comparaison entre échelle source et échelle rétro-

traduite. La validité de contenu a été réalisée grâce au pré-test et à l'avis des experts.

**Résultats :** Une première comparaison des deux versions, source et rétro-traduite a permis de détecter quelques discordances dont certaines étaient liées à la traduction et d'autres à la rétro-traduction. Puis une vérification de la version arabe littéraire a été effectuée. Par la suite, une deuxième rétro-traduction a été réalisée. Une fois ces étapes terminées, nous avons procédé aux étapes de la validité du contenu.

Les remarques faites, au cours du pré-test, concernaient soit le vocabulaire utilisé, ayant posé des problèmes de compréhension, soit la construction grammaticale et syntaxique de certains items. Aucun problème relatif à des considérations éthiques ou culturelles propres à notre population n'a été rapporté. L'avis des experts a permis de détecter les items jugés linguistiquement inappropriés pour mesurer le concept. Des alternatives à certains termes jugés compliqués ont été proposées. Selon cette étape, la qualité des items du CAARMS s'est avérée très satisfaisante dans l'ensemble.

**Conclusion :** Il ressort de ce travail que la qualité des items du CAARMS s'est avérée satisfaisante dans l'ensemble. Toutefois, la poursuite de la validation du CAARMS s'avère nécessaire.

### PO 503

#### LES REPRÉSENTATIONS SOCIALES DE LA MALADIE MENTALE : ENQUÊTE EN POPULATION GÉNÉRALE

A. BOUT (1), H. ZEMMAMA (1), F. EL HOUARI (2), N. BERRHILI (1), I. RAMMOUZ (1), R. AALOUANE (1)

(1) Service de Psychiatrie CHU Hassan II Fès, FÈS, MAROC  
(2) Hôpital Ibn Al Hassan, FÈS, MAROC

La psychiatrie s'adresse à une population qui a ses représentations de ce qu'est la maladie mentale. Souvent composées d'idées toutes faites sur les causes, le vécu et la place du malade mental en société ainsi que sur les méthodes thérapeutiques efficaces. Cette représentation conditionne l'interaction entre notre discipline, et une société – en l'occurrence la nôtre – alourdie par un héritage culturel qui souvent met en avant des considérations irrationnelles et des pratiques ancestrales.

**Méthodes :** Dans le but de mieux approcher ces représentations une enquête sur le terrain a été réalisée à la ville de Fès. Elle a porté sur 150 personnes rencontrées dans les divers quartiers de la ville. Leur âge allait de 15 à 50 ans. Un hétéroquestionnaire leur a été présenté.

**Les résultats :** 65 % des gens interrogés pensent que la maladie mentale n'est pas une maladie comme les autres et 4 % seulement pour les non lettrés. 80 % de l'échantillon rejette la possibilité d'une cohabitation avec un malade mental, et seulement 10 % estiment qu'on peut se comporter normalement avec un malade mental. 84 % pensent que le malade mental constitue une charge importante pour sa famille. Les deux tiers des interrogés pensent tout de même qu'une intégration sociale est possible. 22 % pensent que le malade fait peur et 24 % pensent que c'est une source de stigmatisation de la famille.

Les causes avancées étaient : les addictions dans 27 %, les problèmes sociaux dans 20 %, la sorcellerie est incriminée pour 13 %, les djinns et le mauvais œil pour 13 % également, les causes psychologiques n'étaient évoquées que dans 10 % des cas. Le traitement n'a été perçu comme possible que pour une minorité (13 %) et ceux qui pensent qu'il faut avoir recours à la médecine moderne représentent seulement 36 %. Seuls 35 % affirment que l'hôpital psychiatrique prodigue des soins d'un bon niveau.

**Conclusion :** Un état des lieux assez sombre et un manque flagrant d'information se dégagent de ce travail. Ceci pousse la population à se référer d'abord à son héritage culturel et à n'accepter que difficilement l'ouverture vers la psychiatrie moderne. Il faut donc davantage promouvoir le volet éducatif de la santé mentale afin de combler le fossé qui la sépare des représentations sociétales encore trop traditionalistes.

### PO 504

#### LA VIOLENCE AUX SERVICES DES URGENCES EN TUNISIE : VÉCU DES SOIGNANTS APRÈS LA RÉVOLUTION

L. BEN AMOR, Z. GHATTASSI, S. BOUHLEL, S. BEN NASR, B. BEN HADJ ALI

Service de Psychiatrie, CHU Farhat Hached, Faculté de Médecine, SOUSSE, TUNISIE

**Introduction :** La violence en milieu hospitalier est un phénomène bien connu dans les pays développés. Elle a fait l'objet de plusieurs mesures de surveillance et de prévention contrairement aux pays en voie de développement où ce phénomène reste peu étudié. En Tunisie, ce problème connaît depuis les changements politiques récents une expansion considérable.

**Objectifs :** L'objectif de ce travail est d'évaluer la prévalence et la nature de la violence aux services des urgences en période post-révolutionnaire.

**Méthodologie :** Il s'agit d'une étude transversale descriptive menée au mois d'octobre 2012 auprès de tous les infirmiers exerçant aux services des urgences des deux hôpitaux universitaires Farhat Hached et Sahloul de Sousse. Nous nous sommes intéressés aux actes de violence subis en milieu professionnel sur les 24 derniers mois et nous les avons classés selon l'échelle de gravité des événements de violence en milieu de santé. Il s'agit d'une échelle qui hiérarchise les actes de violence selon les atteintes aux personnes (4 niveaux) ou les atteintes aux biens (3 niveaux).

**Résultats :** L'étude a ciblé 89 infirmiers (38 femmes et 51 hommes) dont 85 ont accepté de participer à l'étude. Parmi ces derniers 47 % étaient victimes de violence sur les lieux du travail. Il s'agissait d'une violence de niveau I et III dans respectivement 60 et 22,5 %. Les agressions sont survenues essentiellement le soir, à partir de 18 heures et étaient en rapport avec le temps d'attente (55 %) et les conditions d'accueil (27,5 %). Dans 87,5 % des cas l'agresseur était un accompagnant, de sexe masculin (77,5 %) et d'un âge moyen de 34 ± 5 ans. Les forces de l'ordre sont intervenues dans 23,5 % et 32,5 % des victimes ont déclaré l'incident en médecine de travail. Dans cinq cas, il y avait une poursuite judiciaire. Comme conséquence, 25 % ont présenté des

symptômes anxieux persistants et 8 infirmiers ont nécessité un arrêt de travail (moyenne :  $13 \pm 8$  jours). Les agressions nocturnes ont eu lieu sur des infirmiers ayant peu d'ancienneté ( $p = 0,001$ ) et étaient commises essentiellement par des jeunes ( $p = 0,007$ ) de sexe masculin ( $p = 0,005$ ).

*Conclusion* : Les données de cette étude établissent la grande fréquence de la violence en milieu de santé tunisien et incitent à la nécessité de prendre des mesures préventives urgentes.

### PO 505 EXISTE-T-IL UNE RELATION ENTRE L'ALEXITHYMIE ET LA LATÉRALITÉ ?

W. ABDELGHAFAR, R. RAFRAFI, S. CHARRADI, R. HAMMAMI, W. MELKI, Z. EL HECHMI

*Hôpital Razi, MANOUBA, TUNISIE*

*Introduction* : Les théories étiopathogéniques de l'alexithymie ont évolué avec l'évolution de la recherche en psychiatrie. Les hypothèses les plus récentes sont celles d'une atteinte de la communication inter-hémisphérique cérébrale.

Par ailleurs, selon certaines hypothèses, la configuration cérébrale des deux hémisphères et la communication inter-hémisphérique diffèrent selon la latéralité (droitier ou gaucher). Existerait-il donc une relation entre l'alexithymie et la latéralité ?

*Méthodes* : 1) Revue de la littérature avec les mots clés : alexithymie, latéralité, droitier, gaucher, communication inter-hémisphérique, cortex.

La revue s'est concentrée d'une part sur l'étude des théories neurobiologiques de l'alexithymie et d'autre part sur la recherche des différences entre droitiers et gauchers en ce qui concerne la configuration corticale des deux hémisphères et la communication inter-hémisphérique (points centraux des théories neurobiologiques de l'alexithymie).

2) Enquête pilote préliminaire auprès de 70 sujets dont 6 gauchers et 64 droitiers évalués à l'aide de l'échelle Toronto Alexithymia Scale à 20 items.

*Résultats* : 102 articles ont été répertoriés.

Plusieurs expériences ont montré une dysfonction des structures inter-hémisphériques et un dysfonctionnement de l'hémisphère droit (J.K.Larsen) dans l'alexithymie. Ces mêmes structures sont explorées dans les études comparant les droitiers et les gauchers (H. Duffau) (G.V. Hebbal). Des études ont démontré l'existence d'une asymétrie hémisphérique plus importante chez les droitiers (J.M. Cormier) et d'une « ambilatéralité » chez les gauchers (N. Tzourio).

Il n'y a pas d'articles évaluant spécifiquement l'alexithymie selon la latéralité mais certains auteurs ont retrouvé une plus grande prévalence de l'anxiété chez les gauchers (K.B.Lyle) et suggèrent que la latéralité peut influencer sur la personnalité du sujet.

Notre étude pilote a montré que le score d'alexithymie était significativement plus élevé chez les gauchers.

*Conclusion* : Les données théoriques suggèrent une relation entre l'alexithymie et la latéralité. Des études expérimentales sur de grands effectifs sont nécessaires. Elles permettraient une meilleure compréhension de la physiopathologie de l'alexithymie et de la configuration neuro-anatomique cérébrale.

### PO 506 LE PSYCHIATRE FACE AUX AGRESSIONS SEXUELLES DES MALADES MENTAUX

S. ELLINI, W. CHERIF, I. JALLOULI, L. CHENNOUFI, M. GHARBI, M. CHEOUR

*Hôpital Razi, MANOUBA TUNIS, TUNISIE*

*Introduction* : Les agressions sexuelles sont des crimes commis depuis la nuit des temps et dont les victimes sont essentiellement de sexe féminin. La femme atteinte de troubles mentaux est doublement un sujet à risque.

Dans ce travail nous nous intéressons aux spécificités de ces agressions chez les malades mentaux.

*Matériel et méthode* : Deux vignettes cliniques de patientes victimes de viols que nous étayerons par une revue de la littérature sur PubMed des articles parus entre 2000 et 2012. *Les mots clés sont* : viol, agressions sexuelles, malades mentaux.

*Résultats* : – Vignette clinique n° 1 : Patiente S. S. âgée de 36 ans, originaire du nord-ouest tunisien célibataire, suivie dans notre institution de psychiatrie depuis l'âge de 30 ans pour trouble bipolaire de type I. Lors de sa dernière hospitalisation, des traces d'agression ont été observées sur tout le corps. La patiente rapporte, après période d'amnésie lacunaire, qu'elle a été victime d'un viol collectif par six hommes suivi d'agressions physiques, survenus quelques jours avant son admission. La patiente était en fugue lors de cet accès maniaque sévère dans le cadre d'un trouble bipolaire de type I.

– 2<sup>e</sup> vignette clinique :

Patiente B.M. âgée de 42 ans originaire d'un milieu rural du nord-ouest tunisien, analphabète, sans profession, sans support familial et aux conditions économiques délétères. Elle est suivie depuis 17 ans pour schizophrénie indifférenciée. Sa dernière admission était pour errance, mutisme et incurie. À l'examen physique un saignement vaginal et des leucorrhées fétides abondantes ont été observés. La patiente a rapporté ensuite qu'elle a été victime d'abus sexuels répétitifs lors de sa rechute psychotique. Une enquête sociale a été démarrée ainsi que des procédures de placement dans un centre spécialisé.

*Conclusion* : Les agressions sexuelles représentent une urgence sur le plan médico-judiciaire et psychologique. Le psychiatre, en plus des thérapeutiques chimiques et psychologiques qu'il donne à son patient, doit aussi le protéger des dangers de la société et lui assurer des mesures de protection en tant qu'incapable majeur.

### PO 507 ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE EN PSYCHIATRIE : REPRÉSENTATIONS DES SOIGNANTS, DES PATIENTS ET DES FAMILLES

D. VIARD (1), C. NETILLARD (1), E. CHERAITIA (1), V. BARTHOD (1), J.M. CHOFFEL (1), M. SAUZE (1), A. NOUARA (1), C. CHALMENDRIER (2), E. TISSOT (1)

(1) EPSM de Besançon – Novillars, NOVILLARS, FRANCE  
(2) CHS du Jura, DOLE, FRANCE

**Introduction :** Pourquoi les soignants exerçant en psychiatrie semblent s'interroger sur leurs pratiques, devant la récente médiatisation de l'éducation thérapeutique du patient (ETP) en France ; nos pratiques éducatives répondent-elles aux besoins et aux attentes des patients et de leurs familles, sont autant de questions à l'origine de cette étude qualitative.

**Objectif :** L'objectif de ce travail est d'étudier les représentations de l'ETP des soignants exerçant en psychiatrie, des patients souffrant d'une pathologie psychiatrique (troubles de l'humeur, schizophrénie, dépendance à l'alcool) et des familles ayant un proche atteint d'une maladie mentale.

**Méthode :** Cette étude qualitative et prospective s'intéresse aux discours des trois populations énoncées. L'un des critères de diversification des échantillons est l'expérience en ETP. Chaque personne sélectionnée a bénéficié d'un entretien semi-structuré. Les principaux thèmes abordés sont : la conception de l'ETP, ses finalités et la relation soigné/soignant. Sur la base d'un référentiel lexical, conçu à partir de littérature issue d'experts en ETP, nous avons procédé aux analyses de contenu et transversale des discours obtenus.

**Résultats :** Trente-deux entretiens (15 soignants, 10 patients et 7 familles) ont été réalisés. Les éléments de langage attendus ont été évoqués par tous les acteurs. Leurs idées convergent sur des sujets inattendus : les représentations sociales des maladies mentales, le développement du travail avec les familles et la relation soigné/soignant dans les pratiques de soins sans consentement et de contention physique thérapeutique. Dans le groupe des soignants, des divergences semblent corrélées à leur expérience en ETP. Elles concernent : la comparaison de l'ETP en psychiatrie à celle en soins somatiques, les champs d'application de l'ETP en psychiatrie et l'annonce diagnostique au patient. Ce dernier sujet constitue le principal point de divergence entre patients et soignants.

**Discussion-Conclusion :** L'intégration de ces différents points de réflexion, dans nos pratiques éducatives, permettrait de proposer des démarches, parfaitement adaptées, aux besoins et aux attentes des patients et de leurs familles.

## **PO 508 CRIMINALITÉ ET TROUBLES MENTAUX GRAVES**

K. MEDHAFFAR, L. ZOUARI, J. BEN THABET, N. CHARFI, N. ZOUARI, M. MAÂLEJ

CHU Hédi Chaker, SFAX, TUNISIE

**Objectif :** Dresser le profil sociodémographique, clinique, criminologique et médico-légal des inculpés atteints de troubles mentaux graves examinés dans le cadre d'expertises psychiatriques en droit pénal.

**Sujets et méthodes :** Notre étude était de type rétrospectif. Elle a porté sur les dossiers des sujets répondant aux critères de S. Hodgins pour les maladies mentales graves, qui ont été examinés dans le cadre d'expertises psychiatriques en droit pénal, au service de psychiatrie « C » au CHU Hédi Chaker à Sfax en Tunisie, entre le 1<sup>er</sup> janvier 2003 et le 31 décembre 2010.

**Résultats :** Soixante avaient une maladie mentale grave : schizophrénie (27 cas), trouble bipolaire type I (15 cas), trou-

ble délirant (9 cas), trouble schizo-affectif (6 cas), trouble dépressif (3 cas). Leur moyenne d'âge était de 34 ans. Ils étaient de sexe masculin dans 90 % et des célibataires dans 58,3 % des cas. Ils n'avaient pas dépassé le niveau des études primaires dans 46,7 % et 63,4 % étaient sans qualification professionnelle. Leur niveau socio-économique était bas ou moyen dans 96,7 % des cas. La consommation d'alcool et celle de drogues a été notée respectivement chez 26,7 % et 5 % des cas. Cinquante-huit (96,7 %) étaient suivis en psychiatrie. Quatorze (23,3 %) avaient commis déjà des actes médico-légaux. Dans 45 % des cas, les inculpés étaient en état de détention au moment de l'expertise. Les infractions étaient contre les personnes dans 68,3 % des cas (coups et blessures dans 33,3 % ; homicide et tentative d'homicide dans 21,7 % et délits sexuels dans 8,4 %) et contre les biens dans 28,3 % (vol dans 10 %, atteinte aux biens dans 6,7 %). Le lieu de l'infraction était représenté par le domicile de la victime (40 %) et un lieu public (30 %). Le taux des infractions délirantes était de 48,3 %. Tous les malades mentaux graves de notre étude ont été jugés en état de démence au sens légal au moment des faits.

**Conclusion :** La relation entre maladies mentales graves et criminalité est complexe. Des facteurs de risque généraux (sexe masculin, âge jeune, milieu défavorisé...) et des facteurs plus spécifiques (comorbidités...) doivent être considérés. L'intervention psychiatrique si elle doit avoir lieu ne vient qu'après la réponse sociale et judiciaire.

## **PO 509 LES TROUBLES PSYCHOTIQUES CHEZ LE SUJET ÂGÉ PARTICULARITÉS CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES**

R. FEKI, L. ZOUARI, J. BEN THABET, N. CHARFI, N. ZOUARI, M. MAÂLEJ

CHU Hédi Chaker, SFAX, TUNISIE

**Objectif :** Déterminer les particularités cliniques et thérapeutiques des troubles psychotiques chez le sujet âgé.

**Sujets et méthodes :** Notre étude était de type rétrospectif, elle a concerné 30 dossiers de malades âgés de plus de 65 ans, ayant consulté en psychiatrie au CHU Hédi Chaker à Sfax-Tunisie, durant les années 2011 et 2012.

Nous avons établi une fiche épidémiologique pour recueillir les caractéristiques sociodémographiques, les antécédents somatiques, les antécédents psychiatriques, les types de troubles psychotiques et la conduite thérapeutique.

**Résultats :** Les sujets de notre étude étaient âgés en moyenne de 75 ans. Ils étaient de sexe masculin dans 56,7 % des cas. Ils n'avaient pas dépassé le niveau des études primaires dans 96,7 % et ne vivaient pas en couple dans 43,3 % des cas. Des antécédents somatiques ont été notés chez 80 % des patients. Pour les antécédents psychiatriques, ils ont été révélés dans 23,3 % des cas. Les troubles psychotiques remontaient à 2 ans en moyenne. Les motifs de consultation les plus fréquents étaient l'insomnie dans 70 % des cas, les troubles de la mémoire dans 60 % des cas, les idées délirantes dans 50 % des cas et l'agitation dans 46,7 % des cas.

Les troubles psychotiques remontaient à l'âge adulte chez 16,6 %. Les délires de survenue tardive étaient liés à une organicité cérébrale dans 50 %, fonctionnels dans 23,3 %. La paranoïa des sourds et le syndrome de Charles-bonnet ont été observés respectivement chez 3,3 % et 6,7 % des patients.

Les traitements fréquemment prescrits étaient les neuroleptiques classiques dans 70 % des cas et les anxiolytiques dans 36,6 % des cas.

*Conclusion* : La sémiologie des troubles délirants apparaissant à un âge tardif comporte des particularités par rapport à la sémiologie adulte, de même que les diagnostics à évoquer face à une symptomatologie délirante diffèrent de ceux habituellement rencontrés en pathologie psychiatrique adulte. Environnement, pathologie organique, capacités d'adaptation et thymie dépressive s'intriquent pour expliquer ces troubles parfois bien déroutants pour les familles des patients. Une prise en charge multidisciplinaire reste une fois de plus la solution optimale.

### PO 510 HEURE DU DSM V : ÉPREUVE DU TEMPS

H. DAGRADA (1), C. WIDAKOWICH (1),  
R. VAN WIJNENDAELE (2)

(1) *CHU Saint-Pierre, BRUXELLES, BELGIQUE*  
(2) *Clinique Sainte-Anne Saint-Remy, BRUXELLES, BELGIQUE*

L'âge d'or est cette période qui n'existe plus mais où il faisait bon vivre.

Faut-il l'avoir connue pour en apprécier l'absence ?

Il y a Philippe Pinel (1745-1826) qui pensait qu'on pouvait comprendre les malades et les soigner. Plus tard Charcot (1825-1893) le « Napoléon de la névrose » conquiert le territoire de l'hystérie ; autour de lui, un collègue de lieutenants neuropsychiatres auxquels il distribua ses connaissances. En 1885, c'est à un médecin étranger venant de Vienne que la leçon fut donnée. Freud (1856-1939) continua de penser et sublimera ce qu'il avait reçu.

Watson (1928-) et Crick (1916-2004) vont découvrir en 1954 l'ADN. Ils ouvrirent une nouvelle voix de pensée. Un nouveau paradigme pour penser le psychisme est posé. L'hérédité située dans les nucléotides.

En parallèle Henri Laborit (1914-1995) introduit la chlorpromazine pour la première fois en 1951 de manière empirique. Depuis 1980 la pensée du psychisme se codifie. La statistique est le nouvel outil du psychiatre clinicien, et « l'acquis » est traité par béhaviorisme.

Dans les années 1990 apparaissent les sociétés internet qui modifient profondément et toujours à l'heure actuelle notre manière de communiquer et de penser. Et, dans cette mouvance, la pensée est associée à un réseau de connexions.

La manière de penser la psychiatrie évolue et « Le » traité de psychiatrie faisant loi depuis 1980 est à sa 3<sup>e</sup> réécriture. La souffrance humaine évolue-t-elle si vite qu'il faille la repenser sans cesse ? Car la souffrance psychique telle que décrite par les générations anciennes génératrices de civilisations

ne semble pas avoir beaucoup changé à lire certains écrits de philosophe. De même que l'homme depuis Cro-Magnon à toujours le même aspect physique.

Aussi, tandis que les rééditions du DSM se succèdent, les figures du passé tendent à disparaître un peu plus. Après Freud en 1980 ce sera au tour de Charcot en 2013 de faire sa révérence avec la disparition de l'histrionisme.

Le point positif c'est qu'à l'instar du renouvellement des générations (ici spontanées), rien ne semble définitif depuis 30 ans, au contraire, dans le domaine du DSM et celui-ci pourrait aussi bien avoir un autre aspect si les collègues de psychiatres le décident dans le futur.

### PO 511 DU SECRET DE L'ADOPTION AU DÉLIRE DE FILIATION

W. LASSOUED, R. JOMLI, A. BEN HOUIDI, S. ARFAOUI,  
F. NACEF

*Hôpital Razi, Service de Psychiatrie, MANOUBA, TUNISIE*

*Introduction* : L'adoption est apparue quand il était nécessaire de légaliser la transmission et l'intégrité du patrimoine, d'une fonction, d'un titre, d'un pouvoir en l'absence d'héritier naturel ou en raison de son incapacité. Ainsi, certains couples se situent très vite dans une perspective de besoin ou de droit à l'enfant, sans tenir toujours compte des enjeux de la filiation à son endroit. La clinique de la situation adoptive montre l'intrication constante, voire la collusion de la réalité historique et de la réalité fantasmatique quant à la construction de l'histoire familiale.

*Méthode et Résultats* : Nous rapportons dans ce travail le cas d'un enfant adopté à la naissance qui à l'âge adulte a développé un délire de filiation, bien que les parents tenaient à ne pas lui annoncer le secret familial.

Les principales répercussions chez notre patient étaient dominées par l'éclosion d'un délire de filiation ainsi que des troubles des conduites et du comportement à type de conduites de mendicité, de fléchissement des résultats scolaires et de refus de l'autorité parentale avec destruction des modèles identificatoires.

La non-révélation de l'adoption, ainsi que la déformation des faits ayant précédé l'adoption n'ont fait que renforcer la position agressive de notre patient qui se situe, lui, sur un autre plan : celui de la conflictualité psychique nécessaire à la construction de son identité. La prise en charge en psychiatrie s'avère complexe, englobant les parents et le patient, et adoptant aussi bien la chimiothérapie que la psychothérapie avec comme objectif de rétablir le lien de filiation.

*Conclusion* : L'élaboration de la scène primitive est l'une des composantes les plus déterminantes pour le nouement de l'ensemble des composantes de la filiation (biologique, sociale, juridique, affective) en une filiation psychique satisfaisante.



**PO 512**  
**LE DÉLIRE DE RELATION DES SENSITIFS**  
**DE KRETSCHMER : ACTUALITÉ DU CONCEPT**

C. WIDAKOWICH (1), L. VAN WETTERE (2), P. HUBAIN (2),  
J. SNACKEN (1)

(1) *Hôpital Saint-Pierre, ULB, BRUXELLES, BELGIQUE*

(2) *Hôpital Erasme, ULB, BRUXELLES, BELGIQUE*

Le délire de relation chez les personnalités sensibles a été décrit par Kretschmer en 1919. Ce délire réactionnel comporte trois niveaux : 1) Le caractère sensitif, qui se définit comme caractérisant des sujets timides, hyperémotifs, qui sont marqués par un sens élevé des valeurs morales, et de l'orgueil (une haute estime de soi-même, qui conduit à se considérer comme jamais suffisamment reconnu à sa juste valeur), une hyperesthésie relationnelle entraînant une grande vulnérabilité dans les contacts sociaux, et une tendance à l'autocritique, à l'intériorisation douloureuse des échecs, ainsi qu'une grande susceptibilité. Ils sont d'une éthique scrupuleuse et font montre d'une délicatesse excessive ainsi que d'une tendance à l'asthénie. Chez ces individus, on ne retrouve pas l'hypertrophie du moi ni la querulence qui caractérisent les autres personnalités paranoïaques. 2) On retrouve un événement traumatique qui révèle au sujet sa propre insuffisance et qui l'humilie sur le plan éthique. 3) Il s'en suit alors le délire de relation en lui-même, qui comprend des remords dépressifs avec des craintes hypochondriaques et des idées de persécution au sujet de conversations d'une grande banalité de la vie quotidienne.

Ce délire s'installe à bas bruit chez l'adulte (généralement après 35 ans), chez « les vieilles célibataires », ou chez « les jeunes masturbateurs ». Le délire est en général limité au cercle proche du patient (sa famille, ses amis, ses collègues, ses voisins, etc.). Il est vécu douloureusement et de manière solitaire.

Il se complique généralement d'épisodes dépressifs, parfois sévères. L'évolution est aussi moins souvent chronique que dans les autres paranoïas. Toutefois, même après une évolution favorable, les signes sont susceptibles de réapparaître à l'occasion d'une nouvelle déception.

L'école de psychiatrie française individualise ce tableau au sein des délires chroniques non dissociatifs, parmi le délire paranoïaque et la paraphrénie. Dans le DSM-IV, le délire de relation des sensitifs est classé sous la rubrique « Trouble Délirant », qui contient tous les délires chroniques non dissociatifs. Devant l'appauvrissement conceptuel actuel auquel nous assistons, nous nous proposons d'illustrer cette entité par deux vignettes cliniques.

**PO 513**  
**LE SOMMEIL CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES :**  
**ÉTUDE DESCRIPTIVE AUPRÈS DE 50 SUJETS ÂGÉS**  
**DE PLUS DE 65 ANS**

O. BRAHAM, M. CHHOUMI, R. SASSI, L. BEN AMOR,  
F. ZAAFRANE, L. GAHA

*Service de Psychiatrie, CHU Fattouma Bourguiba, MONASTIR, TUNISIE*

*Introduction :* Chez les personnes âgées, le sommeil s'accompagne de nombreuses modifications. Outre le vieillissement normal, le sommeil est susceptible d'être modifié par de

multiples facteurs, représentés principalement par les comorbidités somatiques, les prescriptions médicamenteuses, les modifications du rythme de vie et la perte des repères sociaux.

*Objectif :* L'objectif de ce travail était de décrire la quantité et la qualité du sommeil dans un groupe de personnes âgées.

*Matériel et Méthode :* Il s'agit d'une étude prospective et descriptive portant sur 50 personnes âgées de plus de 65 ans. L'évaluation du sommeil s'est faite sur une période de quatre semaines, par l'agenda du sommeil (outil d'auto-évaluation quotidienne du sommeil et de l'éveil).

*Résultats :* La durée moyenne d'heures du sommeil était majoritairement de 8 à 9 h/j.

La sieste était effectuée par 40 % de notre population avec en moyenne une sieste par jour.

Le temps d'endormissement était de 30 minutes chez 42 % de notre échantillon.

Un réveil nocturne a intéressé 62 % de notre population d'étude et était d'une durée supérieure à une heure chez 54 % des sujets.

La qualité du sommeil était jugée mauvaise à très mauvaise par 54 % de nos sujets avec une perturbation imputée significativement aux affections somatiques.

*Conclusion :* Nos résultats soulignent la fréquence des troubles de sommeil chez les personnes âgées. Un dépistage de ces troubles et une prise en charge adéquate s'avèrent nécessaires afin d'améliorer la qualité de vie du sujet âgé.

**PO 514**  
**IMPACT DE LA VIOLENCE CONJUGALE**  
**SUR LA QUALITÉ DE VIE DES FEMMES INFERTILES**

J. MANNAI (1), S. DRIDI (1), M.R. ATALLAH (1),  
B. BEN HADJ ALI (2)

(1) *Service de Psychiatrie, Hôpital de Kairouan, KAIROUAN, TUNISIE*

(2) *Service de Psychiatrie, CHU Farhat Hached, Faculté de Médecine, SOUSSE, TUNISIE*

*Introduction :* Les facteurs favorisant la violence conjugale varient en fonction des contextes sociétaux. Dans notre culture arabo-musulmane, l'infertilité féminine semble être un de ces facteurs entraînant un état de détresse psychologique et une dégradation de la qualité de vie.

*Objectif :* L'objectif de ce travail était d'évaluer l'impact de la violence conjugale sur la qualité de vie des femmes infertiles.

*Méthodologie :* Il s'agit d'une étude descriptive et transversale réalisée dans la région de Kairouan de juin à septembre 2009 s'adressant à une population de femmes suivies dans les services sanitaires pour stérilité féminine.

Pour chaque participante, nous avons utilisé :

– Un questionnaire préétabli explorant les caractéristiques sociodémographiques, cliniques, thérapeutiques ainsi que la qualité de la relation avec le conjoint (présence de violence conjugale, sa forme, ses répercussions sur la santé).

– L'autoquestionnaire MOS (MOS SF-36) dans sa version arabe mesurant la qualité de vie.

*Résultats :* Nous avons recruté 60 femmes infertiles. La moyenne d'âge des participantes était de  $35,5 \pm 5$  ans. 65 % étaient d'origine urbaine ; 38 % avaient un niveau scolaire

médiocre et 42 % n'avaient aucune profession. La moyenne de l'ancienneté de l'infertilité était de  $5 \pm 2,5$  ans.

40 femmes (66 %) étaient victimes de violence conjugale.

La violence psychologique était la fréquente (66 %) suivie par la violence physique (38 %), sexuelle (21 %) et économique (16 %).

La mesure de la qualité de vie par la SF-36 nous a retrouvé un score global moyen de  $37,91 \pm 15$ , celui de la composante physique de 47,39 et celui de la composante mentale de 23.

L'existence d'une violence conjugale altérait significativement les scores moyens globaux de la SF-36 ( $p = 0,04$ ) et ceux de la composante mentale.

La violence sexuelle était associée une dégradation de la qualité de vie physique ( $p = 0,008$ ) et mentale. La violence psychologique altérait les scores moyens de la composante mentale.

**Conclusion :** La violence conjugale altère significativement la qualité de vie des femmes infertiles. Un accompagnement psychologique du couple infertile et la mise en place d'un plan d'action mobilisant tous les intervenants dans la santé sont nécessaires afin de prévenir et de lutter contre la violence conjugale des femmes infertiles.

#### **PO 515 PROFIL DES MÈRES D'ENFANTS SUIVIS POUR UN TROUBLE PSYCHIATRIQUE**

I. CHAABANE, H. BEN AMMAR, O. MOULA, R. GHACHEM

*Hôpital Razi, MANOUBA, TUNISIE*

**Introduction :** De nombreuses recherches ont pointé le fait que les symptômes psychiatriques maternels sont associés à des perturbations psychologiques chez les enfants. Les symptômes psychiatriques des mères s'avèrent être aussi un biais pour la perception et l'évaluation de la difficulté du tempérament de l'enfant.

**Objectif :** L'objectif de ce travail est de décrire le profil des mères adressées au service de la consultation externe de psychiatrie de l'EPS Razi, dont les enfants sont suivis dans le service de pédopsychiatrie.

**Méthodologie :** Ce travail consiste en une étude rétrospective descriptive de dossiers de huit mères ayant des enfants suivis dans le service de pédopsychiatrie adressées au service de la consultation externe de psychiatrie sur une période d'une année. Une fiche de recueil d'informations a été établie contenant plusieurs items.

**Résultats :** L'âge moyen de notre échantillon est de 43 ans. 25 % des mères ont un niveau d'études supérieur ; 37,5 % des patientes sont divorcées. Parmi les mères 75 % sont multipares, et 37,5 % travaillent. 50 % des mères ont des antécédents personnels organiques et 25 % des mères ont eu dans leurs antécédents au moins un épisode dépressif majeur ; 12,5 % sont battues et 12,5 % ont une personnalité pathologique. Une mère sur deux présente un épisode dépressif majeur au moment de la consultation ; un trouble de l'adaptation a été retenu chez 25 % des patientes.

62,5 % des enfants sont des garçons et 37,5 % sont des filles.

**Conclusion :** Il existe un risque bidirectionnel entre dépression maternelle et symptômes de l'enfant : la dépression

maternelle peut induire des troubles du comportement chez l'enfant et *vice versa*.

Les troubles mentaux atteignant mères et enfants sont multifactoriels ; les facteurs environnementaux et génétiques sont incriminés. Des vulnérabilités personnelles et la personnalité restent déterminantes.

#### **PO 516 LES SYMPTÔMES MÉDICALEMENT INEXPLIQUÉS EN MILIEU PSYCHIATRIQUE**

I. MARRAG, B. BEN MOHAMED, L. ZARROUK,  
R. BEN SOUSSIA, M. NASR

*CHU Mahdia, MAHDIA, TUNISIE*

Les symptômes médicalement inexpliqués pour lesquels il n'y a de cause satisfaisante identifiable sont fréquents aussi bien dans la population générale que chez les demandeurs de soins en milieu psychiatrique. Ces symptômes sont généralement transitoires mais peuvent persister, devenir invalidants et mener à une multiplication des consultations.

L'objectif du présent travail était de traiter les caractéristiques cliniques, évolutives et thérapeutiques de tels symptômes ainsi que les facteurs psychosociaux qui peuvent avoir une relation quant à leur origine.

Il s'agit d'une étude rétrospective réalisée au service de psychiatrie du CHU Mahdia portant sur des patients hospitalisés et qui répondaient aux critères DSM-IV-TR du trouble somatoforme. Les données ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire préétabli comportant 29 variables.

La population d'étude était caractérisée par un âge moyen de 46 ans, une prédominance féminine (76 %), une absence d'activité professionnelle (84 %), une présence d'un événement de vie précédant le début des troubles dans 60 % des cas, une durée moyenne de séjour de 17 jours, un score moyen à l'EGF de 70, un traitement à base d'antidépresseurs et d'anxiolytiques au premier rang et une demande d'examen complémentaires biologiques, radiologiques et électriques chez respectivement 44 %, 24 % et 68 % des patients hospitalisés.

Ces résultats seront discutés avec ceux de la littérature tout en insistant sur l'importance d'une prise en charge incluant une consultation conjointe somaticien-psychiatre, une thérapie cognitive et comportementale.

#### **PO 517 LA PSYCHIATRIE EN 2030 ?**

A. DERVAUX (1), M. GROHENS (2), B. FALISSARD (3),  
F. LIMOSIN (4), A. MERCUEL (1), M. TRIANTAFYLLOU (5),  
G. VIDON (6), L. MALLET (7), M. PLAZE (1), X. LAQUEILLE (1),  
R. BOCHER (8)

(1) *Centre Hospitalier Sainte-Anne, PARIS, FRANCE*

(2) *SMPR Fleury-Mérogis, STE-GENEVIEVE-DES-BOIS, FRANCE*

(3) *Maison des Adolescents, PARIS, FRANCE*

(4) *AP-HP Hôpital Corentin Celton, ISSY-LES-MOULINEAUX, FRANCE*

(5) *CASH de Nanterre, NANTERRE, FRANCE*

(6) *Hôpital Esquirol, ST-AURICE, FRANCE*

(7) *Centre de Recherche de l'Institut du cerveau et de la moelle épinière, PARIS, FRANCE*

(8) *CHU Nantes, NANTES, FRANCE*

La psychiatrie est en pleine mutation. Des psychiatres d'horizons divers se sont réunis pour réfléchir sur la psychiatrie de 2030. Chaque intervenant a exposé 3 à 5 questions-clés dans son champ d'expertise.

– Vieillesse et psychiatrie : en 2030, l'offre de soins sera-t-elle suffisante sur tout le territoire et comment ? (lits d'hospitalisation dédiés ? unités mobiles ?...) Comment définir le champ (âge seuil) et accroître la lisibilité/l'attractivité d'une sur-spécialité (DESC) ?

– Précarité et psychiatrie : comment gérer les refus de traitements ? Les équipes mobiles psychiatrie précarité seront-elles les seuls rescapés du secteur des années 90 ? (proactivité, accueil inconditionnel, bas-seuil, sur les lieux de vie).

– Soins sans consentement : seront-ils la seule mission de la psychiatrie publique hospitalière ? Par quels professionnels ? Dans des lieux dédiés spécifiques ? Quelle sera la place des associations d'usagers et des avocats ?

– Schizophrénies : Doit-on développer à large échelle le dépistage/soins des sujets à risque ? Des centres de référence pour les troubles résistants ? Quelle place pour la remédiation cognitive et l'e-thérapie dans la prise en charge ?

– Réhabilitation : les concepts de la réhabilitation seront-ils répandus ? Aura-t-on fermé les asiles ? Rapproché le sanitaire du médicosocial ? Développé le housing first pour la psychiatrie ?

– Rapprochement Neurologie/Psychiatrie : le modèle de neurologie comportementale sera-t-il pertinent en psychiatrie ? Le TOC sera-il encore une maladie psychiatrique ? Les interventions physiques sur le cerveau vont-elles se développer ?

– Addictions : comment renforcer les liens entre équipes psychiatriques et addictologiques ? Renforcer l'addictologie hospitalière ? Les soins en prison ?

– Psychiatrie et troubles somatiques : les psychiatres s'occuperont-ils de la santé physique de leurs patients ? Quelle place pour les médecins généralistes ? L'obésité sera-t-elle une addiction alimentaire à traiter ?

– Mondialisation : quelle sera la place de la littérature psychiatrique francophone ? Celle des collaborations avec l'étranger ? (transfrontalières, partage des pratiques, e-learning d'Universités étrangères...).

*Conclusion* : La psychiatrie gardera toute sa place en 2030, parmi les autres disciplines médicales.

## PO 518

### ÉTAT ÉMOTIONNEL ET QUALITÉ DE VIE DES PATIENTS ATTEINTS D'ALOPÉCIE EN AIRES : ÉTUDE CAS-TÉMOINS

R. SELLAMI, J. MASMOUDI, U. OUALI, I. FEKI, N. MSEDDE, H. TURKI, A. JAOUA

*Service de psychiatrie A, CHU Hedi Chaker, SFAX, TUNISIE*

*Introduction* : Les maladies cutanées telles que l'alopecie en aires altèrent l'image de soi et peuvent s'associer à des décompensations psychiatriques, notamment émotionnelles.

*Objectifs* : – Déterminer la prévalence de l'anxiété et de la dépression chez une population de patients atteints d'alopecie en aires,

– Évaluer la qualité de vie de ces patients,

– Étudier le lien entre ces troubles émotionnels et la qualité de vie.

*Population et méthodes* : Notre étude a été transversale, descriptive et analytique, incluant 50 nouveaux patients atteints d'alopecie en aires du cuir chevelu et 50 patients indemnes de toutes pathologies dermatologiques. Les dossiers médicaux ont été recrutés dans le service de Dermatologie au CHU Hédi Chaker de Sfax (Tunisie). L'évaluation de l'anxiété et de la dépression a été effectuée à l'aide de l'échelle HAD de Zigmund et Snaith et l'évaluation de la qualité de vie à l'aide d'une échelle générique la « 36 item Short-Form Health Survey » (SF-36).

*Résultats* : L'âge moyen de nos patients a été de  $32,92 \pm 11,81$  ans. Le sex-ratio (H/F) a été de 0,92. Dans notre série, l'alopecie en aires a été décalvante totale dans 8 % des cas et à plaques multiples dans 54 % des cas. Comparativement aux sujets témoins, les patients ont présenté, de façon significative, davantage d'anxiété (62 % vs 34 % ;  $p = 0,005$ ) et de dépression (38 % vs 20 % ;  $p = 0,047$ ). La qualité de vie a été significativement meilleure chez les témoins que chez les patients souffrant d'alopecie en aires ( $p < 0,001$ ). La qualité de vie a été significativement plus altérée chez les patients anxieux ( $p < 0,001$ ) et déprimés ( $p = 0,050$ ), en comparaison aux patients avec humeur normale.

*Conclusion* : Du fait de la prévalence plus élevée de l'anxiété et de la dépression chez les patients atteints d'alopecie en aires et de leur impact négatif sur la qualité de vie, il est recommandé de préconiser une prise en charge multidisciplinaire et collaborative impliquant dermatologue et psychiatre.

## PO 519

### LES FEMMES VICTIMES D'HOMICIDE CONJUGAL

A. DELBREIL (1), M. VOYER (2), M. LEBEAU (1), M. SAPANET (1), J.L. SENON (2)

(1) CHU La Milétrie, POITIERS, FRANCE

(2) CH Henri Laborit, POITIERS, FRANCE

*Introduction* : L'homicide conjugal est commis sur un partenaire ou ex-partenaire de vie intime. Il représente environ 20 % des homicides en France. Ce type de passage à l'acte est actuellement peu pris en compte par les programmes de prévention en France car considéré comme exceptionnel en regard de la violence conjugale.

*Objectif* : Mettre en évidence les caractéristiques sociodémographiques, psychopathologiques et criminologiques des femmes victimes d'homicide conjugal, afin de déterminer des facteurs prédictifs de passage à l'acte.

*Méthode* : Étude descriptive rétrospective sur 42 dossiers d'homicide conjugal (ou tentative), jugés entre 1999 et 2010 sur la Cour d'Appel de Poitiers, avec recherche d'un nombre important de variables concernant les auteurs, les victimes et les faits. Ces données ont été recoupées pour établir des profils.

**Résultats :** Les victimes d'homicide conjugal sont majoritairement féminines (88 %) et d'âge moyen (37,6 ans). Au moment des faits, 46 % d'entre elles étaient séparées du conjoint auteur et au moins 21,6 % consommaient régulièrement de l'alcool. Seule la moitié des victimes avaient une activité professionnelle. Des symptômes évoquant un syndrome dépressif ont été décelés chez 24,3 % des victimes. Les données étaient insuffisantes pour déterminer de manière précise la présence de troubles de la personnalité. Dans notre population, 67,5 % des femmes étaient victimes de violence conjugale, psychologique (79,2 %) et physique (63 %). Le geste criminel était motivé par la possession, la jalousie (71,4 %) et lié à la notion de séparation du couple ( $p = 0,00002$ ). Plus d'un quart des victimes a survécu aux blessures, dont la moitié a présenté dans les suites des symptômes d'état de stress post-traumatique.

**Conclusion :** Notre étude a montré que l'homicide conjugal était principalement commis par des hommes devant la difficulté à accepter la perte de la compagne. Il touche des femmes souvent isolées socialement et victimes de violence conjugale. Lorsqu'il n'entraîne pas la mort, les séquelles psychologiques sont importantes. La mise en évidence de toutes ces caractéristiques permet de cibler les actes de prévention.

#### **PO 520 LES UNITÉS D'HOSPITALISATION CONJOINTE MÈRE-BÉBÉ**

R. CHIHANI, H. BEN AMMAR, R. ENNAOUI, H. ZALILA,  
A. BOUSSETTA

*Hôpital Razi, MANOUBA, TUNISIE*

Les unités d'hospitalisation conjointe mère-bébé (UMB) en psychiatrie sont des unités hospitalières qui reçoivent les nouvelles mères atteintes de pathologies psychiatriques, accompagnées de leur enfant. Ces unités permettent de réduire au maximum les conséquences potentiellement négatives de la séparation d'une mère, atteinte d'une pathologie psychiatrique, d'avec son nouveau-né, tout en assurant à ce dernier un bon développement. Dans notre travail, on s'intéresse à déterminer l'intérêt de ces unités ainsi que les limites à travers une revue de la littérature.

Plusieurs finalités existent dans les soins dans les UMB concernant la mère, l'enfant, le père ainsi que l'avenir de leur relation et donc le développement psychique de l'enfant. Ces unités travaillent essentiellement sur le lien qui unit la mère à son enfant afin d'asseoir au mieux les fondements de leurs relations indispensables au développement psychomoteur de l'enfant ainsi que la prévention d'éventuelles complications psychopathologiques. Par ailleurs, ces unités permettent de redonner à la mère confiance en ses capacités maternelles à l'égard de son enfant et éviter la « dépossession d'une partie d'elle » et le sentiment de déchéance ainsi l'enfouissement du noyau conflictuel et l'ambivalence double ressentie par la mère.

Ces unités constituent un cadre mieux adapté au développement de l'enfant : relation d'objet, images parentales, liens d'attachement.

**En conclusion :** L'unité d'hospitalisation mère-bébé en psychiatrie a une place importante dans le réseau médico-social périnatal et son travail ne se conçoit qu'en articulation avec celui-ci.

Le travail dans ces unités répond à un besoin de santé publique, spécifique de la période périnatale. Il représente l'une des modalités d'approche de la dyade mère-enfant en psychiatrie périnatale et ne peut se concevoir que dans le cadre d'un travail pluri-disciplinaire.

#### **PO 521 LES CONDUITES D'AUTOMUTILATIONS : ÉTUDE À PROPOS DE 30 CAS**

R. CHIHANI, H. BEN AMMAR, R. ENNAOUI, H. ZALILA,  
A. BOUSSETTA

*Hôpital Razi, MNNOUBA, TUNISIE*

Les automutilations recouvrent plusieurs types de conduites, de la simple excoaration cutanée à l'autocastration ; elles constituent un phénomène peu étudié. Il s'agit en fait d'un sujet tabou et il est difficile de comprendre pourquoi une personne porte atteinte à son propre corps.

Il s'agit d'une étude transversale menée auprès d'un échantillon représentatif de 30 patients suivis en psychiatrie et s'automutilant.

Un questionnaire semi-structuré explorant les données sociodémographiques et cliniques ainsi que l'acte d'automutilation et ses caractéristiques a été rempli pour chaque patient.

L'analyse des données a été réalisée à l'aide du logiciel SPSS.

Notre échantillon était exclusivement de sexe masculin d'âge moyen 27 ans +/- 8 ans avec des âges extrêmes allant de 18 à 47 ans. Plus des deux tiers de nos patients (70 %) étaient en chômage, et le niveau socio-économique était bas dans plus des trois quarts des cas (80 %). Le soutien familial a été considéré comme insuffisant voire absent chez 83,33 % des patients. Des antécédents d'abus physique et de maltraitance dans l'enfance ont été rapportés par 73,33 % des cas. Plus des deux tiers de nos patients (70 %) présentaient des conduites addictives. Douze patients de notre étude (40 %) ont été incarcérés au moins une fois. Trois diagnostics ont été principalement retrouvés dans notre cohorte : syndrome dépressif (33,33 %) ; trouble de la personnalité (70 %) ; trouble psychotique (20 %) ; l'association d'un syndrome dépressif et d'un trouble de la personnalité a été retrouvée dans 20 % des cas.

La plupart des sujets privilégiaient certaines localisations pour les automutilations (incision des avant-bras le plus souvent). Les moyens utilisés étaient : lames de rasoir et couteau, (70 %), éclat de verre ou de porcelaine (20 %). Ces blessures auto-infligées étaient superficielles et répétées dans la majorité des cas (80 %), avec une moyenne de six automutilations/patient et des extrêmes variant de 2 à 21 scarifications.

Les conduites d'automutilation sont fréquentes avec une prépondérance chez les adolescents et les patients présentant un trouble de la personnalité.

**PO 522**

**ENTENTE CONJUGALE, ANXIÉTÉ ET DÉPRESSION  
DANS UN GROUPE DE FEMMES INFERTILES :  
ÉTUDE COMPARATIVE ET ANALYTIQUE**

M. TRIFI (1), Y. EL KISSI (1), S. HIDAR (2), S. BOUHLEL (1),  
G. SARHANE (1), K. EL AYOUBI (1), H. KHAIRI (1),  
B. BEN HADJ ALI (1)

(1) Service de Psychiatrie, CHU Farhat Hached, Faculté de Médecine, SOUSSE, TUNISIE

(2) Service de Gynécologie, CHU Farhat Hached, Faculté de Médecine, SOUSSE, TUNISIE

*Introduction* : L'infertilité constitue l'une des expériences existentielles les plus difficiles à vivre par les femmes, mais rares sont les études qui se sont intéressées à en évaluer, de manière conjointe, l'impact sur leur entente conjugale, leur satisfaction sexuelle et leur vécu psychologique.

*Objectifs* : Les objectifs de ce travail étaient de comparer l'entente conjugale d'un groupe de femmes infertiles à celle d'un groupe de femmes témoins et d'en étudier les éventuelles corrélations avec la satisfaction sexuelle et les niveaux d'anxiété et de dépression.

*Matériel et méthode* : Nous avons recruté 100 femmes consultant pour infertilité dans le service de gynécologie obstétrique du CHU Farhat Hached de Sousse. Elles ont été comparées à 100 femmes ayant fait preuve de leur fertilité, appariées pour l'âge, le milieu de résidence et la durée du mariage. L'évaluation de l'entente conjugale a été faite à l'aide du questionnaire de Locke Wallace. Nous avons procédé, par ailleurs, à l'évaluation de la satisfaction sexuelle (FSFI) et à une mesure des niveaux d'anxiété et de dépression (HAD-S).

*Résultats* : Les scores totaux au questionnaire de Locke Wallace ne présentaient pas de différences statistiquement significatives entre le groupe de femmes infertiles ( $113,16 \pm 19,14$ ) et le groupe de femmes témoins ( $106,92 \pm 25,60$ ). Quant aux corrélations, le score global de l'entente conjugale était positivement corrélé à la satisfaction sexuelle ( $r = 0,43 ; p < 10^{-3}$ ) et négativement corrélé au score d'anxiété ( $r = -0,42 ; p < 10^{-3}$ ) et de dépression ( $r = -0,56 ; p < 10^{-3}$ ).

*Conclusion* : L'infertilité ne semble pas altérer l'entente conjugale des femmes. Cette entente est, par ailleurs, positivement corrélée à la satisfaction sexuelle et négativement corrélée aux scores d'anxiété et de dépression.

**PO 523**

**EXPERTISE PÉNALE ET RÉVOLUTION TUNISIENNE**

A. BEN CHEIKH, R. CHIHANI, D. BECHEIKH,  
A. BEN ROMDHANE, O. ZOUARI, F. NACEF, R. GHACHEM,  
R. RIDHA

Hôpital Razi, MANOUBA, TUNISIE

Toutes les sociétés démocratiques sont à la recherche d'un nouvel équilibre entre code pénal, code de la santé et code de procédure pénale.

Auparavant, la simple reconnaissance d'un trouble psychiatrique avait souvent comme corollaire la proposition d'une irresponsabilité pénale. Cette idée demeure jusqu'à

aujourd'hui partagée dans notre société malgré l'évolution de la mission confiée au psychiatre expert qui consiste, actuellement, à préciser l'existence d'éventuels troubles mentaux et surtout à se prononcer sur leur incidence sur l'abolition du discernement au moment du passage à l'acte. Le débat entre justice et psychiatrie reste d'actualité.

Les événements de la révolution ont été incriminés dans l'éclosion de troubles psychiatriques et de certaines thématiques délirantes notamment religieuse et de revendication.

Plusieurs personnes mises en garde à vue et accusées de faits rapportés, voire même médiatisés, comme ayant une relation avec la révolution tunisienne ont fait l'objet d'une expertise psychiatrique pénale.

L'argument psychiatrique est mis en avant à la fois par l'état qui pourra plus facilement justifier des actes qu'il considère comme extrêmes (en particulier les atteintes aux symboles de la république ou de la religion) et par les familles qui utilisent l'argument psychiatrique pour échapper à la punition.

Interpellés par toutes ces constatations, nous nous sommes proposés d'analyser cinq expertises faites après la révolution à l'hôpital psychiatrique Razi de la Manouba suite à des accusations pour des actes considérés comme étant en relation avec le mouvement révolutionnaire en Tunisie.

**PO 524**

**L'ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL  
CHEZ LES FONCTIONNAIRES ADMINISTRATIFS**

R. MASMOUDI, I. FÉKI, J. MASMOUDI, I. OUALI, U. OUALI,  
A.A. JAOUA

CHU, Hédi Chaker, SFAX, TUNISIE

L'épuisement professionnel (*burn-out*) se définit comme un syndrome de fatigue physique et émotionnelle qui amène chez l'individu concerné une perception négative de soi et des attitudes négatives au travail.

*L'objectif* : Évaluer le degré d'épuisement professionnel (*burn-out*) chez les fonctionnaires administratifs.

*Matériels et méthodes* : Il s'agissait d'une étude transversale, qui s'est intéressée à une population de fonctionnaires.

Pour évaluer le *burn-out* nous avons utilisé un outil psychométrique : le Maslach *Burn-out* Inventory (MBI).

Auprès de chaque fonctionnaire nous avons recueilli :

- Les variables sociodémographiques (âge, état civil, profession du conjoint, nombre d'enfants).

- Les paramètres concernant l'activité professionnelle (durée d'exercice, nombre d'heures de travail par semaine).

- les causes de l'épuisement.

- les conséquences de l'épuisement.

*Résultats* : L'âge moyen de notre échantillon est de 41,9 ans avec des limites de 22 et de 59 ans.

Le sex-ratio est de 0,9.

La durée moyenne d'exercice est de 17,09 ans avec des limites allant de 1 et de 37 ans.

Le nombre d'heures moyen par semaine est de 42,5 avec des limites allant de 40 à 48 heures.

45 % des fonctionnaires se sentent un peu épuisés, 27 % se sentent moyennement épuisés, 17 % se sentent beaucoup épuisés.

L'épuisement est plus observé chez les tranches d'âge allant de 20 à 30 ans et de 50 à 60 ans.

Cet épuisement est dû à une charge de travail excessive pour 40 % des fonctionnaires, à un nombre d'heures de travail excessif pour 36 % de notre échantillon et à un manque de temps libre pour 68 % des fonctionnaires.

Cet épuisement se manifeste par un sentiment de fatigue chez 81 % des fonctionnaires, par des troubles de la mémoire chez 18 % des sujets, par des troubles de la mémoire chez 27 % des sujets et par des douleurs multiples chez 23 % de notre échantillon.

*Conclusion* : Il ressort de notre étude que l'épuisement professionnel est fréquent chez les fonctionnaires administratifs. D'où l'intérêt de la mise en œuvre de moyens de prévention basés essentiellement sur une évaluation cognitive de la situation et des ressources disponibles pour leur faire face, sur l'identification des facteurs potentiels de stress et sur le rôle positif joué par le soutien social.

#### **PO 525 LA BOUFFÉE DÉLIRANTE AIGUË : ASPECTS CLINIQUES ET ÉVOLUTIFS À PROPOS DE 63 CAS**

S. JEDIDI, L. BAHRINI, W. HOMRI, C. RACHDI, L. MOUELHI, R. LABBANE

*Hôpital Razi, MANOUBA, TUNISIE*

*Introduction* : La bouffée délirante aiguë (BDA) est une conception de la psychiatrie française. Il s'agit d'un trouble psychiatrique facile à diagnostiquer. Néanmoins tout l'enjeu réside dans le pronostic et l'évolution de cette entité clinique. Selon Magnan, la bouffée délirante aiguë était « sans conséquences sinon sans lendemain », mais la majorité des travaux ont mis en évidence la possibilité d'une évolution vers la bipolarité ou la psychose chronique essentiellement de type schizophrénique.

*Objectifs, méthodes et résultats* : Nous nous proposons dans ce travail d'étudier les aspects cliniques et les modalités évolutives des BDA. Nous avons mené une étude rétrospective descriptive à partir des dossiers des malades suivis dans le service de psychiatrie C de l'hôpital Razi sur une période de 6 ans s'étalant d'août 2006 à août 2012. Nous avons colligé 63 cas de BDA chez des patients âgés de 17 à 59 ans dont 47 hommes et 16 femmes. Le traitement s'est basé essentiellement sur des neuroleptiques sédatifs et anti hallucinatoires. La majorité des patients a évolué vers une schizophrénie ou une maladie bipolaire. Dans un tiers des cas il y a eu une récurrence avec restitution ad-integrum de chaque épisode.

*Conclusion* : Du fait de leurs lourdes conséquences socio-économiques et culturelles, la prise en charge des BDA doit être améliorée par une meilleure connaissance de leurs déterminants et de leurs modalités évolutives : récidiveront-elles, mais sur un mode toujours résolutif, avec retour à l'état pré morbide ? Ou bien évolueront-elles vers une psychose chronique ou un trouble de l'humeur ?

#### **PO 526 LE TRAVAIL NOCTURNE : QUEL RETENTISSEMENT ?**

L. EJJAKI, S. AZZAOU, A. AMINE, S. BELBACHIR, F.Z. SEKKAT

*CHU Ibn Sina Hôpital AR-RAZI, SALÉ, MAROC*

Notre environnement au sens le plus large du terme connaît des cycles immuables. L'influence de ces alternances, a modulé les rythmes biologiques sur un rythme proche de 24 h.

Le travail nocturne impose à l'individu de travailler en période de désactivation, et de dormir en phase d'activation. Cette perception d'informations conflictuelles aboutit à des perturbations des rythmes biologiques.

Toute perturbation de ce rythme retentit sur le travail et la qualité de vie de l'individu par l'intermédiaire d'une mauvaise qualité de sommeil, d'une mauvaise vigilance, des troubles de la mémoire et des conséquences psychiques tel qu'une anxiété, une angoisse ou encore une dépression.

*Objectifs* : – Évaluer les répercussions du travail de nuit sur le plan psychologique et sur la qualité de vie de ces sujets.

– Proposer des moyens de coping afin d'améliorer la qualité de vie de ces sujets.

*Matériel et méthodes* : Étude transversale descriptive, faite auprès de sujets ayant un travail nocturne (différents domaines) à l'aide d'un questionnaire relevant les données socio-démographiques ainsi que la nature de la profession et le lieu.

– Le questionnaire de Pittsburgh a été utilisé afin d'évaluer la qualité du sommeil.

– La vigilance a été explorée à l'aide de l'échelle de vigilance d'Epworth.

– Quant à la qualité de vie, elle a été appréciée par le questionnaire SF12.

– Afin de rechercher une éventuelle anxiété ou dépression, on a utilisé l'échelle Hamilton dépression et anxiété.

*Résultats* : En cours.

*Mots clés* : Anxiété ; Dépression ; Sommeil ; Travail nocturne ; Vigilance.

#### **PO 527 DEVENIR À L'ÂGE ADULTE DU TROUBLE HYPERACTIVITÉ DÉFICIT DE L'ATTENTION**

H. BEN YOUSSEF, A. BAÂTOUT, O. SIDHOM, M. OUMAYA, H. MAMI, H. SNENE, N. HALOUI, R. BOUZID

*Hôpital Tahar Maâmouri, NABEUL, TUNISIE*

*Introduction* : Le trouble hyperactivité/déficit de l'attention (THADA) fait partie des affections psychiatriques les plus fréquentes chez l'enfant. Il est de plus en plus diagnostiqué, et représente actuellement un problème majeur quant à son retentissement social et surtout scolaire. Il pose la question de son pronostic et de son devenir à l'âge adulte et des séquelles éventuelles et de leur retentissement fonctionnel sur le futur adulte.

**Objectif :** Déterminer à travers une revue de la littérature les différentes modalités évolutives à l'âge adulte du trouble hyperactivité déficit de l'attention de l'enfant.

**Méthodologie :** Il s'agit d'une revue de la littérature effectuée sur ce sujet utilisant comme moteur de recherche « Pubmed » et les mots clés suivants : « trouble hyperactivité déficit de l'attention », « enfant » et « adulte ». Nous avons limité la recherche aux articles publiés entre 2006 et 2012.

**Résultats :** Les études concernant le trouble hyperactivité déficit de l'attention à l'âge adulte sont beaucoup moins nombreuses que celle concernant l'enfant. Plusieurs d'entre elles ont montré une persistance partielle ou complète de ce syndrome au-delà de l'adolescence. Les études longitudinales permettent de conclure à une persistance du trouble à l'âge adulte dans près des deux tiers des cas et sa prévalence en population générale adulte est estimée à 4,4 % dans les études transversales. La symptomatologie chez l'adulte est souvent plus marquée par le déficit de l'attention que par l'hyperactivité psychomotrice. L'inattention est stable, mais entraîne un retentissement variable en fonction des exigences de l'environnement professionnel et familial. Les manifestations extériorisées de l'hyperactivité diminuent le plus souvent. L'impulsivité, quoique moins marquée que chez l'enfant, retentit sur un plan professionnel, relationnel et légal. Le diagnostic différentiel reste difficile en particulier avec les troubles de la personnalité, les troubles anxieux et les troubles de l'humeur.

**Conclusion :** Le diagnostic du trouble hyperactivité déficit de l'attention chez l'adulte ne correspond pas à l'apparition d'un nouveau trouble mais reflète plutôt la reconnaissance de symptômes qui n'étaient jusque-là pas pris en compte.

**Mots clés :** Adulte ; Enfant ; Trouble hyperactivité déficit de l'attention (THADA).

## PO 528 RHAZÈS ET PSYCHIATRIE

F. LABOUDI, A. BELHACHMI, K. MOUHADI, J. MEHSSANI, M.Z. BICHA

*Hôpital Militaire d'Instruction Mohamed V, RABAT, MAROC*

Il y a toujours eu des malades mentaux, objets de crainte, d'étonnement, de moquerie, de pitié et de mauvais traitements, que bien trop rarement on a guéris. Leur existence nous trouble profondément, car elle nous fait douloureusement conscience de la fragilité de notre santé mentale. Le besoin s'est toujours fait sentir d'une science permettant de pénétrer là où ne peuvent aller les sciences de la nature.

L'effort thérapeutique de la médecine arabo-musulmane du moyen âge a consisté dans la transmission des connaissances acquises par l'antiquité grecque et la systématisation dans la description des pathologies. Ils étaient préoccupés par les causes ; l'inflammation du cerveau, le mélange des biles. Les concepts anciens (frénésie, manie, mélancolie) sont repris, décrits, complétés. Errazi (Rhazès, 850-932 « – ») est sans doute le plus grand médecin d'expression arabe, semble avoir introduit le premier le terme de « El Ilaj Ennafsani » ou psychothérapie, soulignant combien « il

importait toujours au médecin de suggérer au malade la bonne santé même s'il n'y croit pas en son for intérieur car, disait-il, la structure du corps suit les vicissitudes de l'âme ». Ce fut aussi un grand psychosomaticien qui nous légua nombre d'écrits sur les troubles mentaux et les désordres psychologiques.

Au IX<sup>e</sup> siècle, Errazi, qui fut médecin chef de l'hôpital Maristin de Bagdad, l'un des premiers hôpitaux à posséder une salle réservée aux malades mentaux. Il nous légua un nombre d'écrits sur les troubles mentaux et les désordres psychologiques.

L'objectif de ce travail est de mettre en lumière sur les travaux de Rhazès en psychiatrie du moyen âge.

## PO 529 RÉACTIONS DES FAMILLES TUNISIENNES AUX TROUBLES MENTAUX

A. DRIDI, R. BÉJI, F. ELLOUZE, A. AYADI, M.A. BEN MUSTAPHA, S. HFAIEDH, S. ELLINI, K. BEN SALAH, M.F. M'RAD

*Hôpital Razi, TUNIS, TUNISIE*

**Introduction :** La famille a un rôle primordial à jouer dans les soins du patient atteint de trouble psychiatrique. Ces soins dépendent entièrement de la représentation que cette famille se fait de la maladie mentale et de ses attitudes envers le membre malade.

**Objectif :** Décrire les représentations que la famille tunisienne a de la maladie mentale, et son attitude à l'égard du patient psychiatrique.

**Méthode :** Une enquête épidémiologique prospective a été réalisée auprès d'un échantillon de 100 malades, hospitalisés pour la première fois au service de psychiatrie G de l'hôpital Razi, durant la période janvier 2012-juin 2012.

L'évaluation s'est effectuée à l'aide d'un questionnaire structuré explorant les caractéristiques sociodémographiques et anamnestiques. Ces renseignements ont été complétés par un entretien plus libre avec le malade et sa famille.

**Résultats :** Les familles tunisiennes ont des réactions caractéristiques au début de la maladie mentale. Elles ont tendance à minimiser la maladie, par rationalisation ou par déni. Elle garde le malade longtemps chez elle, et ne consulte un psychiatre qu'en dernier recours après avoir fait le tour des tradithérapeutes. La maladie mentale fait encore honte, on essaye de la cacher. La famille et le malade ont souvent peur de la stigmatisation.

**Conclusion :** La stigmatisation de la maladie mentale existe encore dans notre société tunisienne. Des campagnes de sensibilisation et d'information sont encore à entreprendre pour réduire cette stigmatisation.

## PO 530 LE VÉCU CARCÉRAL : QUELLES CONSÉQUENCES À LA SORTIE ?

S. AZZAOU, A. AMINE, L. EJJAKI, S. BELBACHIR, F.Z. SEKKAT

*Hôpital Arrazi, CHU Ibn Sina, SALÉ, MAROC*

Évoquer la prison et la souffrance psychique liée à l'incarcération nécessite une prise de distance, aussi bien vis-à-vis de l'institution que vis-à-vis du « patient » et de l'acte commis. Le sujet criminel, tout entier, peut se sentir dépossédé de son humanité lorsque, même à sa sortie de prison, il est réduit à son acte transgressif aux yeux de la société.

De lourdes conséquences, psychiatriques et sociales, peuvent être ainsi observées au cours et au décours de la période d'incarcération : anxiété, dépression, PTSD, troubles des conduites addictives et sexuelles, remodelage de la personnalité, avec une tendance à la récurrence de l'acte criminel variable d'un individu à l'autre.

**Objectifs de l'étude :** – Soulever l'existence de ces différents troubles psychiatriques en post-carcéral.

– Repérer une éventuelle intentionnalité de récurrence et en identifier les causes.

– Proposer des interventions précoces auprès des détenus leur permettant de se réconcilier avec eux-mêmes et avec la société.

**Matériel et méthodes :** Étude transversale descriptive, réalisée auprès d'anciens détenus après leur sortie du milieu carcéral, à l'aide d'un hétéro questionnaire associant des variables sociodémographiques ainsi que des échelles d'évaluation psychologique :

Hospital Anxiety and Depression (HAD), PTSD Check-List Scale (PCLS) et le Rorschach Personality Test, avec une évaluation des conduites addictives et sexuelles.

Analyse descriptive et statistique effectuée au moyen du logiciel SPSS version 20.0

**Résultats :** En cours.

**Mots clés :** Anxiété ; Dépression ; PTSD ; Vécu carcéral.

### PO 531

#### ÉVOLUTION SOCIALE ET THÉMATIQUE DÉLIRANTE DES PATIENTS PSYCHOTIQUES

A. AYADI, I. YACCOUB, R. BÉJI, F. ELLOUZE, S. ELLINI, K. BEN SALAH, M.F. M'RAD

Hôpital Razi, TUNIS, TUNISIE

**Introduction :** Depuis le 14 janvier 2012, les tunisiens n'ont cessé de subir un remaniement social sans précédent dans l'histoire de la Tunisie avec tout ce que cela implique de profonds changements politiques, économiques et sociaux. Le malade psychotique comme le reste de la population est aussi exposé à ces changements. Notre pratique quotidienne nous apprend que ces différents bouleversements sont assimilés à différents degrés par nos patients psychotiques qui les traduisent dans leur délire.

**Objectif :** Décrire et évaluer le changement dans le discours et le délire des patients psychotiques en fonction des événements vécus en Tunisie.

**Matériel et méthode :** Nous avons suivi 82 patients psychotiques depuis le 14 janvier 2010 jusqu'au mois d'octobre 2012. Nous nous sommes en particulier intéressés à l'évolution de la thématique du délire de ces patients au cours du temps et en fonction des événements politiques et sociaux qu'a connus la Tunisie durant cette période.

**Résultat :** Le 14 janvier 2010, l'ancien président de la Tunisie Ben Ali prend la fuite avec sa famille après une vague de manifestations des citoyens tunisiens. Le pays est plongé pour quelques jours dans l'insécurité, la peur et l'angoisse. Ben Ali qui a longtemps persécuté le peuple devient publiquement l'ennemi n°1 du peuple, mais aussi le principal persécuteur de nos patients. La politique devient la 1<sup>re</sup> préoccupation des gens qui ne cessent de décrypter la scène politique et de critiquer les dirigeants du moment. Dans le même sens, on retrouve durant cette même période chez nos patients délirants une prévalence plus importante de thèmes politiques.

La période pré et post-élections a aussi constitué une source d'inspiration pour nos patients psychotiques. Enfin on note aussi une coloration propre du délire avec une thématique incestueuse et sexuelle de nos patients par des événements plus récents tels que le viol fortement médiatisé et dénoncé de part le monde de la jeune fille tunisienne.

**Conclusion :** Les récents événements qui ont suivi la révolution tunisienne ont constitué une source d'angoisse et de stress engendrant un bouleversement psychique en particulier chez les personnes fragiles. L'impact de la vie sociale sur les patients psychotiques a été mis au grand jour à travers leur discours.

### PO 532

#### HUMEUR ET QUALITÉ DE VIE CHEZ LES FEMMES ATTEINTES DE SCLÉRODERMIE SYSTÉMIQUE

F. FRIKHA (1), J. MASMOUDI (2), N. MESSEDI (2), I. FEKI (2), M. SNOUSSI (1), A. JAOUA (2), Z. BAHLOUL (1)

(1) Service de Médecine Interne CHU Hédi Chaker, SFAX, TUNISIE

(2) Service de Psychiatrie (A) CHU Hédi Chaker, SFAX, TUNISIE

**Objectif :** L'objectif de cette étude a été d'évaluer la qualité de vie et l'humeur dans un groupe de patientes ayant une sclérodémie systémique (ScS).

**Méthodes :** Notre étude a été transversale à visée descriptive et réalisée entre octobre 2011 et juin 2012 ; Parmi les 15 femmes souffrant de ScS et hospitalisées au service de médecine Interne du CHU Hédi Chaker de Sfax, 10 ont accepté de participer à l'étude.

La qualité de vie a été évaluée par l'échelle WHOQOL BREF (World Health Quality of Life-Brief Version).

Les troubles émotionnels ont été évalués par la « Hospital Anxiety and Depression Scale » (HAD).

**Résultats :** L'âge moyen a été de 52,4 ± 8,2 ans (38-65 ans). Nos patientes ont estimé avoir une qualité de vie globalement moyenne avec un score total à l'échelle WHOQOL BREF proche de 60 sur 120.

Les valeurs des 4 domaines ont été : santé physique 46 + 8,8 [31-56], santé psychologique 50,7 + 11,2 [31-69], relations sociales 57,5 + 15,5 [25-75], environnement 52 + 11 [31-63].

Les répercussions psychologiques de la ScS ont été évidentes à travers les scores du HAD. Huit femmes ont eu un score HAD A > à 10 donc un état anxieux certain. Sept patientes ont eu un score HAD D > à 10 définissant un état dépressif



certaines. 7 femmes sur 10 ont déclaré avoir besoin d'une aide psychologique et ont été prises en charge conjointement en psychiatrie.

**Conclusion :** Nos résultats vont dans le sens de la grande fréquence des troubles émotionnels chez les patientes avec une ScS. De même, la qualité de vie a été altérée. Les scores aux dimensions psychologiques et relationnelles ont dépassé les scores de la dimension physique. Ces résultats suggèrent une généralisation du dépistage de l'anxiété et la dépression, ce qui pourrait prédire une amélioration globale de la qualité de vie, du moins *via* les dimensions psychologique et relationnelle.

**PO 533**  
**IMPLICATION DE L'HOMOGÈNE OTX2**  
**DANS LA PHYSIOPATHOLOGIE DES TROUBLES**  
**PSYCHIATRIQUES : CARACTÉRISATION**  
**COMPORTEMENTALE DANS UN MODÈLE**  
**DE SOURIS TRANSGÉNIQUE**

S. ROTENBERG (1), C. VINCENT (2), M.O. KREBS (1),  
 T. JAY (3), A. PROCHIANTZ (4), G. LE PEN (3)

(1) *Service Hospitalo-Universitaire, Hôpital Sainte-Anne et Laboratoire de « Physiopathologie des Maladies Psychiatriques », Centre de Psychiatrie et Neurosciences U894, INSERM, Université Paris Descartes, PARIS, FRANCE*

(2) *Laboratoire de « Physiopathologie des Maladies Psychiatriques », Centre de Psychiatrie et Neurosciences U894, INSERM et Centre Interdisciplinaire de Recherche en Biologie (CIRB) – Collège de France – CNRS UMR7241 – INSERM U1050, PARIS, FRANCE*

(3) *Laboratoire de « Physiopathologie des Maladies Psychiatriques », Centre de Psychiatrie et Neurosciences U894, INSERM, Université Paris Descartes, PARIS, FRANCE*

(4) *Centre Interdisciplinaire de Recherche en Biologie (CIRB) – Collège de France – CNRS UMR7241 – INSERM U1050, PARIS, FRANCE*

L'émergence des troubles psychiatriques pourrait être favorisée par des anomalies cérébrales développementales embryonnaires et par des anomalies tardives de la maturation et de la plasticité cérébrale.

L'homogène *Otx2* est impliqué au cours de l'embryogénèse dans la régionalisation cérébrale et joue un rôle dans la migration et la différenciation des neurones GABAergiques, glutamatergiques, dopaminergiques et sérotoninergiques pour lesquels des anomalies ont été décrites dans plusieurs pathologies psychiatriques. *Otx2* reste exprimé à l'âge adulte dans certaines régions cérébrales mises en cause dans la schizophrénie ou la dépression, comme le cortex, l'hippocampe, l'amygdale, le thalamus et l'aire tegmentale ventrale et pourrait jouer un rôle crucial dans les phénomènes de plasticité cérébrale. Plus spécifiquement, la maturation post-natale du cortex visuel dépend de l'accumulation de la protéine *Otx2* dans les interneurons à parvalbumine.

*Otx2* étant impliqué dans le développement, la maturation et l'évolution du SNC, nous faisons l'hypothèse qu'il participe à la physiopathologie de certaines pathologies du cerveau. Pour tester cette hypothèse, nous avons recherché dans le modèle murin *Otx2GFP/+*, où un allèle du gène a été inactivé,

l'existence de traits comportementaux en rapport avec l'anxiété (labyrinthe en croix surélevé, boîte clair-obscur), la dépression (suspension par la queue, nage forcée), la psychose (PPI, sensibilité au MK-801) ainsi que d'éventuelles modifications des capacités motrices (activité locomotrice en openfield, rotarod), sociales (interaction sociale) et cognitives (labyrinthe en Y).

Nous montrons dans tests du labyrinthe en croix surélevé et de la boîte clair-obscur que les souris *Otx2GFP/+* présentent un niveau d'anxiété plus faible que les souris sauvages alors que, dans les autres tests, leurs performances sont similaires. Nos résultats renforcent l'hypothèse de l'implication d'*Otx2* dans le développement de certaines maladies psychiatriques et ouvrent sur des perspectives thérapeutiques novatrices basées sur la modulation de la maturation fonctionnelle cérébrale et/ou les périodes critiques.

Ce projet a été soutenu par les fonds de la FRM.

**PO 534**  
**LA POST RÉVOLUTION TUNISIENNE :**  
**QU'EN EST-IL DES MALADES PSYCHIATRIQUES**

I. YACOUB, M.A. BEN MUSTAPHA, R. BÉJI, O. RAJHI,  
 S. ELLINI, K. BEN SALAH, F. ELLOUZE, M.F. M'RAD

*Hôpital Razi, TUNIS, TUNISIE*

**Introduction :** La révolution tunisienne est une révolution sans leader à laquelle avaient participé les masses populaires, où différentes opinions politiques se sont côtoyées changeant le paysage de la société tunisienne. Certes, la révolution ne suffit sans doute pas pour créer la maladie mentale, mais elle peut la révéler ou influencer sa symptomatologie clinique.

**Objectifs :** L'objectif de notre travail est de déterminer les répercussions de la révolution tunisienne sur les malades psychiatriques et le profil des pathologies psychiatriques en post-révolution.

**Matériel et méthodes :** Il s'agit de vignettes cliniques de patients ayant été hospitalisés au service de psychiatrie G après le 14 janvier appuyée par une revue de la littérature.

**Résultats et discussion :** – Le premier cas est celui d'un patient de 22 ans, suivi pour un trouble schizo-affectif. Depuis la révolution, ce patient a rejoint un groupe salafiste. Il a été réintégré à 08 reprises pour des décompensations psychotiques.

– Le deuxième cas est celui d'un patient de 32 ans, peintre, suivi depuis 2007 pour trouble bipolaire type 1, il était bien équilibré sous thymorégulateurs. Après la révolution, il a rejoint un parti politique, depuis il a arrêté son suivi. Il a été réadmis dans un état de fureur maniaque avec des idées de grandeur à thématique politique.

– Le troisième cas est celui d'un patient de 45 ans, suivi depuis, 20 ans pour schizophrénie, il est réintégré pour une décompensation psychotique durant laquelle il est monté au sommet du monument de 7 novembre à l'avenue Habib Bourguiba sous l'effet d'injonctions hallucinatoires.

– Le quatrième cas est celui d'un patient suivi pour trouble de l'adaptation sur une personnalité antisociale et qui promulgue le fait que c'est un blessé de la révolution et a cousu sa bouche revendiquant ses droits.

*Conclusion* : Les malades mentaux font partie de cette population qui s'est révoltée et ont fortement fait parler d'eux en post-révolution. La symptomatologie clinique s'est modifiée et s'est imprégnée de la thématique politique, les modalités évolutives ont également changé ce qui oblige les thérapeutes à prendre en compte les différents événements de la scène politique en post-révolution dans la prise en charge de ces patients.

**PO 535**  
**PSYCHIATRIE ET CROYANCES TRADITIONNELLES**  
**AU MAROC : UN BRAS DE FER PERPÉTUEL**

I. SAKR, Z. ENNACIRI, I. ADALI, F. MANOUDI, F. ASRI

*Équipe de recherche pour la santé mentale, Service Universitaire Psychiatrique, CHU Mohamed VI, MARRAKECH, MAROC*

Dans les pays du tiers-monde, la psychiatrie n'est que le parent pauvre de la médecine. Les pathologies mentales continuent par ailleurs à être largement prises en charge par les croyances et les pratiques héritées de la religion et de la culture locales.

*Objectifs* : – Évaluer la fréquence des patients ayant recours à ces moyens traditionnels.

- Rechercher ces croyances et le degré d'adhésion à celles-ci.
- Exposer les causes de cette orientation.
- Situer ces pratiques par rapport à la psychiatrie.

*Méthode* : C'est une étude transversale à visée descriptive, réalisée sur 100 patients hospitalisés ou consultant au Service Universitaire Psychiatrique du CHU Mohamed VI de Marrakech. L'outil de travail est un hétéro-questionnaire adressé aux patients et à leurs familles qui, à travers des données sociodémographiques et cliniques, définit le profil de malades ayant recours aux thérapies traditionnelles, expose les moyens les plus courants et leur place par rapport à la psychiatrie.

*Les résultats* préliminaires montrent que le recours à ces pratiques reste important puisque 59 % des patients ont eu recours aux thérapeutiques traditionnelles pour la maladie mentale en cours. L'âge moyen de ces patients est de 27 ans. Le niveau d'instruction des patients ayant recours à cela est le plus souvent bas : primaire dans 61,01 % des cas, 47,45 % sont sans travail et seulement 1,69 % bénéficie de la Sécurité sociale. Ils viennent surtout du milieu rural (64,4 %). Ils se rendent dans la majorité des cas chez le fqih (94,9 %) qui leur prescrit comme traitement le coran et « l'eau du coran » (100 %) suivi par l'achab (5 % des cas). Pour les 41 % n'ayant jamais consulté un thérapeute traditionnel optent plutôt pour une explication scientifique de la maladie mentale mais dans 17,07 % des cas comptent y avoir recours un jour. Ces patients consultent un psychiatre en début de la maladie dans 73,13 % des cas. Ceux consultant un guérisseur traditionnel ont été adressés vers un psychiatre dans 48,78 % des cas. Ces résultats montrent une prise de conscience de la population puisqu'elles sont moins importantes que les chiffres retrouvés dans d'autres études dans notre pays où le dispositif psychiatrique est à un stade d'ébauche et où les traditions se perpétuent.

**PO 536**  
**L'ÉVOLUTION DES DEMANDES DE SOINS**  
**PSYCHIATRIQUES CHEZ LES DÉTENUS**  
**AVANT ET APRÈS LA RÉVOLUTION TUNISIENNE**

O. ZOUARI, A. BEN ROMDHANE, D. BECHEIKH, R. RIDHA

*Hôpital Razi, TUNIS, TUNISIE*

*Introduction* : La population carcérale est une population fragile, particulièrement en ce qui concerne la santé mentale. La prise en charge médicale, en particulier psychiatrique, des détenus pose des problèmes organisationnels et éthiques avec des intrications complexes entre les structures sanitaires, judiciaires mais également politiques.

*Objectif* : Nous nous proposons de comparer l'évolution des demandes de soins psychiatriques chez les détenus avant et après la révolution tunisienne.

*Méthodologie* : Il s'agit d'une étude rétrospective ayant comparé deux groupes de patients. Le premier groupe (G1) est constitué de détenus ayant été hospitalisés dans le service de psychiatrie médico-légale de l'hôpital Razi (Manouba, Tunisie) sous le mode d'office pour des soins psychiatriques durant la période de 21 mois après la révolution tunisienne. Le deuxième groupe (G2) comporte des détenus ayant été hospitalisés durant une période de 21 mois avant la révolution. Les données cliniques et sociodémographiques ont été recueillies sur une fiche préétablie. L'analyse statistique a été faite à l'aide du SPSS-18.

*Résultats* : Nous avons recensé 32 dossiers de détenus dont 20 appartenaient à g1 et 12 à G2 ( $p < 10^{-3}$ ). L'âge moyen dans le groupe G1 était de 28,50 ans et de 27,91 ans dans le groupe G2 ( $p = 0,79$ ). La durée moyenne d'hospitalisation était de 6,15 semaines dans le groupe G1 et de 4,83 semaines dans le groupe G2 ( $p = 0,68$ ). Le délai moyen entre l'installation des troubles et l'hospitalisation était de 3,35 semaines après la révolution et 2,25 semaines avant la révolution ( $p = 0,33$ ). Nous n'avons pas trouvé de différence significative au niveau du motif d'hospitalisation ni au niveau du diagnostic retenu selon le DSM-IV.

*Conclusion* : La demande de soins psychiatriques après la révolution semble avoir augmenté en nombre. Toutefois la nature de la demande en termes de motif d'hospitalisation et de diagnostic ne semble pas avoir changé. De même, la qualité des soins en termes de durée d'hospitalisation ne semble pas avoir changé. Cependant, d'autres études sur un échantillon de plus grande taille semblent nécessaires afin de généraliser nos résultats.

**PO 537**  
**ÉTUDE PROSPECTIVE ET PERDUS DE VUE.**  
**LE RÔLE DE L'INFIRMIÈRE DE RECHERCHE**

N. AITA, C. MAM-LAM-FOOK, D. WILLARD, M. KAZES, I. AMADO, M.O. KREBS

*CERC, SHU, CH Sainte-Anne, PARIS, FRANCE*

Afin de limiter au maximum les perdus de vue de l'étude prospective ICAAR (Influence du Cannabis sur les sujets À Risque), l'infirmière de recherche a dû déployer de nombreuses stratégies. Lorsqu'il n'a pas été possible de recontacter directement

les sujets par téléphone, il a été nécessaire de prendre contact avec leur famille, leur psychiatre ou leur médecin traitant (les sujets avaient autorisés ces contacts au moment de la signature du consentement éclairé).

L'infirmière de recherche a ainsi consacré une partie importante de son temps de travail à retrouver ces coordonnées puis à téléphoner aux personnes concernées. Les résultats de cette démarche ont été très bons puisque sur 60 sujets initialement perdus de vue, il a été possible d'en recontacter 53.

### **PO 538** **PRISE EN CHARGE DES MALADES MENTAUX** **À LIBREVILLE : LES DIFFÉRENTS CIRCUITS** **THÉRAPEUTIQUES**

R. DOPE KOUMOU, M. MBOUSSOU, F. MBUNGU MABIALA

*Centre National de Santé Mentale, LIBREVILLE, GABON*

Les croyances culturelles demeurent très vivaces dans la prise en charge des maladies mentales en Afrique et particulièrement au Gabon, d'où le recours éventuel à d'autres circuits thérapeutiques. C'est dans le but d'évaluer le parcours thérapeutique des patients, l'impact socioculturel dans le choix de ces différents circuits que ce travail a été réalisé à Libreville.

*Patients et méthodes* : Il s'agit d'une étude descriptive, prospective, menée du 1<sup>er</sup> juillet au 31 décembre 2006, sur les malades mentaux vus à l'Hôpital psychiatrique de Melen (Libreville). Les variables démographiques et socioculturelles enregistrées ont été analysées avec les tests de Chi carré et de Fisher au seuil 5 % à l'aide du logiciel Epi info version 6.02.

*Résultats* : Nous avons colligé 170 patients majoritairement de sexe féminin (54,7 %). La tranche d'âge de 30 à 44 ans était statistiquement la plus touchée ( $p = 0,01$ ). Les patients étaient célibataires (69,4 %), sans profession (52,4 %) et de religion chrétienne (75,9 %). La plupart de nos patients ont eu recours à la médecine traditionnelle africaine (57,1 %) et/ou aux églises de réveil (32,4 %). Les motivations du choix du circuit sont liées aux croyances culturelles dans la majorité des cas (88,8 %).

*Discussion-conclusion* : Il découle de cette étude, la présence encore vivace de nos croyances socioculturelles dans le choix des circuits de soins comme nous le montrent certaines études africaines.

*La prise en charge est assurée par trois circuits* : la médecine traditionnelle africaine, l'église de réveil et la médecine conventionnelle. Certains itinéraires qualifiés d'aventure thérapeutique mettent en jeu la famille qui est l'instance décisionnelle en cas de maladie.

**Mots clés** : *Circuits thérapeutiques ; Libreville ; Malades mentaux.*

### **PO 539** **LES RÉPERCUSSIONS PSYCHOLOGIQUES** **DE L'ACNÉ CHEZ LES ADOLESCENTS**

A. LABBÈNE (1), S. BOUHLEL (2), I. LABBÈNE (3),  
I. BEN OSMEN (3)

*(1) Hôpital Razi, LA MANOUBA, TUNISIE*

*(2) Service de Psychiatrie, Hôpital Farhat Hached, SOUSSE, TUNISIE*

*(3) Service de Dermatologie, La Rabta, TUNIS, TUNISIE*

*Introduction* : L'acné est une maladie inflammatoire chronique et multifactorielle du follicule pilo-sébacé. Elle affecte plus de 80 % de la population à un moment donné dans leur vie. Cependant, cette affection est plus fréquente à la puberté et à l'adolescence, période psychologiquement instable lorsque les adolescents auront à développer leur confiance en soi et des habiletés sociales. L'acné touche principalement les sites difficiles à cacher, ce qui provoque les cicatrices disgracieuses et donc un changement profond perçu en apparence. Tous ces facteurs peuvent conduire à des effets négatifs sur l'état psychosocial des adolescents concernés par cette pathologie.

*Objectifs* : L'objectif de ce travail était d'évaluer l'impact psychosocial de l'acné chez une population d'adolescents.

*Méthodologie* : Nous avons effectué une étude transversale au service de dermatologie de l'hôpital La Rabta de Tunis sur une période de 6 mois allant du mois de mars 2011 au mois d'août 2011. Ont été inclus tous les patients qui ont développé l'acné entre l'âge de 10 et 18 ans. Une mesure objective de la gravité clinique de l'acné a été évalué par le « ECLA » scale (Échelle d'évaluation de la sévérité de l'acné) spécifiquement conçu pour être utilisé par des praticiens dermatologues. La détresse psychologique a été évaluée en utilisant le General Health Questionnaire (GHQ-12) et l'Inventaire de dépression de Beck (Questionnaire abrégé de Beck à 13 items).

*Résultats* : Notre population était composée de 50 adolescents répartis selon le sexe comme suit : 38 femmes (76 %) et 12 hommes (24 %). L'acné était de sévérité légère à modérée chez 60 % des patients. Environ 65 % de nos patients ont montré des scores élevés de dépression au questionnaire de Beck. Les scores élevés de détresse psychologique et de dépression étaient corrélés avec un début précoce de l'acné, l'utilisation de produits cosmétiques, la présence de pustules comme des lésions inaugurales et une séborrhée sévère.

*Conclusions* : Notre étude montre une prévalence élevée de détresse psychologique chez les patients atteints d'acné et surtout parmi ceux qui ont eu un début précoce de la maladie sous forme pustuleuse.

# INDEX DES AUTEURS

*Les chiffres renvoient aux numéros des résumés des communications et des posters*

## A

AABBASSI B. PO 100, PO 108, PO 369, PO 374  
AALOUANE R. PO 015, PO 017, PO 036, PO 037, PO 038, PO 071,  
PO 072, PO 076, PO 077, PO 088, PO 393, PO 397, PO 434,  
PO 501, PO 503  
ABBES M. PO 040, PO 142, PO 406, PO 416, PO 417, PO 465  
ABBES Z. CO 06, PO 091, PO 353, PO 357, PO 358, PO 360,  
PO 362, PO 373, PO 379  
ABDEL GHAFFAR W. PO 200, PO 221, PO 388, PO 389, PO 390,  
PO 203, PO 450, PO 505  
ABELKASSEM L. PO 170  
ABESS Z. PO 342  
ABID N. PO 418  
ABILKASSEM H. PO 027, PO 049, PO 050  
ACHECHE H. PO 126  
ADALI I. PO 056, PO 057, PO 100, PO 108, PO 110, PO 128,  
PO 174, PO 252, PO 253, PO 369, PO 374, PO 535  
ADHAM S. PO 463  
AIOUEZ K. PO 004, PO 013, PO 157, PO 158, PO 215, PO 242,  
PO 385, PO 430  
AISSA A. PO 227  
AIT OURHOUI M. PO 109  
AITA N. PO 537  
ALAVAREZ J. PO 461  
ALLOULOU J. PO 092, PO 424  
AMADO I. CO 06, PO 125, PO 220, PO 250, PO 262, PO 263,  
PO 264, PO 265, PO 267, PO 537  
AMAMI O. PO 092, PO 424  
AMAMOU B. PO 026, PO 042, PO 046, PO 080, PO 185, PO 186,  
PO 244, PO 268, PO 317, PO 321, PO 328, PO 341, PO 400,  
PO 448, PO 449  
AMARIEI A. PO 123  
AMINE A. PO 276, PO 526, PO 530  
AMIOT A. PO 081  
AMIRAT H. PO 470  
AMMAR H. PO 148  
AMRI H. PO 330  
ANDRÉOLI L. CO 13  
ANDRUETAN Y. PO 326  
ANES I. PO 107, PO 318, PO 410  
ANSSEAU M. PO 120, PO 154  
AOUADI A. PO 391  
AOUEM K. PO 449  
APPART A. PO 459  
APTER G. PO 344  
ARFAOUI S. PO 024, PO 082, PO 168, PO 187, PO 188, PO 206,  
PO 231, PO 233, PO 307, PO 320, PO 386, PO 409, PO 511

ARNAUD C. PO 464  
ARNAUD R. PO 209, PO 211, PO 212  
ASRI F. PO 056, PO 057, PO 100, PO 108, PO 110, PO 128,  
PO 174, PO 252, PO 253, PO 369, PO 374, PO 535  
ASSELAH F. PO 029  
ASSOULINE M. PO 471  
ASSRI F. PO 027, PO 049, PO 050  
ATALLAH M.R. PO 514  
AUBY P. PO 348  
AUCLAIR C. PO 392  
AUDENAERT K. PO 216  
AUGENDRE-FERRANTE B. PO 240  
AUQUIER P. PO 235  
AURAY A. PO 466  
AUXIETTE C. PO 137  
AWAD H. PO 483  
AYADI A. PO 204, PO 529, PO 531  
AYADI H. PO 256  
AYADI H. PO 283, PO 299, PO 367, PO 370, PO 371, PO 376,  
PO 377, PO 378  
AYOUB A. PO 418  
AZORIN J.M. PO 205, PO 429  
AZOUZ M.A. PO 095, PO 097  
AZZAQUI S. PO 276, PO 526, PO 530  
AZZEDDINE R. PO 074

## B

BAÂTI I. PO 256, PO 426  
BAATOUT A. PO 030, PO 059, PO 104, PO 527  
BAGNATI P. PO 478  
BAHLOUL Z. PO 009, PO 401, PO 417, PO 425, PO 532  
BAHRINI L. PO 525  
BAÏS C. CO 08  
BAKALEM M. PO 457  
BALDACCI C. PO 346  
BALERIAUX D. CO 07  
BALZANI C. PO 183, PO 429, PO 493  
BANNOUR A.S. PO 127, PO 133, PO 146, PO 219, PO 335,  
PO 414, PO 432, PO 462, PO 500, PO 502  
BANNOUR N. PO 047, PO 048, PO 196, PO 284, PO 322, PO 404  
BARAKAT A. PO 277  
BARCELO L. PO 304  
BARDET J. PO 433  
BARDOT E. PO 271  
BARRAULT L. CO 10  
BARRE C. PO 175  
BARRIMI M. PO 071, PO 072, PO 393

BARTHOD V. PO 507  
 BATAIL J.M. PO 241  
 BAYLE F.J. PO 140  
 BEAUCOUSIN V. CO 09  
 BEAUVERIE P. PO 455, PO 456  
 BECHEIKH D. PO 051, PO 247, PO 259, PO 484, PO 495,  
 PO 496, PO 499, PO 523, PO 536  
 BEDIRA N. PO 209, PO 211, PO 212  
 BEHEREC L. PO 476  
 BÉJI R. PO 105, PO 151, PO 204, PO 529, PO 531, PO 534  
 BEKAERT J. PO 296  
 BEKKOUCHE A. PO 115, PO 324, PO 382  
 BEL ARBI A. PO 043, PO 310, PO 312, PO 479  
 BÉLAID A. PO 029  
 BELBACHIR S. PO 041, PO 106, PO 113, PO 207, PO 286,  
 PO 380, PO 526, PO 530  
 BELDI I. PO 075, PO 096, PO 258  
 BELGHAZI D. PO 171  
 BELHACHMI A. PO 007, PO 023, PO 222, PO 278, PO 293,  
 PO 454, PO 528  
 BELHADJ A. PO 090, PO 091, PO 342, PO 351, PO 353, PO 357,  
 PO 373  
 BELHAJ A. PO 358, PO 360, PO 362, PO 379  
 BELKAHLA N. PO 116  
 BELKHIRIA A. PO 061, PO 337, PO 411  
 BELLIVIER F. PO 209, PO 211, PO 212  
 BELZEAUX R. PO 183, PO 205  
 BEN AICHA H. PO 042, PO 167, PO 268, PO 273, PO 315  
 BEN AMMAR H. PO 086, PO 308, PO 368, PO 479, PO 402,  
 PO 515, PO 520, PO 521  
 BEN AMOR L. PO 003, PO 080, PO 134, PO 135, PO 185,  
 PO 186, PO 273, PO 315, PO 328, PO 400, PO 504, PO 513  
 BEN CHEIKH A. PO 051, PO 523  
 BEN CHEIKH C. PO 095, PO 246  
 BEN DALY M. CO 03  
 BEN ELKAROUI M. PO 092  
 BEN GHZAEIL I. PO 221, PO 388, PO 389, PO 390  
 BEN HADJ ALI B. PO 025, PO 103, PO 127, PO 135, PO 133,  
 PO 134, PO 146, PO 219, PO 335, PO 414, PO 432, PO 462,  
 PO 500, PO 502, PO 504, PO 514, PO 522  
 BEN HAOUALA S. PO 190, PO 191, PO 193  
 BEN HMIDA A. PO 322  
 BEN HOUIDI A. PO 024, PO 082, PO 098, PO 112, PO 114,  
 PO 168, PO 202, PO 206, PO 210, PO 237, PO 307, PO 320,  
 PO 511  
 BEN MAMI N. PO 116  
 BEN MARIEM H. PO 129, PO 340, PO 485, PO 486, PO 487  
 BEN MOHAMED B. PO 093, PO 165, PO 198, PO 199, PO 329,  
 PO 516  
 BEN MUSTAPHA M.A. PO 105, PO 529, PO 534  
 BEN NASR S. PO 025, PO 103, PO 127, PO 133, PO 134,  
 PO 135, PO 146, PO 219, PO 335, PO 414, PO 432, PO 462,  
 PO 500, PO 502, PO 504  
 BEN OSMEN I. PO 539  
 BEN ROMDHANE A. PO 025, PO 051, PO 103, PO 133, PO 247,  
 PO 259, PO 484, PO 500, PO 502, PO 523, PO 536  
 BEN ROMDHANE I. PO 329  
 BEN SALAH K. PO 105, PO 148, PO 151, PO 204, PO 330,  
 PO 529, PO 531, PO 534  
 BEN SALAH R. PO 425  
 BEN SALEM K. CO 10, PO 332, PO 483  
 BEN SOUSSIA B. PO 093  
 BEN SOUSSIA R. PO 198, PO 199, PO 475, PO 516  
 BEN THABET J. PO 008, PO 009, PO 085, PO 229, PO 256,  
 PO 299, PO 401, PO 418, PO 468, PO 508, PO 509  
 BEN YAHIA H. CO 06, PO 379  
 BEN YOUNES S. PO 045, PO 447  
 BEN YOUSSEF H. PO 062, PO 527  
 BENABBAS M. PO 280, PO 394, PO 458  
 BENADHIRA R. CO 12, PO 058  
 BENAICHA H. PO 107  
 BENAÏSSA M. PO 113, PO 228, PO 275  
 BENALI A. PO 170, PO 361  
 BENATMANE M.T. PO 034, PO 290  
 BENBRAHIM M. PO 036  
 BENCHEIKH C. PO 337, PO 411  
 BENDIOUIS L.K. PO 460  
 BENDIOUIS Y.S. PO 460  
 BENDJEMAA N. PO 265  
 BENELMOULOUD O. PO 280, PO 394, PO 458  
 BENHABILES S. PO 034  
 BENHEMLA D. PO 079  
 BENHIBA H. PO 109, PO 420  
 BENJELLOUN G. PO 381  
 BENNOUR A. PO 337, PO 411  
 BENNOUR N. PO 145  
 BENOIT E. PO 123  
 BENSALIDA M. PO 006  
 BENYAHIA M. PO 035  
 BENZIADA B. PO 242, PO 430  
 BERANECK M. PO 150  
 BERARD M. PO 021  
 BERGAOUI H. PO 064, PO 261, PO 332  
 BERGER-VERGIAT A. PO 492  
 BERHILI N. PO 017, PO 036, PO 501  
 BERNA F. PO 223, PO 224  
 BERRADA S. PO 323  
 BERRHILI N. PO 503  
 BERTHOZ S. PO 287  
 BESCHE-RICHARD C. PO 287  
 BICHRA M.Z. PO 023, PO 222, PO 293, PO 528  
 BILIK M. PO 441  
 BILLARD S. CO 05, PO 218, PO 301, PO 334  
 BIOY A. PO 270  
 BIREM M.A. PO 006  
 BLANCHARD L. PO 122  
 BLANCO C. PO 444, PO 469  
 BLANDIAUX T. PO 498  
 BLEHER S. PO 241  
 BLETON J.P. PO 220  
 BLUM M. PO 073  
 BO A.M. PO 303  
 BOBO J. PO 014  
 BOCHER R. PO 517  
 BOCQUET V. PO 120  
 BODON-BRUZEL M. CO 16  
 BOGEY S. PO 189  
 BOIRIE Y. PO 338  
 BONIN B. PO 132  
 BONNARDEL L. PO 446  
 BONNET E. PO 338  
 BONNET J. CO 05  
 BONNET-SUARD A. PO 316  
 BORA D. PO 303  
 BORGES DA SILVA V. PO 451  
 BOUAICHA H. PO 468  
 BOUANENE I. CO 10, PO 332, PO 483

- BOUANENE I. CO 10, PO 332, PO 483  
BOUASKER A. PO 043, PO 086, PO 282, PO 308, PO 310,  
PO 312, PO 445, PO 479  
BOUASSIDA M. PO 416  
BOUATTOUR Y. PO 317  
BOUAZIZ N. CO 12, PO 058  
BOUBAKER N. PO 080  
BOUBLAY N. PO 189  
BOUCHET J. PO 429  
BOUDABOUS J. PO 283  
BOUDAS R. PO 365  
BOUDEF M. PO 391  
BOUDEF N. PO 391  
BOUDEN A. CO 06, PO 091, PO 267, PO 282, PO 342, PO 351,  
PO 353, PO 357, PO 358, PO 360, PO 362, PO 373, PO 379  
BOUDRAI D. PO 350  
BOUGHAMMOURA L. PO 025  
BOUHLEL S. PO 134, PO 504, PO 522, PO 539  
BOUILLOT C. PO 020  
BOUJEMLA H. PO 169, PO 208, PO 239, PO 243, PO 330, PO 387,  
PO 407  
BOUKADIDA J. PO 219  
BOULEAU J.H. PO 164  
BOULEÇANE A. PO 115, PO 324  
BOULEDROUA A. PO 324, PO 382  
BOURBON N. PO 311  
BOURDEL M.C. PO 250  
BOURGEOIS V. PO 182  
BOURGOU S. PO 267  
BOURGUIGNON E. PO 456  
BOURVIS N. PO 405  
BOUSLAH S. PO 342  
BOUSQUET A. PO 441  
BOUSSAD D. PO 457  
BOUSSAID N. PO 354, PO 355, PO 356  
BOUSSETTA A. PO 066, PO 111, PO 126, PO 129, PO 260,  
PO 307, PO 340, PO 368, PO 386, PO 402, PO 409, PO 485,  
PO 486, PO 487, PO 520, PO 521  
BOUT A. PO 017, PO 503  
BOUZID R. PO 030, PO 059, PO 062, PO 104, PO 527  
BOYER L. PO 235  
BRAHA S. CO 12  
BRAHAM A. PO 025, PO 103, PO 500, PO 502  
BRAHAM O. PO 042, PO 124, PO 146, PO 166, PO 190, PO 191,  
PO 193, PO 442, PO 443, PO 513  
BRAHAM S. PO 352, PO 359  
BRAZO P. CO 09  
BREBANT C. PO 125  
BRICHA L. PO 171  
BRIERE M. PO 175, PO 474  
BRODIER P. PO 172  
BROUSSE G. PO 305  
BRUGIERE M.C. PO 435  
BRUN J. PO 305  
BUARD M. PO 346  
BURGOT G. PO 428, PO 433  
BURSZTEJN C. PO 364  
BYDŁOWSKI S. PO 344, PO 494
- C**
- CAILHOL L. PO 478  
CALLEBERT J. CO 15  
CALMEJANE C. PO 262  
CAMPION D. PO 333  
CANCEIL O. PO 262  
CARPENTIER D. PO 122  
CARRÉ A. PO 287  
CATRIN E. PO 156  
CEBE G. PO 441  
CERMOLACCE M. PO 183, PO 429  
CHAABANE A. PO 449  
CHAABANE I. PO 043, PO 282, PO 308, PO 312, PO 445, PO 515  
CHAABOUNI H. PO 116  
CHAACHOUI M. PO 044, PO 078, PO 170, PO 361, PO 398,  
PO 491  
CHAHRAOUI K. PO 270  
CHAIB C. PO 278, PO 286, PO 375, PO 419, PO 454  
CHAIEB N. PO 379  
CHAILLOU F. PO 488  
CHALMENDRIER C. PO 507  
CHAMBON P. PO 333  
CHAMBRES P. PO 137  
CHAMPAGNE M. PO 250  
CHANNOUFI L. PO 047, PO 048, PO 196, PO 284, PO 322,  
PO 404  
CHARBIT P. PO 094  
CHARFEDDINE F. PO 092, PO 424  
CHARFI F. PO 090, PO 091, PO 342, PO 353, PO 357, PO 358,  
PO 360, PO 362, PO 373, PO 379  
CHARFI N. PO 008, PO 009, PO 085, PO 187, PO 188, PO 197,  
PO 229, PO 231, PO 233, PO 237, PO 299, PO 362, PO 401,  
PO 468, PO 508, PO 509  
CHARFI S. PO 087, PO 169, PO 243, PO 387, PO 407  
CHARLES E. PO 297  
CHARRADI S. PO 055, PO 390, PO 505  
CHARTIER F. PO 240  
CHAUVELIN L. PO 492  
CHAUVET-GÉLINIER J.C. PO 132  
CHEDLY Z. PO 449  
CHEKROUN M. PO 461  
CHENNOUFI L. PO 018, PO 039, PO 102, PO 169, PO 173,  
PO 208, PO 239, PO 243, PO 407, PO 413, PO 415, PO 467,  
PO 481, PO 506  
CHEOUR M. PO 018, PO 039, PO 047, PO 102, PO 169, PO 173,  
PO 048, PO 196, PO 208, PO 239, PO 243, PO 284, PO 322,  
PO 404, PO 407, PO 413, PO 415, PO 467, PO 506  
CHERAITIA E. PO 507  
CHERIAA A. PO 273  
CHERIF L. PO 367, PO 370, PO 371  
CHERIF W. PO 018, PO 039, PO 047, PO 048, PO 102, PO 169,  
PO 173, PO 208, PO 239, PO 243, PO 284, PO 407, PO 413,  
PO 415, PO 467, PO 481, PO 506  
CHÉRIF Y. PO 009, PO 401  
CHERIKH F. PO 488  
CHERRIH B. PO 385  
CHHOUMI M. PO 042, PO 124, PO 166, PO 201, PO 230,  
PO 232, PO 442, PO 443, PO 513  
CHIHANI R. PO 051, PO 089, PO 368, PO 402, PO 520, PO 521,  
PO 523  
CHINET T. PO 396  
CHOFFEL J.M. PO 507  
CHORFI W. PO 391  
CHOUBROUMAH A. PO 079  
CHRIF L. PO 376, PO 377  
CHRIF W. PO 196, PO 322, PO 404  
CLERVOY P. PO 225  
COFFIN C. PO 081  
COLLANGE J. PO 294

CONSOLI S. PO 396  
 CONTEJEAN Y. PO 264  
 CORCOS M. PO 084  
 CORREARD N. PO 205  
 COSTEMALE-LACOSTE J.F. PO 149  
 COUDERC E. PO 297  
 COULIBALY B. PO 119  
 COURREGE C. PO 444, PO 469  
 COURTET P. CO 08, PO 366  
 COURTOIS A.C. PO 350  
 COUSSINOX S. PO 032  
 CROQUETTE P. CO 14  
 CROS C. PO 428  
 CUERVO-LOMBARD C. PO 223, PO 224  
 CUSSOT-CHARPENTIER S. PO 473, PO 478

**D**

D'AMATO T. PO 189  
 DADI G. PO 255  
 DAGRADA H. PO 192, PO 510  
 DALLAGI L. PO 061  
 DAMAK R. PO 187, PO 342  
 DAMMAK A. PO 262  
 DAMMAK H. PO 299  
 DAMMAK R. PO 424  
 DANEL T. PO 123  
 DANION A. PO 365  
 DANION J.M. PO 223, PO 224  
 DANY L. PO 294  
 DAVENAS E. PO 153  
 DE BEAUREPAIRE R. CO 13  
 DE BRITO S. CO 07  
 DE CHAZERON I. PO 305  
 DE MARICOURT P. PO 150  
 DE NICHOS E. PO 304  
 DEBIONNE S.C. PO 364  
 DEGUIGNE F. PO 130  
 DEL VALLE E. PO 408  
 DELAFOND P. PO 408  
 DELBREIL A. PO 519  
 DELISLE M.H. PO 384  
 DELLAGI L. CO 03, PO 069, PO 226, PO 236, PO 313, PO 422,  
 PO 482, PO 497  
 DEMYTTENAERE K. PO 138  
 DENES D. PO 175, PO 474  
 DEPAUW Y. PO 383  
 DERBEL I. CO 03, PO 069, PO 089, PO 217, PO 226, PO 236,  
 PO 313, PO 422, PO 482, PO 497  
 DEROST P. PO 392  
 DEROUICHE S. PO 066, PO 129, PO 340, PO 485, PO 486, PO 487  
 DERVAUX A. PO 255, PO 298, PO 327, PO 463, PO 517  
 DESCHIETERE G. PO 213  
 DESCOUT J. PO 456  
 DESORMEAUX C. PO 153  
 DETRAUX J. PO 216  
 DEVAUX D. PO 137  
 DHIFALLAH I. PO 244, PO 317  
 DIALLO T. PO 119, PO 162  
 DIDI ROY R. PO 005  
 DILLENSCHNEIDER A. PO 209, PO 211, PO 212  
 DION A. PO 338  
 DJEBBI R. PO 047, PO 048, PO 145, PO 196, PO 284, PO 404,  
 PO 415  
 DJILI N. PO 430

DOLIGEZ N. PO 178, PO 427  
 DOLLFUS S. CO 09  
 DONATE C. PO 274  
 DOPE KOUMOU R. PO 538  
 DOREY J.M. PO 189  
 DOUFIK J. PO 007, PO 053, PO 106, PO 113  
 DOUKI W. PO 003, PO 185, PO 186, PO 201, PO 244, PO 317,  
 PO 400  
 DOYEN C. PO 264  
 DRAI D. PO 452  
 DRAPIER D. PO 241  
 DRIDI A. PO 105, PO 151, PO 529  
 DRIDI S. PO 514  
 DUBERTRET C. PO 139  
 DUBOIS O. PO 435  
 DUCHER J.L. PO 131, PO 159  
 DUCROIX C. PO 214  
 DUFOUR N. PO 466  
 DUMAIS A. PO 163  
 DURIF F. PO 392  
 DUROY D. PO 476  
 DUTRAY B. PO 345  
 DUVAL F. PO 249

**E**

ECHHOUMI M. PO 268  
 EDHIF S. PO 095, PO 097, PO 246, PO 411  
 EDOU D. PO 333  
 EJJAKI L. PO 276, PO 526, PO 530  
 EL AMMOURI A. PO 245  
 EL AMRANI M. PO 035  
 EL AYOUBI K. PO 522  
 EL AYOUBI IDRISSE K. PO 397  
 EL FAROUKI R. PO 035  
 EL HECHLI Z. PO 389  
 EL HECHMI S. PO 055, PO 251  
 EL HECHMI Z. PO 055, PO 200, PO 221, PO 388, PO 390, PO 505  
 EL HOUARI F. PO 503  
 EL JARRAFI R. PO 041, PO 054, PO 272, PO 306  
 EL KEFI H. PO 095, PO 097, PO 116, PO 246  
 EL KISSI Y. PO 025, PO 127, PO 133, PO 146, PO 219, PO 335,  
 PO 414, PO 432, PO 462, PO 500, PO 502, PO 522  
 EL MAHFOUDI I. PO 073, PO 094  
 EL MAJDOUB H. PO 319  
 EL MANOUDI F. PO 100, PO 369, PO 374  
 EL MERROUNI A. PO 419  
 EL MOHSNI B. PO 116  
 EL OMARI F. PO 054, PO 306, PO 319  
 ELANES I. PO 273, PO 315  
 ELAOUED S. PO 417  
 ELGHARBI I. PO 230, PO 232  
 ELHAJ KHLIFA M. PO 107, PO 318, PO 410  
 ELHECHMI Z. PO 203, PO 450  
 ELJARRAFI R. PO 053, PO 207  
 ELKADIRI M. PO 041, PO 054, PO 136, PO 207, PO 272, PO 275,  
 PO 306  
 ELKEFI H. PO 411  
 ELKHOLY O. PO 117  
 ELLEUCH M. PO 468, PO 468  
 ELLINI S. PO 018, PO 039, PO 047, PO 048, PO 089, PO 105,  
 PO 112, PO 148, PO 151, PO 173, PO 196, PO 204, PO 284,  
 PO 322, PO 330, PO 404, PO 467, PO 481, PO 506, PO 529,  
 PO 531, PO 534  
 ELLOUDI H. PO 002

- ELLOUMI H. PO 080, PO 386  
 ELLOUMI M. PO 378  
 ELLOUZE F. PO 105, PO 112, PO 114, PO 148, PO 151, PO 204,  
 PO 210, PO 330, PO 529, PO 531, PO 534  
 ELLOUZE S. PO 092  
 ELMOUEFFEQ A. PO 007, PO 041, PO 053, PO 106, PO 272,  
 PO 275, PO 306  
 ELOMARI F. PO 053, PO 099, PO 300  
 EMIREL HASSANI H. PO 074  
 ENNACIRI Z. PO 011, PO 108, PO 110, PO 128, PO 174, PO 253,  
 PO 535  
 ENNAKR I. PO 136, PO 184, PO 228, PO 300, PO 349  
 ENNAOUI R. PO 141, PO 147, PO 368, PO 520, PO 521  
 EON A. PO 326  
 ERRADI H. PO 057, PO 128, PO 174  
 ESCH P. PO 120  
 ESSID N. PO 167, PO 329, PO 336  
 ESTINGOY P. PO 121, PO 189, PO 466  
 ETAIN B. PO 205  
 ETIENNE E. CO 12  
 EUCHI L. PO 111, PO 126, PO 260  
 EZZAHER A. PO 003, PO 185, PO 186, PO 201, PO 244, PO 400
- F**
- FABRE D. PO 189  
 FACEBD . PO 205  
 FAGET-AGIUS C. PO 235  
 FAKRA E. PO 429  
 FALISSARD B. CO 15, PO 517  
 FARES N. PO 309, PO 314  
 FARHAT I. PO 098, PO 112, PO 114, PO 195, PO 197, PO 202,  
 PO 210, PO 237  
 FARISSE J. PO 451, PO 452, PO 453  
 FATTAH S. PO 249  
 FAUGERE M. PO 183, PO 429  
 FEKI I. PO 040, PO 065, PO 142, PO 248, PO 406, PO 416,  
 PO 465, PO 518, PO 524, PO 532  
 FEKI M. PO 402  
 FEKI R. PO 509  
 FEKIH-ROMDHANE F. PO 045, PO 075, PO 145  
 FELDER S. PO 302, PO 303  
 FENOGLIO C. PO 137  
 FILALI A. PO 402  
 FILIPOVICS A. PO 209, PO 211, PO 212  
 FLAUDIAS V. PO 137, PO 305  
 FOND-HARMANT L. PO 120  
 FONTAINE P. PO 383  
 FONTANIER D. PO 180  
 FORT E. PO 121  
 FOUAD I. PO 380  
 FOURNEL V. PO 271  
 FOURNIS G. PO 175, PO 474  
 FRAJERMAN A. PO 261  
 FRANCK N. PO 194  
 FRECHON S. PO 350  
 FREUND E. PO 153  
 FRIKHA A. PO 352  
 FRIKHA F. PO 417, PO 425, PO 532
- G**
- GACON A. PO 466  
 GADDOUR N. PO 352, PO 354, PO 355, PO 356, PO 359  
 GADEL R. PO 250  
 GAHA L. PO 003, PO 026, PO 042, PO 046, PO 080, PO 107,  
 PO 185, PO 186, PO 201, PO 230, PO 232, PO 244, PO 268,  
 PO 273, PO 315, PO 317, PO 318, PO 321, PO 328, PO 341,  
 PO 352, PO 359, PO 400, PO 410, PO 442, PO 443, PO 448,  
 PO 449, PO 513  
 GAILLARD A. PO 081, PO 139  
 GAILLARD R. PO 010, PO 028, PO 081, PO 150, PO 220,  
 PO 262, PO 250, PO 263, PO 264, PO 031, PO 446  
 GALLALI S. PO 095, PO 097, PO 116, PO 246, PO 337, PO 411  
 GALLAND F. PO 392  
 GALLARDA T. CO 01, PO 019, PO 032, PO 250, PO 423  
 GARAT J. PO 303  
 GARD S. PO 194  
 GARRE J.B. PO 175, PO 474  
 GARRIGUET P. PO 456  
 GASSAB L. PO 190, PO 191, PO 193, PO 230, PO 232, PO 318,  
 PO 410, PO 341  
 GASSARA I. PO 418  
 GASSIM S. PO 023, PO 293  
 GATHERIAS F. CO 16  
 GAUDONEIX M. CO 13, PO 455  
 GAULT C. PO 156  
 GAUTHIER C. CO 15  
 GAY A. CO 05, PO 218, PO 301, PO 334  
 GAY O. PO 028, PO 031, PO 265  
 GEENEN V. PO 154  
 GEERTS P. PO 216  
 GENET C. PO 350  
 GENET J. PO 364  
 GÉNIN C. PO 298  
 GEORGE A. PO 274  
 GEORGESCU A. PO 068  
 GEORGET S. PO 020  
 GÉRARD S. PO 240  
 GERBER R. PO 364  
 GHACHEM R. PO 043, PO 086, PO 282, PO 308, PO 310,  
 PO 312, PO 445, PO 479, PO 482, PO 515, PO 523  
 GHARBI M. PO 018, PO 039, PO 208, PO 239, PO 506  
 GHARBI M. PO 102, PO 413, PO 415  
 GHATTASSI Z. PO 134, PO 135, PO 146, PO 462, PO 504  
 GHEORGHIEV C. PO 156  
 GHRIBI F. PO 283, PO 367, PO 371 PO 370, PO 376, PO 377,  
 PO 378  
 GIACARDY P. PO 429  
 GIERSKI F. PO 287  
 GIGNOUX-FROMENT F. PO 101, PO 412  
 GIORDANA B. PO 488  
 GNAICHIA C. PO 102, PO 413, PO 415  
 GODART N. CO 15  
 GODENIR F. PO 216  
 GODET J.A. PO 094  
 GOFFINET S. PO 279  
 GOHIER B. PO 175, PO 474  
 GOLDENBERG A. PO 333  
 GOLSE B. PO 344  
 GORIN C. PO 225  
 GOURANI M.E. PO 023  
 GRANDIDIER J. PO 302, PO 303  
 GRAS-VINCENDON A. PO 364  
 GRAZ B. PO 234  
 GREGOIRE D. PO 021  
 GROHENS M. PO 517  
 GROLLEMUND B. PO 365  
 GROSSELIN A. PO 218, PO 334



GUEDENEY A. PO 365  
 GUEDRIA A. PO 352, PO 359  
 GUERMANI M. PO 310, PO 445  
 GUEROUAZ N. PO 109, PO 420  
 GUILIANO E. PO 010, PO 019, PO 423  
 GUILLAUME R. PO 383  
 GUILLIN O. CO 11, PO 182, PO 333  
 GUIRAUD V. PO 019  
 GUITTENY M. PO 427  
 GUT A. PO 264  
 GUYE M. PO 235  
 GZARA KALLEL A. PO 185, PO 186, PO 400

**H**

HACQUES E. PO 209, PO 211, PO 212  
 HADHRI I. PO 090, PO 091, PO 353, PO 357, PO 358, PO 360  
 HADJ AMMAR M. CO 10, PO 093, PO 167, PO 198, PO 199,  
 PO 332, PO 483  
 HADJ SELEM M. PO 087, PO 169, PO 243, PO 407  
 HADJKACEM I. PO 283, PO 367, PO 370, PO 371, PO 376,  
 PO 377, PO 378  
 HAJ MOUHAMED D. PO 003, PO 185, PO 186, PO 244, PO 317,  
 PO 400  
 HAJERI S. CO 03, PO 069, PO 217, PO 226, PO 236, PO 313,  
 PO 422, PO 482, PO 497  
 HAJJI K. PO 167, PO 476  
 HAJRI M. PO 091, PO 353, PO 357, PO 373  
 HALAYEM M.B. PO 090, PO 091, PO 342, PO 351, PO 353,  
 PO 357, PO 362  
 HALAYEM S. PO 090, PO 091, PO 267, PO 282, PO 342, PO 351,  
 PO 353, PO 357, PO 358, PO 360, PO 362, PO 373, PO 379  
 HALIMI J. PO 010, PO 012  
 HALLAB B. PO 323  
 HALOUI N. PO 030, PO 063, PO 104, PO 152, PO 527  
 HAMI H. PO 083, PO 119, PO 162  
 HAMMAMI M. PO 351, PO 357, PO 373  
 HAMMAMI R. PO 055, PO 505  
 HAMMAMI S. PO 026, PO 046, PO 448  
 HAMZA M. PO 416  
 HAMZA M. CO 06, PO 358  
 HAMZAOUI S. PO 061  
 HANDOUS N. PO 442  
 HANDOUS N. PO 443  
 HANNACHI N. PO 219  
 HANROT A. PO 473, PO 478  
 HAOUA R. PO 024, PO 168, PO 236, PO 313  
 HARBAOUI A. PO 090, PO 360  
 HARRATHI A. PO 090, PO 353, PO 360, PO 373, PO 379  
 HARTMANN A. PO 392  
 HASSAM B. PO 109, PO 420  
 HASSAN F. PO 175, PO 474  
 HASSINE H. PO 075, PO 096, PO 258  
 HASSINE R. PO 166  
 HASSLER C. CO 15  
 HCHICHA J. PO 008, PO 085  
 HECHMI S. PO 052, PO 200, PO 203, PO 388, PO 450  
 HÉDOUIN-LANDEL V. PO 327  
 HELLARA I. PO 244  
 HENRY C. PO 205  
 HERGUETA T. PO 435  
 HFAIEDH S. PO 529  
 HIDAR S. PO 522  
 HIKMAT W. PO 011, PO 056, PO 108, PO 110, PO 253, PO 369  
 HIZEM O. PO 026

HLAL H. PO 015, PO 017, PO 036, PO 038, PO 071, PO 072,  
 PO 077, PO 088, PO 393, PO 434  
 HOCINE H. PO 403, PO 470  
 HODÉ Y. CO 04, PO 249  
 HOMRI W. PO 045, PO 075, PO 089, PO 096, PO 227, PO 258,  
 PO 447, PO 525  
 HOUA R. PO 206  
 HOUADEF N.I. PO 391  
 HOUSSANI K. PO 129, PO 340, PO 485, PO 486, PO 487  
 HSSINE R. PO 124  
 HUBAIN P. PO 192, PO 512  
 HULO N. PO 408

**I**

ID BARKA S. PO 277, PO 319, PO 380  
 IHAMOUINE D. PO 451  
 INNAOUI R. PO 155  
 ISSAD M.S. PO 029  
 IYAPAH P. PO 303

**J**

JAAFARI N.J. PO 281  
 JACQUES D. PO 288  
 JALENQUES I. PO 137, PO 392  
 JALLOULI I. PO 018, PO 039, PO 089, PO 173, PO 467, PO 506  
 JALLOULI M. PO 009, PO 401  
 JALOULI S. PO 283  
 JANTZI C. PO 331  
 JANUEL D. CO 12, PO 058  
 JAOUA A. PO 040, PO 065, PO 142, PO 248, PO 406, PO 416,  
 PO 417, PO 425, PO 426, PO 465, PO 518, PO 524, PO 532  
 JAVELOT T. PO 302, PO 303  
 JAVELOT H. PO 020, PO 021, PO 302, PO 303  
 JAY N. PO 441  
 JAY T. PO 150, PO 153, PO 533  
 JEDIDI S. PO 525  
 JEGU J. PO 365  
 JELASSI F. PO 200, PO 254  
 JELLOULI W. PO 099, PO 113, PO 286, PO 319, PO 375  
 JLASSI F. PO 221, PO 389  
 JOFFROY A. CO 08  
 JOHNSON I. CO 03, PO 061, PO 226, PO 236, PO 313, PO 482,  
 PO 497  
 JOLLANT F. CO 01, PO 130, PO 163  
 JOMLI R. PO 024, PO 052, PO 082, , PO 098, PO 141, PO 143,  
 PO 144, PO 147, PO 155, PO 168, PO 187, PO 188, PO 195,  
 PO 197, PO 202, PO 206, PO 231, PO 233, PO 251, PO 320,  
 PO 477, PO 511  
 JORION S. PO 466  
 JOUINI F. PO 097 , PO 246  
 JOVER F. PO 488  
 JRIDETTE S. PO 111, PO 126, PO 260

**K**

KAANICH K. PO 477  
 KABBAJ D. PO 035  
 KACHA F. PO 157, PO 158, PO 181, PO 215, PO 242, PO 292,  
 PO 311, PO 457  
 KADIRI M. PO 184  
 KADRI N. PO 323  
 KANIT M. PO 292  
 KARDACHE F. PO 014, PO 440, PO 441  
 KARILA L. PO 161, PO 295

- KASOUATI J. PO 491  
 KAVEC M. CO 07  
 KAZES M. PO 537  
 KAZOUR F. CO 11, PO 309, PO 314  
 KEITA H. PO 139  
 KEIZER I. CO 14  
 KELLOU A. PO 490  
 KERKENI N. PO 166  
 KERN L. PO 304  
 KETTANI N. PO 015, PO 038, PO 071, PO 072, PO 076, PO 088, PO 434  
 KHAIRI H. PO 522  
 KHALILI L. PO 277, PO 380  
 KHAN A.N. CO 14  
 KHANFIR A. PO 126  
 KHELAFI S. PO 501  
 KHELIFA E. PO 129, PO 340, PO 370, PO 485, PO 486, PO 487  
 KHEMAKHEM K. PO 283, PO 367, PO 371, PO 376, PO 377, PO 378  
 KHENFIR A. PO 066  
 KHIAT M. PO 079  
 KHLAFA S. PO 037, PO 076  
 KISRA H. PO 245, PO 349, PO 375  
 KOLSI S. PO 367  
 KREBS M.O. PO 012, PO 019, PO 028, PO 031, PO 032, PO 125, PO 139, PO 220, PO 250, PO 255, PO 262, PO 263, PO 264, PO 265, PO 423, PO 533, PO 537  
 KRIR M.W. PO 080, PO 268, PO 321, PO 328, PO 341, PO 449  
 KRIR W. PO 042  
 KWIATKOWSKI F. PO 131, PO 159
- L**
- LABBENE A. PO 024, PO 168, PO 188, PO 313, PO 320, PO 386, PO 495, PO 496, PO 499, PO 539  
 LABBENE R. PO 045, PO 075, PO 089, PO 096, PO 227, PO 258, PO 447, PO 525  
 LABBÈNE I. PO 539  
 LABILLE J.P. CO 02  
 LABORDERIE S. PO 001  
 LABOUDI F. PO 222, PO 300, PO 349, PO 528  
 LACAMBRE M. CO 08, PO 366  
 LACHAL J. PO 347  
 LACHRAF H. PO 277  
 LAFFINTI M.A. PO 170  
 LAFORGUE E. PO 178  
 LAGDAS E. PO 257  
 LAGODKA A. PO 250  
 LAHLOU F. PO 016, PO 016, PO 072, PO 395, PO 395  
 LAHMAR M.A. PO 066, PO 155, PO 341, PO 477  
 LAJOYE A. PO 350  
 LAKHAL H. PO 200, PO 203, PO 447, PO 450  
 LAKHAL N. PO 095, PO 097, PO 116, PO 246, PO 337, PO 411  
 LALANNE C. PO 287, PO 344  
 LALLI A. PO 020  
 LANCON C. PO 235, PO 451, PO 452, PO 453  
 LANG F. CO 05, PO 218, PO 301, PO 334  
 LAPAGLIA V. PO 478  
 LAQUEILLE X. PO 292, PO 298, PO 327, PO 463, PO 517  
 LARBI N. PO 399  
 LASSOUED W. PO 024, PO 082, PO 168, PO 206, PO 320, PO 511  
 LAUNAY J.M. CO 15  
 LAURENT A. PO 270  
 LAVAL J. PO 014, PO 440, PO 441
- LAVERGNE F. PO 153, PO 339  
 LAZARTIGUES A. PO 471  
 LAZUTTES S. CO 08, PO 366  
 LE BORGNE P. PO 164  
 LE GALL D. CO 01  
 LE PEN G. PO 150, PO 533  
 LE RAY G. PO 350  
 LE STRAT Y. PO 139  
 LE VACON G. PO 182  
 LEBEAU M. PO 519  
 LECARDEUR L. CO 09  
 LEDUC C. PO 156  
 LEGAUFFRE C. PO 304  
 LEGRAND G. PO 137, PO 392  
 LEGROS J. PO 154  
 LEJOYEUX M. PO 161, PO 295  
 LELAURAIN S. PO 294  
 LEMAHIEUX A. PO 427  
 LEMOINE P. PO 140  
 LEVEN C. PO 428  
 LEVY F. PO 161, PO 295  
 LHUILLIER J.P. PO 130  
 LIMOSIN F. PO 517  
 LINDBERG P. PO 220  
 LLORCA P.M. PO 194, PO 209, PO 211, PO 212, PO 240, PO 305  
 LO MONACO G. PO 294  
 LODOVIGHI M.A. PO 060  
 LÔO H. PO 012, PO 081  
 LOUIS A. PO 125  
 LOZACHMEUR C. PO 241  
 LTAIEF F. PO 341  
 LTAIEF L. PO 127, PO 414, PO 462  
 LUCAS C. PO 304  
 LUKASIEWICZ M. PO 194  
 LUNACEK S. PO 325  
 LUPUYAU A. PO 298  
 LUZ R. PO 274
- M**
- M'RAD M.F. PO 105, PO 112, PO 114, PO 151, PO 210, PO 529, PO 531, PO 534  
 MÂALEJ M. PO 008, PO 009, PO 085, PO 229, PO 256, PO 299, PO 401, PO 418, PO 468, PO 508, PO 509  
 MAALEJ BOUALI M. PO 299  
 MAAMOURI N. PO 116  
 MAAMRI A. PO 087, PO 169, PO 243, PO 387, PO 407  
 MACHEFAUX S. PO 446  
 MAGES N. PO 464  
 MAHFOUDH H. PO 008, PO 085  
 MAHJOUB S. PO 026, PO 046, PO 448  
 MAHMOUD Y. PO 116  
 MAIER M. PO 220  
 MAÏGA A. PO 119, PO 162  
 MAILLEBUAU M. PO 466  
 MAILLOUX-STOHLER C.M. CO 14  
 MALET L. PO 392  
 MALLEK S. PO 376, PO 377, PO 378  
 MALLET L. PO 517  
 MAM-LAM-FOOK C. PO 263, PO 537  
 MAMI H. PO 059, PO 062, PO 104, PO 141, PO 143, PO 144, PO 147, PO 148, PO 527  
 MANDELBROT L. PO 139  
 MANGIN A. PO 020  
 MANNAI J. PO 133, PO 335, PO 432, PO 514

MANOUDI F. PO 056, PO 057, PO 108, PO 110, PO 128, PO 174,  
 PO 252, PO 253, PO 535  
 MANSOURI A. PO 321  
 MANSOURI A. PO 328  
 MANUEL O. PO 163  
 MARDACI M.C. PO 006, PO 181  
 MARDEGAN P. PO 478  
 MARIAUD A.S. PO 493  
 MARIE N. PO 339, PO 428, PO 433  
 MARINESCU M. PO 238  
 MAROUAN H. PO 099, PO 375, PO 419  
 MAROUEN F. PO 256  
 MAROUI M. PO 201  
 MARQUET T. PO 480  
 MARQUIS A. PO 302, PO 303  
 MARRAG I. PO 093, PO 167, PO 198, PO 199, PO 329, PO 336,  
 PO 475 PO 516  
 MARTIN J. PO 005, PO 022, PO 070  
 MARTIN L. PO 455, PO 456  
 MARTINEZ G. PO 264, PO 265  
 MAS J.L. PO 019  
 MASCLLET L. PO 346  
 MASMOUDI J. PO 040, PO 065, PO 142, PO 248, PO 406,  
 PO 416, PO 417, PO 425, PO 426, PO 465, PO 518, PO 524,  
 PO 532  
 MASMOUDI R. PO 248, PO 524  
 MASSAT I. CO 07  
 MASSIANI P. PO 466  
 MATHLOUTHI N. PO 426  
 MATHOT F. PO 431, PO 437, PO 438, PO 439  
 MATTAR L. CO 15  
 MATTAR M. CO 11  
 MATTHIEU B. PO 194  
 MAUCHIEN C. PO 213  
 MAUREL-RAYMONDET M. PO 183, PO 194  
 MAZODIER M. PO 122  
 MBOUSSOU M. PO 538  
 MBUNGU MABIALA F. PO 538  
 MCHIRGUI R. PO 371  
 MDHAFFAR M. PO 378  
 MECHRI A. PO 042, PO 124, PO 166, PO 185, PO 186, PO 190,  
 PO 191, PO 193, PO 201, PO 230, PO 232, PO 268, PO 328,  
 PO 341, PO 400  
 MEDHAFFAR K. PO 508  
 MEES L. PO 288  
 MEHRAN F. PO 339  
 MEHSSANI J. PO 023, PO 222, PO 293, PO 528  
 MEIRE P. PO 213  
 MELCHIOR J.C. CO 15  
 MELKI W. PO 055, PO 087, PO 145, PO 200, PO 203, PO 221,  
 PO 387, PO 388, PO 389, PO 390, PO 450, PO 505  
 MENDLEWICZ J. CO 07  
 MERAD D. PO 034  
 MERAD H. PO 470  
 MERAT Y.M. PO 384  
 MERCUEL A. PO 517  
 MERLOT A. PO 346  
 MERMILLOD M. PO 137  
 MESSEDI N. PO 425, PO 532  
 MESU R.C. PO 175, PO 474  
 METENS T. CO 07  
 MÉTROT A. PO 189  
 MEZIOU O. PO 129, PO 307, PO 340, PO 386, PO 409, PO 485,  
 PO 486, PO 487

MHALLAH S. PO 315  
 MICOULAUD-FRANCHI J.A. PO 183, PO 429  
 MILAN-CHERY C. PO 033, PO 101, PO 289, PO 412  
 MILLET B. PO 241, PO 364  
 MINTZ A.S. PO 214  
 MISSAOUI S. PO 359  
 MISSONNIER S. PO 494  
 MLIKA S. PO 025  
 MNIF L. PO 066, PO 129, PO 340, PO 485, PO 486, PO 487  
 MOALLA M. PO 092, PO 424  
 MOALLA Y. PO 283, PO 367, PO 370, PO 371, PO 376, PO 377,  
 PO 378  
 MOKHTARI A. PO 083, PO 119, PO 162  
 MOKRANI M. PO 214  
 MONCANY A.H. PO 480  
 MONCHABLON D. PO 125  
 MONCHABLON A. PO 182  
 MORAND D. PO 392  
 MORO M.R. PO 347  
 MOROGE S. PO 033, PO 101, PO 289, PO 412  
 MORVAN Y. CO 06, PO 125, PO 255, PO 265  
 MORVANNOU A. PO 304  
 MOTTET G. PO 266  
 MOUCHABAC S. PO 064, PO 140  
 MOUELHI L. PO 525  
 MOUGIN G. PO 451  
 MOUHADI K. PO 528  
 MOULA O. PO 043, PO 086, PO 282, PO 308, PO 310, PO 312,  
 PO 445, PO 479, PO 515  
 MOUNACH J. PO 044, PO 078, PO 361, PO 398  
 MOUSSAOUI A. PO 460  
 MOUSSAOUI D. PO 171  
 MOUSSIE N. PO 478  
 MRAD A. PO 042, PO 190, PO 191, PO 193, PO 230, PO 232,  
 PO 244, PO 268, PO 317, PO 328, PO 442, PO 443, PO 449  
 MRAD M.F. PO 330  
 MARISSA R. PO 059  
 MSAAD S. PO 418  
 MSEDDE N. PO 518  
 MTIBAA G. PO 040, PO 142, PO 406, PO 416, PO 417, PO 465  
 MTIRAOU A. PO 133, PO 146, PO 219, PO 432, PO 500, PO 502  
 MULLER A. PO 364  
 MYESSER K. PO 420  
 MZIOU O. PO 066, PO 111, PO 260

## N

NACEF F. PO 024, PO 052, PO 082, PO 141, PO 143, PO 144,  
 PO 147, PO 155, PO 168, PO 187, PO 188, PO 206, PO 231,  
 PO 233, PO 251, PO 320, PO 477, PO 511, PO 523  
 NAGGARA O. PO 019  
 NAIJA N. PO 116  
 NAJJAR M.F. PO 003, PO 185, PO 186, PO 201, PO 244, PO 317,  
 PO 400  
 NAKHLI J. PO 135  
 NASR M. PO 093, PO 165, PO 167, PO 198, PO 199, PO 329,  
 PO 336, PO 354, PO 355, PO 356,, PO 475, PO 516  
 NAUDIN J. PO 183, PO 429  
 NEDJARI M. PO 457  
 NEFFATI F. PO 244, PO 317  
 NEILA K. PO 124  
 NETILLARD C. PO 507  
 NICOLAS G. PO 333  
 NOEL C. PO 431, PO 437, PO 438, PO 439  
 NONNENMACHER C. PO 021

NORMAND J.C. PO 121  
 NOUARA A. PO 507  
 NURBEL J. PO 466  
 NUSS P. PO 194, PO 261

**O**

OLIÉ J.P. PO 028, PO 031, PO 250, PO 446  
 OLIVIER F. PO 473, PO 478  
 OMARI F. PO 184  
 OMRI S. PO 008, PO 009, PO 085, PO 401  
 ONEIB B. PO 002, PO 177  
 ORTH J.P. PO 194  
 OTHMAN S. PO 090, PO 091, PO 351, PO 353, PO 357, PO 360,  
 PO 373  
 OTHMANE Y. PO 257, PO 491  
 OTHMEN S. PO 342, PO 358, PO 362, PO 379  
 OUAHID W. PO 293  
 OUALI I. PO 248, PO 524  
 OUALI U. PO 065, PO 248, PO 518, PO 524  
 OUAMMI L. PO 083  
 OUANAS S. PO 258  
 OUANASS A. PO 002, PO 007, PO 136, PO 177, PO 228, PO 257,  
 PO 272, PO 275, PO 278, PO 419, PO 454  
 OUANES S. PO 045, PO 075, PO 096, PO 145, PO 195  
 QUERIAGLI NABIH F. PO 027, PO 049, PO 050, PO 170, PO 374  
 OUERTANI A. PO 141, PO 143, PO 144, PO 147, PO 155, PO 477  
 OUHABI H. PO 361  
 OUKHEIR I. PO 381  
 OUMAYA A. PO 095, PO 097, PO 246, PO 411  
 OUMAYA M. PO 030, PO 059, PO 062, PO 104, PO 527  
 OUTA O. PO 040, PO 142, PO 406, PO 465

**P**

PADOVAN C. PO 189  
 PAGNIER E. PO 453  
 PALOMBA A. PO 452  
 PALPACUER C. PO 433  
 PAQUIS J. PO 473  
 PARADIS M. PO 396  
 PASCAL E. PO 488  
 PAUL F. PO 033, PO 101, PO 289, PO 412  
 PAULIN P. PO 451  
 PEIGNEUX P. CO 07  
 PEILLON C. PO 182  
 PELLETIER A. PO 179  
 PEREIRA B. PO 338  
 PERELMAN O. PO 494  
 PERETTI C.S. PO 064  
 PETIT A. PO 161, PO 295  
 PFITZENMEYER-GALLITRE C. PO 180  
 PICAREL-BLANCHOT F. PO 138  
 PIERMATTEO A. PO 294  
 PIETRI M. PO 316  
 PILARD M. PO 033, PO 101, PO 289, PO 412  
 PINGAULT J.B. PO 287  
 PITCHOT W. CO 02  
 PITRAT B. PO 298  
 PLANCHE F. PO 305  
 PLANCHE-JANVIER C. PO 399  
 PLANCKE L. PO 123  
 PLANTEY S. PO 304  
 PLAZE M. PO 031, PO 081, PO 125, PO 262, PO 517  
 POIRIER M.F. CO 11  
 POTHEEGADOO J. PO 223, PO 224

POUGA L. PO 287  
 POULET E. PO 137  
 PRAT S. PO 001  
 PRINGUEY D. PO 488  
 PROCHIAITZ A. PO 533  
 PROUDNIKOVA X. CO 04  
 PROUTEAU A. PO 180  
 PULL C. PO 120

**Q**

QUENOT J.P. PO 270  
 QUENTEL E. PO 365  
 QUEVY N. PO 343  
 QUILICI G. PO 333  
 QUINTILLA Y. PO 194, PO 461

**R**

RACHDI C. PO 227, PO 525  
 RADY A. PO 117  
 RAFRAFI R. PO 055, PO 200, PO 203, PO 221, PO 388, PO 389,  
 PO 390, PO 450, PO 505  
 RAGOT S. PO 132  
 RAINOUX S. PO 455  
 RAJHI O. PO 151, PO 204, PO 534  
 RAMMOUZ I. PO 015, PO 017, PO 036, PO 037, PO 038, PO 071,  
 PO 072, PO 076, PO 077, PO 088, PO 393, PO 397, PO 434,  
 PO 501, PO 503  
 RAMOND A.C. PO 238  
 RANJEVA J.P. PO 235  
 RARI E. PO 032  
 REGAT S. CO 12, PO 058  
 REGEMBALE V. PO 466  
 REGNIER V. PO 464  
 REINHEIMER L. PO 464  
 REMAUT R. PO 480  
 RÉMOND J.J. PO 363  
 RENOUX M. PO 131, PO 159  
 RESKALLAH S. PO 464  
 REVAH-LEVY A. PO 347  
 REY R. PO 132  
 REYNAERT C. PO 288, PO 459  
 REYNAUD M. PO 161, PO 295  
 REYNTENS J. PO 437, PO 438, PO 439  
 RGUIBI L. PO 436  
 RHARRABTI S. PO 037, PO 038, PO 076, PO 397  
 RICCIARDI F. PO 019  
 RICHA S. CO 11, PO 118, PO 309, PO 314  
 RICHARD-DEVANTOY S. CO 01, PO 130, PO 163  
 RICOLFI F. PO 005  
 RIDHA R. PO 051, PO 087, PO 111, PO 247, PO 259, PO 260,  
 PO 387, PO 481, PO 484, PO 495, PO 496, PO 499, PO 523,  
 PO 536  
 RIZK M. PO 350  
 ROBBANA L. PO 086  
 ROBERT G. PO 241  
 ROBIN M. PO 084  
 ROBLIN J. PO 010, PO 019, PO 012, PO 423, PO 446  
 ROCHDANI A. PO 054  
 ROCHE G. PO 014  
 ROMO L. PO 304, PO 363  
 ROSENBLUM O. PO 270  
 ROTENBERG S. PO 533  
 ROTHARMEL M. CO 11, PO 182, PO 333  
 ROUAM F. PO 472

ROUSSEL M. PO 453  
 ROUSSELET A.V. PO 194, PO 446, PO 463  
 ROUVEIX E. PO 396

**S**

SABIR M. PO 002, PO 053, PO 054, PO 099, PO 136, PO 177,  
 PO 184, PO 228, PO 257, PO 272, PO 275, PO 276, PO 278,  
 PO 300, PO 306, PO 375  
 SADKI T. PO 061  
 SAHNOUN C. PO 367, PO 371, PO 378  
 SAIDANI H. PO 285  
 SAIDI N. PO 425  
 SAJIN A.M. PO 079  
 SAKR I. PO 056, PO 057, PO 252, PO 253, PO 381, PO 535  
 SALA M. PO 466  
 SALAMA H. PO 117  
 SALMI J. PO 442  
 SALOME A.G. PO 466  
 SAMAHA E. CO 11  
 SAMET N. PO 092, PO 424  
 SAMOUD S. PO 219  
 SAMUELIAN J.C. PO 452  
 SAPANET M. PO 519  
 SARHANE G. PO 522  
 SASSI R. PO 513  
 SATTÉ A. PO 361  
 SAUVAGET A. PO 427  
 SAUZE M. PO 507  
 SCANTAMBURLO G. PO 154  
 SCHAAL C. PO 331  
 SCHENIN-KING P. PO 058  
 SCHMITT L. PO 480  
 SCHON D. PO 493  
 SCHUFFENECKER N. PO 005, PO 070  
 SCIVEREL C. PO 451  
 SEHLI J. PO 165, PO 336, PO 475  
 SEKKAT F.Z. PO 041, PO 106, PO 113, PO 207, PO 286, PO 526,  
 PO 530  
 SEKKATE F.Z. PO 277, PO 380  
 SELLAMI R. PO 065, PO 518  
 SELLAMI W. PO 372  
 SELMI J. PO 443  
 SEMAOUNE B. PO 285  
 SENNINGER A. PO 421  
 SENNINGER J.L. PO 421  
 SENON J.L. PO 519  
 SEROT D. PO 005, PO 022, PO 070  
 SHAWKY A. PO 117  
 SIBEONI J. PO 347  
 SIDHOM O. PO 030, PO 059, PO 062, PO 104, PO 527  
 SIGAUD T. CO 05, PO 218, PO 334, PO 301  
 SIMON N. PO 451, PO 452, PO 453  
 SINACEUR S. PO 034  
 SIRERE S. PO 451  
 SLAMA H. PO 165, PO 354, PO 355, PO 356  
 SLAMA H. CO 07  
 SMADJA S. PO 028  
 SNACKEN J. PO 192, PO 234, PO 512  
 SNENE H. PO 030, PO 062, PO 527  
 SNOUSSI M. PO 425, PO 532  
 SOLTANI M. PO 317  
 SORBARA F. PO 194  
 SOUFIA M. PO 309, PO 314  
 SOUISSI S. PO 095, PO 097, PO 246, PO 337, PO 411

SOULAMI W. PO 136, PO 184, PO 207, PO 222, PO 228, PO 300,  
 PO 349  
 SOULAYMANI A. PO 083, PO 119, PO 162  
 SOULAYMANI-BENCHEIKH R. PO 083, PO 119, PO 162  
 SPITZ E. PO 274  
 SPORTICHE S. PO 205  
 SRIHA A. PO 317  
 STEIGER H. CO 15  
 STEINER R. PO 021

**T**

TABBANE K. CO 03, CO 06, PO 061, PO 069, PO 226, PO 236,  
 PO 313, PO 422, PO 482, PO 497  
 TABONE R. PO 466  
 TAIBI H. PO 278, PO 454  
 TAVANI J.L. PO 294  
 TEADI J. PO 488  
 TEFAHI B. PO 067, PO 181, PO 269, PO 291, PO 292, PO 311,  
 PO 489  
 TEILLARD-DIRAT M. PO 366  
 TEREMETZ M. PO 220  
 TEREÑO S. PO 350  
 TERUEL E. PO 179  
 TESSIER C. PO 261  
 TESTON A.L. PO 022  
 TESU-ROLLIER D.D. PO 176  
 TEYSSIER J.R. PO 132  
 THIEBAUX J.F. PO 440  
 THILLOT M. PO 294  
 THUET A. PO 466  
 TILOUCH S. PO 025  
 TIRARD S. PO 471  
 TISSOT E. PO 507  
 TLEJI A. PO 015, PO 077, PO 088, PO 434  
 TOILABIYA L. PO 083  
 TORDEURS D. PO 288, PO 459  
 TOUATI M. PO 351  
 TOUHAMI M. PO 027, PO 049, PO 050, PO 170  
 TRABELSI F. PO 426  
 TRABELSI I. PO 091, PO 358, PO 362  
 TRABELSI S. PO 482, PO 497  
 TRABELSI S. PO 229  
 TRIANTAFYLLOU M. PO 517  
 TRIFI M. PO 134, PO 522  
 TRIKI C. PO 371, PO 376  
 TRIKI R. CO 03, PO 069, PO 217, PO 226, PO 236, PO 422,  
 PO 482, PO 497  
 TROJAK B. PO 132  
 TURC G. PO 019  
 TURECKI G. CO 01, PO 163  
 TURKI H. PO 518  
 TURKI Z. PO 052

**U**

UBERSFELD O. PO 302, PO 303

**V**

VACHERON M.N. PO 019, PO 214, PO 346  
 VAIVA G. PO 123  
 VAIVRE-DOURET L. PO 344  
 VAN EFFENTERRE A. PO 492  
 VAN GILS L. PO 216  
 VAN WETTERE L. PO 512

VAN WIJNENDAELE R. PO 510  
 VANDEVOORDE J. PO 164  
 VANELLE J.M. PO 427  
 VANSTEENE C. PO 031  
 VAUGEOIS C. PO 435  
 VEGA C. PO 194  
 VELASCO A. PO 214  
 VELTEN M. PO 365  
 VERNAY LECONTE J. PO 160  
 VÉRY E. PO 480  
 VIARD D. PO 507  
 VIDON G. PO 517  
 VIGNES A. PO 064  
 VILETTE J. PO 473, PO 478  
 VILLEMONTAIX T. CO 07  
 VINCENT C. PO 533  
 VION-DURY J. PO 183, PO 405, PO 429, PO 493  
 VIVET B. CO 05  
 VIVRAND M. PO 464  
 VOILLET S. PO 238  
 VOLKAERT M. PO 427  
 VOYER M. PO 519

**W**

WALHA A. PO 283, PO 367, PO 370, PO 371, PO 376, PO 377,  
 PO 378  
 WALLACH C. PO 182  
 WALLON E. PO 350  
 WARD C. PO 309, PO 314  
 WAUTHY M. CO 02  
 WAWRZYNIAK F.S. PO 452  
 WIDAKOWICH C. PO 192, PO 234, PO 510, PO 512  
 WILLARD D. PO 125, PO 250, PO 262, PO 263, PO 264, PO 537

**Y**

YACOUB I. PO 151, PO 204, PO 531, PO 534  
 YAKIN S. PO 137  
 YOUNES S. PO 075, PO 096, PO 227  
 YOUNÈS N. PO 032

**Z**

ZAAFRANE F. PO 080, PO 107, PO 230, PO 232, PO 268, PO 273,  
 PO 315, PO 318, PO 321, PO 328, PO 410, PO 442, PO 443, PO 513  
 ZAGHDOUDI L. PO 217  
 ZALILA H. PO 066, PO 111, PO 126, PO 129, PO 260, PO 307,  
 PO 340, PO 368, PO 386, PO 402, PO 409, PO 485, PO 486,  
 PO 487, PO 520, PO 521  
 ZAMMAMA H. PO 037  
 ZARAGOZA G. PO 464  
 ZARROUK L. PO 093, PO 165, PO 167, PO 198, PO 199, PO 329,  
 PO 336, PO 475, PO 516  
 ZDANOWICZ N. PO 288, PO 459  
 ZEGHIB H. PO 382  
 ZEMMAMA H. PO 077, PO 397, PO 503  
 ZENASNI F. PO 294  
 ZERHOUNI A. PO 361  
 ZGUEB Y. PO 052, PO 098, PO 114, PO 195, PO 197, PO 202,  
 PO 206, PO 231, PO 233, PO 237, PO 251  
 ZOUARI L. PO 008, PO 009, PO 085, PO 229, PO 256, PO 299,  
 PO 401, PO 418, PO 468, PO 508, PO 509  
 ZOUARI N. PO 299  
 ZOUARI N. PO 008, PO 009, PO 085, PO 229, PO 256, PO 401,  
 PO 418, PO 468, PO 508, PO 509  
 ZOUARI O. PO 051, PO 247, PO 259, PO 409, PO 484, PO 523,  
 PO 536









