

117^e Colloque international de l'Association du Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de Langue Française **CPNLF**

19-22 juin 2019

*Psychiatrie
et rencontre
des civilisations*

sommaire

Les comités	2
Le mot du Président	3
Le colloque en un seul coup d'œil	4
Nos partenaires institutionnels en 2019	10
Le programme scientifique	
mercredi 19 juin Journée Infirmier(ère)	11
jeudi 20 juin	13
vendredi 21 juin	19
samedi 22 juin	25
Les résumés des communications scientifiques	29
À lire... absolument	94
Les communications par affiche (posters)	95
Prix "Première communication" de l'association du CPNLF	102
Les Programmes DPC	104
Plan des salles	105
Informations pratiques	106
L'associations du CPNLF	110
Qu'est-ce que la Francophonie ?	111
Le 118e Colloque international du CPNLF	112

117^e Colloque international de l'Association du Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de Langue Française CPNLF

Psychiatrie et rencontre des civilisations

Faculté de Médecine
Université Saint-Joseph
Beyrouth, Liban
19~22 juin 2019

Président du Comité d'organisation
et scientifique :
Sami Richa (Beyrouth)

Co-Présidents :
Kamal Kallab & Ramzi Haddad
(Beyrouth)

Présidents d'honneur :
Michel Scheuer, s.j.
& Roland Tomb (Beyrouth)

Président de l'association du CPNLF 2019 :
Guy Darcourt (Nice)

Vice-Président de l'association
du CPNLF 2019 :
Daniel Sechter (Besançon)

Comités d'organisation
et scientifique :
Marianne Abi Fadel (Beyrouth),
Christophe Arbus (Toulouse),
Bruno Aouizérate (Bordeaux),
Antoine Awad (Beyrouth),
Charles Baddoura (Beyrouth),
Tayeb Benatmane (Alger),
Mohammed El Amin Bencharif (Blida)
Amine Benyamina (Paris),
Rabih Chammai (Beyrouth),
Doris Choueifati (Beyrouth),
Marc Derely (Bruxelles),
Vincent Dubois (Bruxelles),
Victor Gasia (Strasbourg),
Souheil Gebeily (Beyrouth),
François Kazour (Beyrouth),
Marie-Thérèse Khair Badawi (Beyrouth),
Elie Khoury (Beyrouth),
Jamile Khoury (Beyrouth),
Rhéa Khoury (Beyrouth),
Michèle Kosremelli Asmar (Beyrouth),
René Maarek (Paris),
Patrick Martin (Paris),
Dominique Mastelli (Strasbourg),
Ronald Moussa (Beyrouth),
Nidal Nabhan Abou (Rennes),
Ziad Nahas (Minneapolis),
Nathalie Richa (Beyrouth),
Rima Sassine (Beyrouth),
Laurent Schmitt (Toulouse)
Jean Tamraz (Beyrouth),
Pierre Thomas (Lille),
Philippe de Timary (Bruxelles),
Hachem Tyal (Marrakech),
Pierre Vidailhet (Strasbourg),
Bassem Yammout (Beyrouth),
Luc Zimmer (Lyon),
Abbes Ziri (Tizi Ouzou),
Sofiane Zribi (Tunis)

Le Mot du Président

Chers amis et collègues,

Le programme de la 117e édition du colloque de l'Association du Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française (CPNLF) "Psychiatrie et rencontre des civilisations" dans sa version 2019 est prêt. Les Présidents d'honneur, le Père Michel Scheuer, Vice-Recteur de l'Université Saint-Joseph (USJ) et le Pr Roland Tomb, Doyen de la Faculté de Médecine de l'USJ, m'ont fait l'honneur de recevoir et de soutenir ce colloque qui aura lieu au campus des sciences médicales du 19 au 22 juin 2019.

Les Pr Rima Sassine Kazan, Doyen de la Faculté des sciences infirmières de l'USJ et le Pr Marianne Abi Fadel, Doyen de la Faculté de pharmacie de l'USJ nous font l'honneur aussi de participer et d'engager leurs enseignants et leurs étudiants dans ce colloque, qui verra la présence de nombreux psychiatres, neurologues, mais aussi pharmaciens et infirmiers. De même un grand nombre de professionnels de la santé (psychologues, orthophonistes, assistantes sociales, spécialistes de la santé publique...) du Liban, de la France et des pays francophones (Canada, Belgique, Suisse, Algérie, Maroc, Tunisie) participera à ce colloque.

Sont invités à parler une centaine d'orateurs étrangers et un grand nombre d'orateurs libanais. Un comité scientifique présidé par moi-même et par les Prs Kamal Kallab et Ramzi Haddad a mis au point un programme très dense, passionnant, multidisciplinaire et multiculturel.

Mme Florence Delay, de l'Académie Française, prononcera une conférence prestige sur l'héritage de son père, Jean Delay, lui-même psychiatre et écrivain, membre de l'Académie Française.

M. Fadi Nicolas, administrateur du campus, a offert toutes les facilités possibles pour la bonne marche du colloque durant trois jours et demi.

En me confiant ce 117e colloque international, le plus ancien congrès de psychiatrie en France, le comité de l'Association du CPNLF m'a honoré de cette tâche.

J'ai essayé, avec les membres du comité scientifique et d'organisation, de mettre en valeur l'École française de psychiatrie et au niveau de notre pays, l'apport majeur de l'Université Saint-Joseph, au niveau de la médecine, de la psychiatrie et des soins, et cela depuis sa création en 1875 !

J'espère que ce colloque sera un grand succès. Il le sera grâce à vous tous qui interviendrez pour modérer une séance ou pour livrer votre expérience lors d'une conférence ou d'un atelier. Ce programme, ainsi que toutes les manifestations qui tournent autour, démontrent la vitalité de notre médecine, de toutes les sciences médicales, de notre Université et surtout met en valeur les forces vives de notre pays.

Je vous souhaite à toutes et à tous un excellent colloque !

Sami RICHA
Président du Congrès

Le Colloque en un coup d'oeil

MERCREDI 19		JEUDI 20 JUIN				
AMPHI C		AMPHI C	AMPH B	AMPHI A	Salle C3	
08h00-09h00	JOURNÉE INFIRMIER(E) Accueil des participants	08h00-09h00				
09h00-9h30	Allocutions d'ouverture	09h00-10h30		S2. Troubles psychiatriques et violence	S1. Psychiatrie, religions et civilisations	S7. Psychopharmacologie chez l'enfant
09h30-10h30	Séance 1 : Pratique infirmière avancée en santé mentale	10h30-11h00	Pause découverte : espaces partenaires et posters			
10h30-11h00	Pause café / exposition des affiches ou Posters	11h00-12h30		S9. Organisation et bilan de l'intervention précoce pour la psychose	S8. Etat des lieux de la consommation d'opiacés et opioïdes	AFF1. Atelier de formation de la francophonie • Sensibiliser et déstigmatiser
11h00-12h30	Séance 2 : Engagement dans des soins de qualité	12h30-13h00	Déjeuner sur place			
12h30-13h30	Pause déjeuner - café/ exposition des affiches ou Posters	13h30-15h00		S16. L'avenir de la psychiatrie et des neurosciences	S15. Soins du corps et de l'esprit	S14. Promouvoir les droits de l'homme : Regards croisés internationaux
13h30-15h00	Table ronde 1 : Comportements à risque des adolescents et stratégies d'action	15h00-15h45	CP1. Conférence du Président 2019 de l'association du CPNLF			
15h00-16h15	Table ronde 2 : L'importance du réseautage en santé mentale	15h45-16h30	CP2. Conférence prestige L'Héritage de Jean Delay			
16h15-16h30	Remise du Prix de la meilleure communication par affiche	16h30-17h00	Pause découverte : espaces partenaires et posters			
16h30-17h30	Assemblée générale SIDIIEF	17h00-18h30	RT1. Premier Rapport thématique: « Ethique & Psychiatrie »			
08h00-09h00		18h30-19h00	Allocutions d'ouverture			

	Salle C8	Salle C9	Salle B4	Salle C2	Salle A6
08h00-09h00			RE1. A la rencontre de l'expert dans le rapport de l'homme au monde		
09h00-10h30	S3. Neuroradiologie et Psychiatrie	S5. Les syndromes oubliés	S4. Quels ponts entre psychanalyse, psychiatrie et neurosciences ?	S6. Stigmatisation de la maladie psychique	Atelier DPC1 L'entretien motivationnel ou l'art de la compréhension suivi d'une évaluation des pratiques professionnelles
10h30-11h00	Pause découverte : espaces partenaires et posters				
11h00-12h30	S11. Regards croisés autour de l'Epilepsie.	S12. Place des personnes âgées dans les différents pays francophones	JP1. Journée Pharmacien. Binôme Pharmacien-Psychiatre	S10. Les stimulations cérébrales	
12h30-13h00		DD2. Déjeuners-débats Mécanismes inflammatoires dans les troubles de l'humeur	Déjeuner sur place		DD1. Déjeuners-débats. Cannabis thérapeutique : vous avez fumé ou quoi ?
13h30-15h00	JP2. Journée Pharmacien. Entretien motivationnel	S13. Stratégies de réduction des risques addiction/hépatite	S17. Santé mentale et sécurité routière : quelle prévention ?	S18. Migration et réfugiés	Atelier DPC2 Sommeil et vigilance : Perspectives et prise en charge suivi d'une évaluation des pratiques professionnelles
15h00-15h45					
15h45-16h30					
16h30-17h00	Pause découverte : espaces partenaires et posters				
17h00-18h30					
18h30-19h00					

VENDREDI 21 JUIN

	AMPHI C	AMPH B	AMPHI A	Salle C3	Salle C8
08h00-09h00				RE4. A la Rencontre de l'expert pour l'anxiété sociale	
09h00-10h30	S24. Session pour le "Prix CPNLF de la 1e Communication"	S20. L'éthique de l'enfermement : confrontation de points de vue francophones	S19. Drogues : des usages stupéfiants...	S23. Trouble du Spectre Autistique (TSA) et intelligences atypiques	
Pause découverte : espaces partenaires et posters					
11h00-12h30		Symposium : Les antipsychotiques injectables à action prolongée (APAP)	S27. Quand les patients savent ce qui est bon pour eux...	S25. Urgences collectives, catastrophes et crises sanitaires	S26. Apprendre la médecine : des biomaristans à la simulation pédagogique
12h30-13h30	Déjeuner sur place				
13h30-15h00		S29. Crimes et passions	AFF4. Atelier de formation de la francophonie : Contention et isolement en psychiatrie	S28. Innovations et alternatives en psychiatrie avec l'attribution du Prix Initiative libérale	S32. Session de neurologie
15h00-15h45	CP3. Conférence Warot Sciences et Éthique				
15h45-16h30	CP4. Conférence prestige. Pluie de juin				
16h30-17h00	Pause découverte : espaces partenaires et posters				
17h00-18h30	RT2. Second Rapport thématique « La sclérose en plaques (SEP) »				

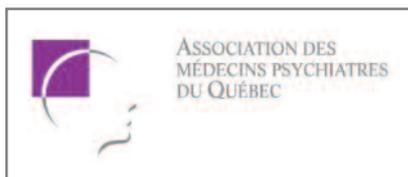
	Salle C9	Salle B4	Salle C2	Salle A6
08h00-09h00	RE3. A la Rencontre de l'expert pour Sexualité et Psychiatrie	RE2. A la Rencontre de l'expert pour la génétique de l'autisme		8h00 à 11h30 Atelier DPC3 Prendre en charge les enfants souffrant de TDAH
09h00-10h30	S22. Cannabis thérapeutique : quels sont ses bienfaits sur la santé ?	S21. Santé mentale en prison	JP3. Journée Pharmacien. Réduction des risques : rôle du pharmacien	
	Pause découverte : espaces partenaires et posters			Suivi d'une évaluation des pratiques professionnelles
11h00-12h30	AFF3. Atelier de formation de la francophonie : Suicide, prise en charge	AFF2. Atelier de formation de la francophonie. Évaluations cognitives et insight en pathologie mentale	JP4. Journée Pharmacien. Guide de l'addiction en pharmacie d'officine	
12h30-13h00	DD4. Déjeuners-débats La démence a-t-elle encore des médicaments pour la traiter ?	Déjeuner sur place		DD3. Déjeuners-débats • Valproate et ses sels. • Trouble bipolaire pendant la grossesse
13h30-15h00	S31. De l'enfant à l'adolescent: Quel sommeil, quel rythme?	S30. L'anxiété chez le dentiste	JP5. Journée Pharmacien. Quelle collaboration pharmacien-psychiatre	
15h00-15h45				15h00-18h30 : Atelier DPC4 Catastrophes et crises sanitaires
15h45-16h30				
16h30-17h00	Pause découverte : espaces partenaires et posters			
17h00-18h30				suivi d'une évaluation des pratiques professionnelles

SAMEDI 22 JUIN

	AMPHI C	AMPH B	AMPHI A	Salle C3	Salle C8
08h00-09h00	Prix de la Commission Jeunes du CPNLF Second Ignite talks	RE5. A la Rencontre de l'expert pour le trauma			
09h00-10h30		S34. L'actualité sur le viol et les agressions sexuelles	S35. Le TDAH de l'enfance à l'âge adulte	S37. Remédiation cognitive	S36. Santé mentale, orientation sexuelle et genre
10h30-11h00	Pause découverte : espaces partenaires et posters				
11h00-12h30		Symposium partenaire La Lamotrigine dans le trouble bipolaire	S41. Comprendre les troubles des conduites alimentaires	JP7. Journée Pharmacien. Dopage à l'officine	S40. La session de l'Association des Médecins Psychiatres du Québec (AMPQ)
12h30-13h30	Remise des prix suivie par Session de clôture et présentation du 118e colloque à Lille				

	Salle C9	Salle B4	Salle C2	Salle A6
08h00-09h00				
09h00-10h30	S38. Troubles bipolaires, actualités neuroscientifiques et thérapeutiques	S33. Psychiatrie transculturelle	JP6. Journée Pharmacien. Mésusage des opiacés : comment répondre	
	Pause découverte : espaces partenaires et posters			
11h00-12h30	S39. Le syndrome du décalage horaire : comment mettre les pendules à l'heure	S42. Handicap Psychique	AFF5. Atelier de formation de la francophonie sous l'égide d'ALFAPSY	
12h30-13h30				

Nos partenaires institutionnels en 2019



Syndicat des Psychiatres Français



SIDIEF

SECRETARIAT INTERNATIONAL DES INFIRMIÈRES
ET INFIRMIERS DE L'ESPACE FRANCOPHONE



Journée Infirmier(e)

Collaboration et innovation en santé mentale

dans le cadre du 117e colloque international de l'Association du CPNLF

Mercredi 19 juin 2019

Amphithéâtre C – Campus des Sciences Médicales

Université Saint-Joseph - Beyrouth, Liban

08h30 à 09h00	Accueil des participants
09h00 à 09h30	Allocutions d'ouverture Doyen de la Faculté des sciences infirmières de l'Université Saint-Joseph de Beyrouth, Pr Rima Sassine Kazan Présidente Ordre des infirmier/ères au Liban, Dr Myrna Doumit Président du 117e colloque de l'association du CPNLF 2019 au Liban, Pr Sami Richa Représentant de l'association du CPNLF France, Pr Pierre Thomas
09h30 à 10h30	Séance 1 : Pratique infirmière avancée en santé mentale Modérateur : Claire Zablit (Liban) <ul style="list-style-type: none">• La pratique infirmière avancée : vers un consensus au sein de la Francophonie. Hélène Salette (Canada)• Pratique avancée en santé mentale : L'exemple français du Grand Hôpital de l'Est Francilien Enrique Ledesma (France)• Pratique avancée en santé mentale : L'exemple d'un hôpital universitaire libanais Layla Farhoud (Liban)
10h30 à 11h00	Pause café / exposition des affiches ou Posters
11h00 à 12h30	Séance 2 : Engagement dans des soins de qualité Modérateur : Yasmina Ouharzoune (France) <ul style="list-style-type: none">• Évaluation clinique de l'état mental : force de collaboration Rexhaj Shyhrete (Suisse)• Etre infirmier en santé mentale, entre collaborations et partenariats Annick Perrin Niquet (France)• De l'empathie à l'engagement, la démarche éthique en psychiatrie Patrick Touzet (France)• Empathie et soins en psychiatrie Sami Richa (Liban)

- 12h30 à 13h30** **Pause déjeuner - café/ exposition des affiches ou Posters**
- 13h30 à 15h00** **Table ronde 1 : Comportements à risque des adolescents et stratégies d'action**
Modérateur : Mme Roula Douglas (Liban)
- **Prévalence de la drogue dans les pays du MENA et les stratégies à mettre en oeuvre pour y faire face**
Elie Aaraj (Liban)
 - **Stratégies de médiation en milieu scolaire**
Lamia Hitti (Liban)
 - **Sensibilisation aux risques technologiques des réseaux sociaux**
Hanady Karam (Liban)
 - **Intervenir en milieu scolaire auprès des jeunes en danger dans un lycée à Beyrouth**
Aurore Samaha Ghattas (Liban)
- 15h00 à 16h15** **Table ronde 2 : L'importance du réseautage en santé : expérience en santé mentale**
Modérateur : Michèle Koserelli Asmar (Liban)
- **Réforme du système de santé mentale au Liban**
Rabih El Chammay (Liban)
 - **Stratégie de l'OMS et son lien avec la stratégie du Ministère et la communauté**
Alissar Rady (Liban)
 - **Accréditation des droits des patients en santé mentale dans un service pilote**
Doris Choueifaty (Liban)
- 16h15 à 16h30** • **Allocution et distribution des prix pour les meilleurs posters**
par le Pr Salim Daccache s.j, Recteur de l'Université Saint-Joseph de Beyrouth
- 16h30 à 18h00** • **Assemblée générale SIDIIEF**
Gyslaine Desrosiers, Présidente du SIDIIEF



PROGRAMME

JEUDI 20 JUIN

08h00 - 09h00

- RE1. A la Rencontre de l'expert dans le rapport de l'homme au monde** ♦ Salle B4
Sous l'égide de l' Association Libanaise pour le Développement de la Psychanalyse (ALDeP)
- **Nouvelles perspectives pour la symbolisation dans le monde actuel**
René Roussillon (Lyon)
- Modérateur : Marie-Thérèse Khair Badawi (Beyrouth, Liban)

09h00 - 10h30

- S1. Psychiatrie, religions et civilisations** ♦ Amphi A
Président : Sami-Paul Tawil (Paris)
- **Adaptation aux traumatismes de vie : le modèle du "meaning-making" dans sa dimension religieuse**
Philippe Huguelet (Genève, Suisse)
 - **Psychopathologie des religieux au Liban**
Christina Aramouny (Beyrouth, Liban)
 - **Des maladies infectieuses émergentes aux maladies chroniques : Prise de conscience des maladies du système nerveux central**
Robert Sebbag (Paris)

S2. Troubles psychiatriques et violence : débat entre psychiatre, assistante sociale et psychologue ♦ Amphi B

- Président : Jamile Khoury (Beyrouth, Liban)
- **Dangerosité psychiatrique : concept évolutions et évaluation**
Laurent Layet (Avignon)
 - **Enfant et violent !**
Eliane Besson (Beyrouth, Liban)
 - **Gestion des Urgences des troubles du comportement de l'adulte**
Jean-Claude Yazbek (Beyrouth, Liban)

S3. Neuroradiologie et psychiatrie : de la théorie à la pratique ♦ Salle C8

- Sous l'égide de la Commission Innovation de l'association du CPNLF
Président : Jean Tamraz (Beyrouth, Liban)
- **Consortium en imagerie : quelles avancées pour la psychiatrie**
Eric Fakra (Saint-Etienne)
 - **La neuroradiologie au service de la psychiatrie: du diagnostic différentiel au pronostic**
Sandrine Yazbek (Beyrouth, Liban)
 - **Neuroimagerie et stimulation cérébrale dans le trouble obsessionnel compulsif (TOC)**
Bruno Millet (Paris)

S4 - Quels ponts entre la psychanalyse, la psychiatrie et les neurosciences ? ♦ Salle B4

Présidents : Marie-Thérèse Khair Badawi (Beyrouth) & Pierre Michel Llorca (Clermont Ferrand)

- **Quelques réflexions sur la pratique psychanalytique et les neurosciences**
René Roussillon (Lyon)
- **Les résistances à la (neuro)scientificité de la psychanalyse**
Bruno Falissard (Paris)
- **Neurosciences et Psychanalyse : quel apport dans la pratique psychiatrique...**
Pierre-Michel Llorca (Clermont-Ferrand)
- **Un conscient/ inconscient dynamique dans un réseau de neurones connectés**
Laura-Joy Boulos (Beyrouth, Liban)

S5 - Les syndromes oubliés ♦Salle C9

Présidents : Jean-Pierre Olié (Paris) & Charles Baddoura (Beyrouth, Liban)

- **L'héboïdophrénie**
Elie Atallah (Beyrouth, Liban)
- **La névrose de destinée**
Rhéa El Houry (Beyrouth, Liban)
- **La psychose hallucinatoire chronique**
Marc Mourad (Beyrouth, Liban)
- **La paraphrénie**
Anthony Kassab (Beyrouth, Liban)

S6 - Stigmatisation : pourquoi, comment et avec quelle efficacité déstigmatiser la maladie psychique ? ♦Salle C2

Sous l'égide de l'association internationale des Journées de la schizophrénie & de l'UNAFAM

Présidents : Jean-Christophe Leroy, président de L'Îlot, association des proches en Suisse et président de l'association internationale des Journées de la Schizophrénie (Lausanne, Suisse) & Nathalie Chemali (Beyrouth, Liban)

- **Schizophrénie : raconter la maladie au grand public. Comment ? Quels effets à large échelle ?**
Jean-Christophe Leroy, président de L'Îlot, association des proches en Suisse et président de l'association internationale des Journées de la Schizophrénie (Lausanne, Suisse)
- **Fondements contemporains de la peur de la maladie mentale : quelques clés pour faciliter son incorporation dans notre société**
Philippe Nuss (Paris)
- **L'impact des actions de déstigmatisation sur l'accueil d'un nouvel hôpital psychiatrique dans un des Quartiers prioritaires de la Politique de la Ville (QPV) de Strasbourg**
Cristina Rusu (Strasbourg)

S7 - Psychopharmacologie chez l'enfant : actualités et perspectives ♦Salle C3

Présidents : Richard Delorme (Paris), Eric Aquaviva (Paris) & Madjid Tabti (Alger, Algérie)

- **Immunomodulation et Autisme**
Pierre Ellul (Paris)
- **Agoniste Alpha 2 adrénergique dans la prise en charge du trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH)**
Elie Houry (Beyrouth, Liban)
- **Lithium et trouble bipolaire chez l'enfant**
Coline Stordeur (Paris)

09h00-12h30



Atelier DPC1 : L'entretien motivationnel ou l'art de la compréhension : Sa philosophie et sa mise en place ♦Salle A6

Suivi d'une évaluation des pratiques professionnelles (EPP)

Coordinateurs : René Maarek, Président de l'Union des Pharmaciens de la Région Parisienne (UPRP) (Paris) & Patrick Martin (Paris)

10h30-11h00 Pause découverte : espaces partenaires et posters

S8 - Etat des lieux de la consommation d'opiacés et opioïdes : usages et mésusages ♦ Amphi A

Présidents : Amine Benyamina, président de la Fédération Française d'Addictologie (Paris)
& Marc Derely (Bruxelles)

- **De la méthadone à l'héroïne pharmaceutique, la perspective suisse du traitement du syndrome de dépendance aux opioïdes**
Olivier Simon (Lausanne, Suisse)
- **Comorbidités psychiatriques de l'héroïnomanie : problématiques cliniques et thérapeutiques**
Xavier Laqueille (Paris)
- **Prescriptions des antalgiques opioïdes en France : tendances et complications**
Nicolas Authier, Président de la Commission des Stupéfiants et Psychotropes de l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM) (Clermont-Ferrand)
- **Échec de la politique de prise en charge des addictions au Subutex**
Souhila Seklaoui & Abbes Ziri (Tizi Ouzou, Algérie)

S9 - Organisation et bilan de l'intervention précoce pour la psychose ♦ Amphi B

Présidents : Pierre Thomas (Lille) & Georges Haddad (Beyrouth, Liban)

- **Quel bilan somatique dans la psychose débutante ?**
Marie-Odile Krebs (Paris)
- **L'hétérogénéité de la clientèle des cliniques de premiers épisodes au Québec et adaptation des organisations**
Emmanuel Stip (Montréal, Québec)
- **La durée de la psychose non traitée**
Lama Souaiby (Beyrouth, Liban)

S10 - Les stimulations cérébrales ♦ Salle C2

Sous l'égide de la Commission Innovation de l'association du CPNLF

Présidents : David Szekely (Monaco) & Emmanuel Poulet (Lyon)

- **La neuromodulation implantée dans les TOC - perspectives d'un espoir grandissant**
Mircea Polosan (Grenoble)
- **Induction convulsive focale pour le traitement de la dépression : les ECT de demain ?**
Ziad Nahas (Minneapolis, Etats-Unis)
- **La Stimulation Magnétique Transcrânienne répétitive (rTMS) dans le traitement de la dépression. Où en sommes-nous ?**
David Szekely (Monaco)
- **Stimulation transcrânienne à courant continu (tDCS) & dépression : rapport coût/efficacité. Le projet DISCO**
Anne Sauvaget (Nantes)

S11 - Regards croisés autour de l'Épilepsie ♦ Salle C8

Sous l'égide de l'association médicale et sociale libanaise pour l'épilepsie Epsilon

Présidents : Ronald Moussa (Beyrouth, Liban) & Karine Abou Khaled (Beyrouth, Liban)

- **Anxiété et Épilepsie**
Coraline Hingray (Nancy)
- **Dépression post-chirurgie de l'épilepsie : un "manque de crise" ?**
Adrien Gras (Strasbourg)
- **La chirurgie de l'Épilepsie, quel avenir ?**
Bertrand Devaux (Paris)

S12 - Place des personnes âgées dans les différents pays francophones : la vieillesse, autonomie et/ou dépendance ;

Aspects culturels, psychologiques et psychopathologiques ♦ Salle C9

Sous l'égide de la Commission Psychiatrie de la personne âgée et neuropsychiatrie de l'association du CPNLF

Présidents : Christophe Arbus (Toulouse) & Gilbert Ferrey (Paris)

- **Des maisons de retraite au Maroc, un voeu pieux ? Une nécessité !**
Pour le Maroc : Hachem Tyal (Casablanca, Maroc)
- **Situation de la psycho-gériatrie en Algérie ; à propos d'une étude menée au centre hospitalo-universitaire de Tizi-Ouzou**
Pour l'Algérie : Abbes Ziri & Souhila Seklaoui (Tizi Ouzou, Algérie)

- **Innover pour s'adapter - La Psychiatrie de la personne âgée en France : une idée nouvelle ?**
Pour la France : Christophe Arbus (Toulouse)
- **Quelle place de la famille tunisienne dans la prise en charge des personnes âgées**
Pour la Tunisie : Jawaher Masmoudi (Sfax, Tunisie)
- **Taux de troubles mentaux, conséquences et traitements chez les personnes âgées au Liban : une étude nationale**
Pour le Liban : Georges Karam (Beyrouth, Liban)
- **Où vont vivre les personnes âgées à l'avenir, et à quel prix en Belgique ?**
Pour la Belgique : Vincent Dubois (Bruxelles, Belgique)



Journée CPNLF "Pharmacien"

Sous l'égide de la commission Pharmaco-Pharmacie de l'association du CPNLF

JP1. Binôme Pharmacien-Psychiatre :

enjeux de la collaboration pour le bénéfice du patient ♦ Salle B4

Présidents : Hervé Javelot (Brumath) & Krikor Sahakian (Beyrouth, Liban)

- **Une pharmacie clinique spécialisée en psychiatrie : ça peut exister ? ça sert à quoi ?**
Hervé Javelot (Brumath)
- **Rôles du pharmacien dans l'individualisation de la prise en charge des patients en psychiatrie**
Aline El Hajj (Beyrouth, Liban)
- **La psychiatrie est un art qui s'apprend : de la psychodynamique jusqu'à la galénique, l'enseignement mutuel de la trinomie pharmacien-psychiatre-interne profite aux patients**
Philippe Vincent (Montréal, Québec).

AFF1. Ateliers de formation de la francophonie

Sensibiliser et déstigmatiser ♦ Salle C3

Sous l'égide de L'Association Francophone pour les Malades Mentaux (AFMM)

Président : Rita Saab Moukarzel (Beyrouth, Liban)

- **Jackpot Jacques !**
Armand Homsy (Beyrouth, Liban)
- **Ce que nous apprend Tintin sur la psychiatrie**
Elie Houry (Beyrouth, Liban)
- **Des films pour sensibiliser**
Rhéa Houry & Charbel Nasser (Beyrouth, Liban)

12h30-13h30 : déjeuner sur place

DD1. Déjeuners - débats

Cannabis thérapeutique : vous avez fumé ou quoi ? ♦ Salle A6

Organisé et sous l'égide de la commission Jeunes de l'association du CPNLF

Présidente : Gabrièle Mugnier (Le Mans)

- **Le Pour et le Contre**
Juliette Salles (Toulouse) & Elias Abdelsater (Beyrouth, Liban)

DD2. Déjeuners-débats

Mécanismes inflammatoires dans les troubles de l'humeur : le point de vue du clinicien versus celui du chercheur ♦ Salle C9

Président : Patrick Martin (Paris)

- **Le point de vue d'un Clinicien** par Jihane Rouhayem (Beyrouth, Liban)
- **Le point de vue d'un Chercheur** par Nassim Fares (Beyrouth, Liban)

13h30 - 15h00

S13 - Stratégies de réduction des risques addiction/hépatite : regards croisés addictologues, psychiatres, hépatologues ♦ Salle C9

Présidents : Amine Benyamina, président de la Fédération Française d'Addictologie (Paris) & Philippe de Timary (Bruxelles, Belgique)

- **L'hépatite C en milieu psychiatrique : un problème négligé ?**
Benjamin Rolland (Lyon)
- **Alcool et foie : un regain d'intérêt ; quid des recommandations de l'AFEF**
Alexandre Louvet (Lille)

• **Dépistage des maladies du foie liées à l'alcool et du VHC : rôle de l'addictologue**
Camille Barrault (Créteil)

S14 - Promouvoir les droits de l'homme : Regards croisés internationaux ♦ Salle C3

Sous l'égide de la Commission de la francophonie de l'association du CPNLF

Présidents : Rabih Chammay (Beyrouth, Liban), Rachel Bocher (Nantes) & Jean-Luc Roelandt (Lille)

• **Consentement aux soins : Avantages ou illusions**

Rachel Bocher (Nantes)

• **Le programme QualityRights de l'OMS : viser la qualité des soins et le respect des droits des usagers des services de santé mentale**

Déborah Sebbane, Bérénice Staedel, Simon Vasseur-Bacle (Lille)

• **Une approche de Santé Publique fondée sur les Droits de l'Homme : un impératif pour l'atteinte des Objectifs de Développement Durables**

Michèle Asmar (Beyrouth, Liban)

S15 - Soins du corps et de l'esprit ♦ Amphi A

Président : Pierre Vidailhet (Strasbourg)

• **Schizophrénie et enjeux cardio-métaboliques : pour une approche intégrative précoce**
Jean-Christophe Chauvet- Gélinier (Dijon)

• **Une vie active et saine (HeAL) : un manifeste pour avoir le corps "en tête" dans la psychose débutante**

Marie-Odile Krebs (Paris)

• **Le sport, bienfaits et méfaits**

Wissam Kheir (Beyrouth, Liban)



Journée CPNLF "Pharmacien"

Sous l'égide de la commission Pharmaco-Pharmacie de l'association du CPNLF

JP2. Entretien motivationnel : observance médicamenteuse et déni ♦ Salle C8

Présidents : René Maarek, Président de l'union des pharmaciens (UPRP) (Paris)

& Nayla Sargi (Beyrouth, Liban)

• **Savoir motiver les patients à l'observance**

René Maarek, Président de l'union des pharmaciens (UPRP) (Paris)

• **Etat émotionnel et adhérence au traitement**

Lucine Halepian (Beyrouth, Liban)

• **Intérêt de la simulation pédagogique pour le pharmacien**

Simon Rodier (Nice)

S16 - L'avenir de la psychiatrie & des neurosciences ♦ Amphi B

Présidents : Raphaël Gaillard (Paris) & Hassan Hosseini (Créteil)

• **Aspects neurobiologiques du futur de la psychiatrie**

Raphaël Gaillard (Paris)

• **La psychiatrie au Liban, entre hier et demain**

Sami Richa (Beyrouth, Liban)

• **Etat d'urgence ?**

Pierre-Michel Llorca (Clermont-Ferrand)

S17 - Santé mentale et sécurité routière : quelle prévention ? ♦ Salle B4

Présidents : Wassim Rapahel (Beyrouth, Liban) & Jean-Paul Chabannes (Grenoble)

• **Psychotropes et conduite automobile : plus de questionnements que de solutions**

Jean-Paul Chabannes (Grenoble)

• **Epilepsie et conduite automobile**

Karine Abou Khaled (Beyrouth)

• **L'évaluation de l'aptitude à la conduite des sujets présentant des troubles psychiques
Quels outils ? Quels critères ? Quels risques ?**

Pierre-Olivier Mattei (Paris)

S18 - Migration & réfugiés ♦ Salle C2

Présidents : Halima Zeroug-Vial (Lyon) & Farid Bouchene (Alger, Algérie)

- **Psychiatrie humanitaire en mégapole : un paradoxe ?**

Alain Mercuel (Paris)

- **Les services de santé mentale pour les réfugiés syriens au Liban : perceptions et expériences de réfugiés et de soignants**

Hala Kerbage (Beyrouth, Liban)

- **Santé mentale des travailleuses domestiques migrantes au Liban**

Nada Zahreddine (Beyrouth, Liban)

13h30-17h00



Atelier DPC 2 : "Sommeil et vigilance : Perspectives et prise en charge" ◆ Salle A6
Suivi d'une évaluation des pratiques professionnelles (EPP)

Coordinatrices : Isabelle Poirot (Lille) & Carmen Schröder (Strasbourg)

15h00-16h30 Conférences "Prestige"

15h00-15h45

CP1. Conférence du Président de l'association du CPNLF ◆ Amphi C

- **Trois choses qui me tiennent à cœur**

Guy Darcourt (Nice)

Modérateur : Laurent Schmitt (Toulouse)

15h45-16h30

CP2. Conférence prestige ◆ Amphi C

- **L'Héritage de Jean Delay**

Intervenant : Florence Delay, de l'Académie française (Paris)

Modérateur : Jean-Pierre Olié (Paris)

16h30-17h00 Pause découverte : espaces partenaires et posters

17h00-18h30

RT1. Premier Rapport thématique ◆ Amphi C

Présidence et présentation du premier Rapport thématique de l'association du CPNLF :
"Ethique & Psychiatrie" par Sami Richa (Beyrouth, Liban)

Discutants : Michel Scheuer (Beyrouth) & Driss Moussaoui (Casablanca)

Discussion

18h30-19h00

- **Allocutions d'ouverture ◆ Amphi C**

VENDREDI 21 JUIN

08h00-09h00

Les Rencontres avec l'expert

RE2. A la Rencontre de l'expert pour la Génétique de l'autisme ♦ Salle B4

L'expert : Richard Delorme (Paris)

Modérateur : Fadi Maalouf (Beyrouth, Liban)

Les Rencontres avec l'expert

RE3. A la Rencontre de l'expert pour Sexualité et Psychiatrie ♦ Salle C9

• **Troubles du désir masculin : hormonal ou psychologique ?**

Les experts : Carol Burté (Nice) & Sandrine Attalah (Beyrouth, Liban)

Les Rencontres avec l'expert

RE4. A la Rencontre de l'expert pour l'Anxiété sociale ♦ Salle C3

L'expert : Raymond Elaily (Bordeaux)

Modérateur : Robert Rizk (Beyrouth, Liban)

08h00-11h30



Atelier DPC 3 : Prendre en charge les enfants souffrant de TDAH

Suivi d'une évaluation des pratiques professionnelles (EPP) ♦ Salle A6

Coordinateurs : Cédric Galera (Bordeaux) & Manuel Bouvard (Bordeaux)

09h00-10h30

S19 - Drogues : des usages stupéfiants... ♦ Amphi A

Président : Patrick Martin (Paris)

• **Drogues et Guerres**

Ramzi Haddad (Beyrouth, Liban)

• **Terrorisme et Drogues**

François Kazour (Beyrouth, Liban)

• **Expliquer les drogues**

Elias Abdelsater (Beyrouth, Liban)

S20 - L'éthique de l'enfermement : confrontation de points de vue francophones ♦ Amphi B

Sous l'égide de la Commission Médicolégale de l'association du CPNLF

Présidents : Jérôme Palazzolo (Nice), Sami Richa (Beyrouth) & Nidal Abou Nabhan (Rennes)

• **Du point de vue d'un psychiatre algérien**

Mohammed El Amin Bencharif (Blida, Algérie)

• **Du point de vue d'un psychiatre belge** : Vincent Dubois (Bruxelles, Belgique)

• **Du point de vue d'une psychiatre française** : Déborah Sebbane (Lille)

• **Du point de vue d'une infirmière libanaise** : Doris Choueifati (Beyrouth, Liban)

• **Du point de vue d'un psychiatre marocain** : **L'isolement en psychiatrie au Maroc. Un traitement inhumain de l'humain ?**

Hachem Tyal (Marrakech, Maroc)

• **Du point de vue d'un psychiatre québécois** : "Garder et Ordonner", dissociation entre une garde en établissement et une ordonnance de traitement, illustration d'une province francophone du Canada

Emmanuel Stip (Montréal, Québec)

• **Du point de vue d'un psychiatre tunisien** : **L'hospitalisation d'office des malades en Tunisie, la dangerosité en est-elle une justification éthique ?**

Sofiane Zribi (Tunis, Tunisie)

Discussion

S21 - Santé mentale en prison ♦ Salle B4

Présidents : Pierre Thomas (Lille) & Hana Nassif (Beyrouth, Liban)

- **Les traitements de substitution en prison**

Dany Khalaf (Beyrouth, Liban)

- **Quelle prise en charge des addictions en prison ?**

Fadi Mroue (Montpellier)

- **La psychiatrie en milieu carcéral**

El-Hamid Adja (Béjaia, Algérie)

- **Psychiatrie de liaison en milieu pénitentiaire,**

à propos de l'expérience du service de psychiatrie du CHU de Tizi-Ouzou

Soufiane Zeggane, Souhila Seklaoui, Abbas Ziri (Tizi-Ouzou, Algérie)

S22 - Cannabis thérapeutique : quels sont ses bienfaits sur la santé ? ♦ Salle C9

Présidents : Elie Chedid (Beyrouth, Liban) & Dominique Lossignol (Bruxelles)

- **Cannabinoïdes : D'Hippocrate aux neurosciences**

Dominique Lossignol (Bruxelles)

- **Le cannabis : de la prohibition à un remède universel**

Joseph Khoury (Beyrouth, Liban)

S23 - Trouble du Spectre Autistique (TSA) et intelligences atypiques ♦ Salle C3

Présidentes : Catherine Barthélémy (Tours) & Madeleine Taha Badaro (Beyrouth, Liban)

- **Trouble du Spectre de l'Autisme : timing is everything**

Frédérique Bonnet-Brilhault (Tours)

- **Les troubles du spectre de l'autisme – le jour et la nuit**

Carmen Schröder (Strasbourg)

- **Peut-on traiter les TSA avec des médicaments ? Point sur la littérature scientifique et les rumeurs**

Olivier Bonnot (Nantes)

- **Les thérapies d'échange et de développement au Liban**

Edith Kouba Hreich (Beyrouth, Liban) & Camille Moitel Messara (Beyrouth, Liban)



Journée CPNLF "Pharmacien"

Sous l'égide de la commission Pharmaco-Pharmacie de l'association du CPNLF

JP3. Réduction des risques : rôle du pharmacien ♦ Salle C2

Présidents : Guillaume Airagnes (Paris) & Hayat Azouri Tannous, vice doyen de la faculté de Pharmacie de l'Université Saint-Joseph de Beyrouth (Beyrouth, Liban)

- **Iatrogénèse des benzodiazépines : quelle concertation Pharmacien-Psychiatre ?**

Guillaume Airagnes (Paris).

- **Réduction des Risques à l'officine : place du pharmacien dans le soin**

Stéphane Robinet (Strasbourg)

- **Gestion du risque médicamenteux à l'hôpital en psychiatrie**

Rabab Rassi El Khoury (Beyrouth, Liban)

S24 - Session des communications pour le "Prix CPNLF de la 1e Communication" de l'association du CPNLF ♦ Amphi C

Présentation des communications sélectionnées

Président : Laurent Schmitt (Toulouse) et les membres du jury

10h30-11h00 Pause découverte : espaces partenaires et posters

11h00-12h30

Symposium Partenaire ♦ Amphi B

Les antipsychotiques injectables à action prolongée (APAP) : en pratique clinique

Président : Charles Yaacoub (Beyrouth, Liban)

Modérateur : Patrick Martin (Paris)

- **Quels sont les bénéfices des antipsychotiques d'action prolongée ? : les points d'accord**
Nidal Abou Nabhan (Rennes)

- **Quels sont les bénéfices des antipsychotiques d'action prolongée ? : les divergences**
Pierre Thomas (Lille)

Avec le soutien des Laboratoires Janssen

S25 - Urgences collectives, catastrophes et crises sanitaires ♦ Salle C3

Sous l'égide de la Commission Urgence - Psychotrauma - Réseaux de soins de l'association du CPNLF
Présidents : Wissam El Hage (Tours) & Guillaume Vaiva (Lille)

- **Attentats et psychopathologies**
Dominique Mastelli (Strasbourg) & Ludivine Nohales (Lyon)
- **Catastrophes naturelles et psychopathologie**
Jean-Marie Batail (Rennes)
- **Guerre et psychopathologie**
Patrick Clervoy (Montpellier)

AFF2. Ateliers de formation de la francophonie

Évaluations cognitives et insight en pathologies mentales ♦ Salle B4

Présidents : Abdelkrim Messaoudi (Tizi-Ouzou, Algérie) & Pierre Vidailhet (Strasbourg)

- **L'insight en psychopathologie : Définitions, histoire d'un concept**
Pierre-Olivier Mattei (Paris)
- **Le fonctionnement cognitif et l'insight dans les troubles bipolaires**
Jawaher Masmoudi (Sfax, Tunisie)
- **Les troubles cognitifs et la qualité de l'insight pendant les premiers épisodes psychotiques**
Kamel Saidene (Alger, Algérie)

S26 - Apprendre la médecine : des bimaristans à la simulation pédagogique ♦ Salle C8

Sous l'égide de la Commission Pédagogie de l'association du CPNLF

Présidents : Pierre Vidailhet (Strasbourg) & Roland Tomb (Beyrouth, Liban)

- **Apprendre la relation soignant-soigné par le jeu de rôle**
Adrien Gras (Strasbourg) & Victor Gasia (Strasbourg)
- **Apprendre l'exercice de l'expertise médico-légale par la simulation**
Pierre Vidailhet (Strasbourg)
- **La simulation à la faculté de médecine de l'Université Saint Joseph de Beyrouth**
Roland Tomb (Beyrouth, Liban)

AFF3. Ateliers de formation de la francophonie

Suicide, prise en charge : une question planétaire ♦ Salle C9

Présidents : Abbes Ziri (Tizi-Ouzou, Algérie) & Elie Karam (Beyrouth, Liban)

- **Guerre et suicidalité**
Elie Karam (Beyrouth, Liban)
- **Le rôle du pharmacien d'officine dans la prévention du suicide**
Philippe Vincent (Montréal, Québec)
- ***Suicide in Lebanon : What Have We Learned So Far? Findings from the first suicide prevention helpline in Lebanon and the Middle East / Le suicide au Liban: qu'avons-nous appris jusqu'à présent ? Conclusions du premier service d'assistance téléphonique sur la prévention du suicide au Liban et au Moyen-Orient***
Mia Atoui (Beyrouth, Liban)



Journée CPNLF "Pharmacien"

Sous l'égide de la commission Pharmaco-Pharmacie de l'association du CPNLF

JP4. Guide de l'addictologie en pharmacie d'officine ♦ Salle C2

Présidents : René Maarek, Président de l'union des pharmaciens (UPRP) (Paris)

- **Les nouveaux produits de synthèse (NPS)**
Luc Zimmer (Lyon)
- **Guide de l'addictologie en pharmacie d'officine**
Hayat Azouri Tannous (Beyrouth, Liban)
- **Le pharmacien face au RTU : responsabilité partagée ? À propos du baclofène**
Stéphane Robinet (Strasbourg)

S27 - Quand les patients savent ce qui est bon pour eux... ♦ Amphi A

Session organisée par AFFEP & AJPJA, Sous l'égide de la Commission Jeunes psychiatres de l'association du CPNLF

Présidents : Charles-Edouard Notredame (Lille) & Lama Souaiby (Beyrouth, Liban)

- **Les Applications électroniques de la thérapie "self help" en psychiatrie**
Marianne Soueidi (Beyrouth, Liban)
- **Le dernier verre ?**
May Boumendjel (Versailles);
- **L'impact de la foi sur le bien-être**
Michaelangelo Aoun (Beyrouth, Liban)
- **ASMR (Autonomous Sensory Meridian Response, Réponse sensorielle maximale automatique) : la nouvelle madeleine de Proust**
Raphaël Curti (Marseille)

12h30-13h30 Déjeuner sur place

DD3. Déjeuners-débats

- **Valproate et ses sels, procréation, grossesse et allaitement** ♦ Salle A6
Présidents : Assad Kesrouani (Beyrouth, Liban) & Pierre Thomas (Lille)
- **Trouble bipolaire pendant la grossesse : y a-t-il une place à l'acide valproïque ?**
Charline Hachem (Beyrouth, Liban)
- **L'usage de l'acide valproïque en grossesse et le processus de décision partagée avec les patientes**
Marie Auclair (Montréal, Québec)
Discutant : Pierre Thomas (Lille)

DD4. Déjeuners-débats

- **La démence a-t-elle encore des médicaments pour la traiter ?** ♦ Salle C9
Présidents : Kamal Kallab (Beyrouth, Liban) & Vincent Camus (Tours)
- **Quel impact du déremboursement des médicaments anti-alzheimer en France?**
Vincent Camus (Tours)
- **Traitements médicamenteux des troubles cognitifs de la démence**
Rita Hayek (Beyrouth, Liban)

13h30-15h00

S28 - Innovations et alternatives en psychiatrie ♦ Salle C3

Sous l'égide de la Commission Psychiatres libéraux de l'association du CPNLF

Présidents : Dominique Mastelli (Strasbourg) & François Conraux (Saint-Dié des Vosges)

- **Les nouvelles organisations territoriales : CPTS (Communautés Professionnelles des Territoires de Santé) et DSPP (Dispositif de Soins Partagés en Psychiatrie). Les résultats 2018**
Maurice Bensoussan, Président URPS des Médecins Libéraux d'Occitanie (Toulouse)
& Jean-Louis Griguer (Montéluçon)
- **La psychopharmacologie est une science inexacte : comment le pharmacien peut-il ajouter de l'objectivité ?**
Philippe Vincent (Montréal, Québec)
- **Adaptation de posologies des médicaments utilisés en psychiatrie : collaboration pharmacien-psychiatre**
Lydia Rabaa Khabbaz (Beyrouth, Liban)



Journée CPNLF "Pharmacien"

Sous l'égide de la commission Pharmaco-Pharmacie de l'association du CPNLF

JP5. Quelle collaboration Pharmacien-Psychiatre dans l'optimisation pharmaco-thérapeutique ♦ Salle C2

Présidents : Patrick Martin (Paris) & Philippe Vincent (Montréal, Québec)

- **Prise en compte de la pharmacologie dans la décision médicale**
Patrick Martin (Paris)
- **La psychopharmacologie une science inexacte : comment le pharmacien peut-il ajouter de l'objectivité ?**
Philippe Vincent (Montréal, Québec)
- **Adaptation de posologies des médicaments utilisés en psychiatrie : collaboration pharmacien-psychiatre**
Lydia Rabaa Khabbaz (Beyrouth, Liban)

S29 - Crimes et passions ♦ Amphi B

Sous l'égide de la Commission Médico-légale de l'association du CPNLF

Présidents : Dominique Drapier (Rennes) & Nidal Abou Nabhan (Rennes)

- **Érotomanie, Histoire vécue**
Nathalie Richa (Beyrouth, Liban)
- **Homicide suicide : De l'amour à la mort**
Anne-Hélène Moncany (Toulouse)
- **De la passion à la perversion**
Mathieu Lacambre (Montpellier)
- **Passions et dépendances affectives**
Laurent Layet (Avignon)

S30 - L'angoisse chez le dentiste ♦ Salle B4

Président : Falah Abou Jaoude (Beyrouth, Liban)

- **Les spécificités de l'anxiété dentaire**
Jihad Fakhoury (Beyrouth, Liban)
- **La pédodontie : Un exercice psychologique complexe**
Jad Nasr (Beyrouth, Liban)
- **Comprendre et vaincre la peur du dentiste**
Fadela Amenouche (Tizi-Ouzou, Algérie)
- **Origines comportementale et génétique de la peur du dentiste**
Nadia Zioui (Alger, Algérie)

AFF4. Ateliers de formation de la francophonie

Contention et isolement en psychiatrie ♦ Amphi A

Présidents : Khadidja Bessedik (Blida, Algérie), El-Hamid Adja (Bejaia, Algérie)
& Sami Richa (Beyrouth, Liban)

- **La contention et l'isolement entre pratique, soin et éthique**
Asma Souad Mezoued & Mohammed El Amin Bencharif (Blida, Algérie)
- **Quelle place pour la contention en pratique d'urgence ?**
Moulay Ali Amani (Oran, Algérie) & Mohammed El Amin Bencharif (Blida, Algérie)
- **Contention physique et maltraitance**
Achour Ihadjadene, Souhila Seklaoui & Abbes Ziri (Tizi-Ouzou, Algérie)
- **Contention, le non de l'Hôtel-Dieu !**
Doris Chouefati (Beyrouth, Liban)

S31 - De l'enfant à l'adolescent : Quel sommeil, quel rythme ? ♦ Salle C9

Sous l'égide de la Commission Sommeil et éveil de l'association du CPNLF & de la SFRMS

Présidentes : Carmen Schröder (Strasbourg) & Michèle Chahoud (Beyrouth, Liban)

- **Le sommeil à la base du développement chez l'enfant**
Madjid Tabti (Chéraga, Algérie)
- **Les adolescents libanais dorment-ils bien ? Etude sur 3 000 adolescents en population générale**
Michèle Chahoud (Beyrouth, Liban)
- **De l'enfant à l'adolescent : quid du sommeil en pédopsychiatrie ?**
Carmen Schröder (Strasbourg)
Avec remise du Prix Clinéa de pédopsychiatrie

S32. Session de Neurologie ♦ Salle C8

Président : Kamal Kallab (Beyrouth, Liban)

- **Gilles de la Tourette, l'expérience d'un neurochirurgien**
Georges Nohra (Beyrouth, Liban)
- **Nouveautés dans le traitement de la phase aiguë de l'infarctus cérébral**
Halim Abboud (Beyrouth, Liban)
- **A quel point la neuromodulation permet-elle de soulager la souffrance des patients atteints de douleurs neuropathiques chroniques et réfractaires ?**
Joseph Maaraoui (Beyrouth, Liban)

15h00-16h30 Conférences "Prestige"

15h00-15h45

CP3. Conférence Warot

- Sciences et Ethique : Les très riches heures de la psychiatrie arabo-musulmane ♦ Amphi C

Conférencier : Sami-Paul Tawil (Paris)

Modérateur : Roland Tomb (Beyrouth, Liban)

15h45-16h30

CP4. Conférence prestige

- Pluie de juin ! ♦ Amphi C

Intervenant : Jabbour Douaihy (Beyrouth, Liban)

Modérateur : Antoine Courban (Beyrouth, Liban)

15h00-18h30



Atelier DPC 4 : "Catastrophes et crises sanitaires" ♦ Salle A6

Suivi d'une évaluation des pratiques professionnelles (EPP)

Coordinateurs : Dominique Mastelli (Strasbourg) & Pierre Vidailhet (Strasbourg)

16h30-17h00 Pause découverte : espaces partenaires et posters

17h00-18h30

RT2. Second Rapport thématique ♦ Amphi C

Présidence et présentation du second Rapport thématique de l'association du CPNLF :

"La sclérose en plaques (SEP)"

par Kamal Kallab (Beyrouth, Liban)

Discutant : Ayman Tourba (Reims)

Discussion



SAMEDI 22 JUIN

08h00-09h00

Les Rencontres avec l'expert

RE5. A la Rencontre de l'expert pour le Trauma ♦ Amphi B

L'expert : Alain Brunet (Montréal)

Modérateur : Wissam El Hage (Tours)

Prix de la Commission Jeunes du CPNLF ♦ Amphi C

Second Ignite talks à Beyrouth 2019

Venez vous enflammer pour les communications de jeunes psychiatres. Appréciez, votez,

Un seul aura le Prix de la Commission Jeunes de l'association du CPNLF

Les candidats sélectionnés :

Sophie Cervello (Lyon) : **Etude PAiR, Pair-Aidance en Réhabilitation psychosociale : contextualisation et étude qualitative auprès des professionnels et usagers de quatre centres de réhabilitation psychosociale**

Jean-Marie Pairin (Paris) : **Utilité des réseaux sociaux pour la diffusion d'information en psychiatrie : l'exemple d'un compte Twitter**

Hélène Buchoul (Nantes) : **Etude SMART'AUTISME Evaluation écologique transversale et pluri-hebdomadaire par application Smartphone des symptômes observés chez des enfants avec autisme et de la qualité de vie des parents sur une durée de 6 mois**

09h00-10h30



Journée CPNLF "Pharmacien"

Sous l'égide de la commission Pharmaco-Pharmacie de l'association du CPNLF

JP6. Mésusage des opiacés : comment répondre ♦ Salle C2

Présidents : Luc Zimmer (Lyon) & Marlène Abou Jaoudé (Beyrouth, Liban)

• **Le circuit des médicaments stupéfiants à l'hôpital : quelle collaboration pharmacien-psychiatre**
Hélène Genty (Bastia)

• **La crise des opioïdes : autopsie d'un scandale sanitaire**

Luc Zimmer (Lyon)

• **Les médicaments stupéfiants à l'hôpital au Liban**

May Fakhoury (Beyrouth, Liban)

S33 - Psychiatrie transculturelle ♦ Salle B4

Sous l'égide de l'Association Franco-Maghrébine de Psychiatrie

Présidents : Jean Daléry (France) & Leila Sahab (Beyrouth, Liban)

• **Les enfants de la double culture**

Marie-Rose Moro (Paris)

• **Le programme profamille à Marrakech**

Wydad Hikmat, Fatima Asri (Marrakech, Maroc)

• **Les personnes âgées dans la culture maghrébine**

Jawaher Masmoudi (Sfax, Tunisie) & Lotfi Gaha (Monastir, Tunisie)

S34 - L'actualité sur le viol et les agressions sexuelles ♦ Amphi B

Sous l'égide de la Commission Médicolégale de l'association du CPNLF

Présidents : Adel Akl (Beyrouth, Liban) & Tayeb Benatmane (Alger, Algérie)

- **L'apport de l'Expertise dans la procédure**
Nidal Abou Nabhan (Rennes)
- **Audition publique : Un an après**
Mathieu Lacambre (Montpellier)
- **Prévalence et impact des agressions sexuelles auprès de la population requérante d'asile : revue de la littérature et illustration clinique**
Rachel Baeriswyl-Cottin, Javier Bartolomei, Natacha Premand (Genève, Suisse)

S35 - Le Trouble Déficitaire de l'Attention avec Hyperactivité (TDAH) de l'enfance à l'âge adulte ♦ Amphi A

Présidents Cédric Galera (Bordeaux) & Manuel Bouvard (Bordeaux)

- **La clinique et le diagnostic du Trouble Déficitaire de l'Attention avec Hyperactivité (TDAH)**
Manuel Bouvard (Bordeaux)
- **Les traitements médicamenteux dans le Trouble Déficitaire de l'Attention avec Hyperactivité (TDAH)**
Cédric Galera (Bordeaux)
- **La comorbidité entre le Trouble Déficitaire de l'Attention avec Hyperactivité (TDAH) et l'Autisme**
Eric Acquaviva (Paris)

S36 - Santé mentale, orientation sexuelle et genre ♦ Salle C8

Présidents : Richard Montoro (Montréal, Québec), & Agnès Gras-Vincendon (Strasbourg)

- **L'enjeu d'exister : la sexualité au Liban**
Pascale Kolakez (Beyrouth, Liban)
- **Accompagnement des parents et des familles dans le cadre d'une trajectoire de transition d'adolescent. L'expérience d'un Groupe Parents**
François Medjkane (Lille)
- **Pourquoi et comment accueillir en pédopsychiatrie les adolescents avec dysphorie de genre ?**
Agnès Gras-Vincendon (Strasbourg)
- **Thérapie de groupe pour parents de trans adolescents et jeunes adultes**
Marjorie Rabiau, Maude Desrochers, Mayte Parada, Richard Montoro (Montréal, Québec)

S37 - Remédiation cognitive ♦ Salle C3

Présidents : Isabelle Amado (Paris) & Rima Abi Saleh (Beyrouth, Liban)

- **Jamais sans ma famille !**
Dominique Willard (Paris)
- **Adaptation et validation de la Thérapie par Remédiation cognitive (CRT) à l'enfant : l'expérience tunisienne**
Asma Bouden (La Manouba, Tunisie)
- **Dimension culturelle de l'évaluation neuropsychologique**
Pierre Abdel Ahad (Paris)

S38 - Actualités neuroscientifiques et thérapeutiques dans les troubles bipolaires ♦ Salle C9

Présidents : Wadih Naja (Beyrouth, Liban) & Michel Hamon (Paris)

- **Nouvelle place du lithium dans le traitement des troubles bipolaires**
Marc Masson (Garches)
- **De l'humeur aux émotions : pour une meilleure compréhension de la physiopathologie des troubles bipolaires**
Chantal Henri (Paris)
- **La souffrance désarmée, le récit d'une guérison**
Yara Chamoun & Myriam Zarzour (Beyrouth, Liban)

10h30-11h00 Pause découverte : espaces partenaires et posters

11h00-12h30

Symposium partenaire ♦ Amphi B

La Lamotrigine dans le trouble bipolaire

About Assaf (Beyrouth, Liban)

Avec le soutien des laboratoires GSK

S39 - Le syndrome du décalage horaire (jetlag) : comment mettre les pendules à l'heure ? ♦ Salle C9

Sous l'égide de la Commission Sommeil et éveil de l'association du CPNLF & de la SFRMS

Présidentes : Carmen Schröder (Strasbourg) & Isabelle Poirot (Lille)

• Décalage horaire – recalage lumière : comment remettre l'heure interne en phase avec l'heure externe ?

Claude Gronfier (Lyon)

• Décalage entre temporalité interne et temporalité externe dans les troubles de l'humeur

Pierre Alexis Geoffroy (Paris)

• Insomnie ou décalage horaire ? Deux façons de remettre les pendules à l'heure

Isabelle Poirot (Lille)



Journée CPNLF "Pharmacien"

Sous l'égide de la commission Pharmaco-Pharmacie de l'association du CPNLF

JP7. Dopage à l'officine ♦ Salle C3

Présidents : Marianne Abi Fadel, doyen de la faculté de Pharmacie de l'Université Saint-Joseph de Beyrouth (Beyrouth, Liban) & Luc Zimmer (Lyon)

• Intervention du pharmacien dans les réseaux de prise en charge de la toxicomanie

René Maarek, Président de l'Union des Pharmaciens de la Région Parisienne (UPRP) (Paris)

• Prévention du dopage : le pharmacien, allié du sportif

Diane Antonios Gholam (Beyrouth, Liban)

• Addictions aux antalgiques opioïdes chez des patients souffrant de douleurs chroniques

René Maarek, Président de l'Union des Pharmaciens de la Région Parisienne (UPRP) (Paris)

S40 - La session de l'Association des Médecins Psychiatres du Québec (AMPQ) ♦ Salle C8

Présidents : Richard Montoro (Montréal, Québec) & Simon Patry (Québec, Québec)

• Électro convulsivothérapie (ECT) : perspectives québécoises

Simon Patry & Morgane Lemasson (Québec, Québec)

AFF5. Ateliers de formation de la francophonie ♦ Salle C2

Sous l'égide de l'ALternative Fédérative des Associations de PSYchiatry (ALFAPSY)

Président : Hachem Tyal, Président d'ALFAPSY (Marrakech, Maroc)

• Les considérations inactuelles en psychiatrie

Hervé Granier (Montpellier)

• La psychiatrie moderne face au risque d'une dé-civilisation

Paul Lacaze (Montpellier) & Michel Juras (Lyon)

• Anxiétés et sociétés hyperconnectées : quels liens et quels enjeux ?

Othmane Lorabi (Casablanca, Maroc)

S41 - Comprendre les troubles des conduites alimentaires ♦ Amphi A

Présidents : Josiane-Made Skaff (Beyrouth, Liban) & Sébastien Guillaume (Montpellier)

• Une approche par grade dans les TCA : quel intérêt pour la prise en charge ?

Sébastien Guillaume (Montpellier)

• Neurobiologie des troubles du comportement alimentaire et de l'état de stress post-traumatique : deux faces d'une même monnaie?

Rami Bou Khalil (Beyrouth, Liban)

• Troubles des conduites alimentaires et activités sportives

Melissa Rizk (Beyrouth, Liban)

S42 - Handicap psychique ♦ Salle B4

Présidents : Michel Mercier (Namur, Belgique) & Sandra Sabbagh (Beyrouth, Liban)

• Représentations sociales du handicap et de la sexualité dans le champ de la déficience intellectuelle

Michel Mercier (Namur, Belgique)

• **Représentations sociales : le déficit intellectuel entre différents pays francophones**
Christelle Khairallah (Beyrouth, Liban)

• **Représentations de la vie affective, relationnelle et sexuelle par des personnes déficientes intellectuelles dans le cadre d'ateliers d'expression créative**
Marie-Martine Gernay (Namur, Belgique)

12h30-13h30

Remise des prix suivie par la session de clôture du 117e colloque international de l'association du CPNLF et présentation du 118e colloque à Lille ♦ **Amphi C**

*Pour votre information : dîner de clôture du 117e colloque international de l'association du CPNLF à 21h dans la ville de Byblos.
Renseignements et inscriptions auprès de l'agence Infomed*

Résumés des communications scientifiques

par jour et par ordre d'intervention

JEUDI 20 JUIN

RE1. A la Rencontre de l'expert dans le rapport de l'homme au monde ♦ Salle B4

• Nouvelles perspectives pour la symbolisation dans le monde actuel

René Roussillon (Lyon)

Objectifs pédagogiques

- Sensibiliser aux avancées dans la théorie de la symbolisation pour introduire le concept de symbolisation primaire.

La théorie de la symbolisation a longtemps été dominée par une conception qui reposait sur la symbolisation de l'absence, en absence. Cette théorie conserve à l'heure actuelle toute sa pertinence mais l'exploration des dernières années de certaines formes de pathologies et son articulation avec les travaux concernant la vie psychique lors de la première enfance ont conduit à la complexifier et à la dialectiser avec des formes primaires de symbolisation qui opère non plus dans l'absence mais sont aussi repérables en présence et dans la présence.

Je me propose de faire le point sur ces développements récents qui conduisent à différencier une symbolisation « secondaire » en lien avec l'appareil de langage verbal et une symbolisation « primaire » en lien avec des formes de langage non verbaux. Comme la symbolisation « secondaire » a déjà beaucoup été explorée, je me centrerais plus sur la symbolisation « primaire » et sur les conséquences des travaux qui s'y rapportent quant à la psychopathologie et singulièrement le noyau mélancolique des pathologies du narcissisme. Je tenterais d'explicitier les propositions que j'avance à l'aide de vignettes cliniques directement issues de ma pratique de psychanalystes et qui se situent « au-delà du principe du plaisir ». Ce sera aussi l'occasion de se pencher sur la question des langages corporels fondés sur la sensori-tonico-motricité et la place qu'ils pourraient occuper dans les prises en charges thérapeutiques et, partant, dans la formation des cliniciens.

Bibliographie

- Roussillon. R (2011)-Agony and symbolization, Karnak book, London, (250p).
- Roussillon. R (2013). Winnicott's Deconstruction of primary narcissism, In D.W.Winnicott today, Dir J Abram. The New library of psychoanalysis, p268-289. Routledge, UK, USA, Canada.
- Roussillon. R (2001). La séparation et la chorégraphie de la rencontre, in « La séparation », sous la dir A Barbier, Érès, (2003).

S1. Psychiatrie, religions et civilisations ♦ Amphi A

• Adaptation aux traumatismes de vie : le modèle du "meaning-making" dans sa dimension religieuse

Philippe Huguelet (Genève, Suisse)

Objectifs pédagogiques

- Familiariser les auditeurs au sens que donnent les sujets aux traumatismes qu'ils subissent ;
- Discuter la dimension religieuse de ce sens ;
- Aider à cerner les dimensions adaptatives – ou pas – que les victimes peuvent en tirer.

Les rapports entre les religieux et les psychiatres sont souvent ambivalents. Cette présentation décrit les liens entre santé mentale et religion lors de traumatismes.

La religion peut être un outil d'adaptation aux difficultés de la vie. Aussi, elle peut façonner la représentation que les sujets vont avoir du "pourquoi" et du "comment" des traumatismes qu'ils subissent. Sont concernées les maladies, les catastrophes naturelles mais aussi les violences humaines. Cette représentation peut aider – ou pas – à faire face à ces événements. On parle dans ce cas de "coping par le sens" ("meaning-making way of coping").

Le concept de "meaning-making", important dans la littérature anglo-saxonne, ne se limite pas à la santé mentale, ni d'ailleurs à la religion. Il peut donc mener à une adaptation positive ou négative au traumatisme. Il va également mettre en jeu les relations entre 1) le sens global de la vie et 2) le sens attribué à des adversités, des traumatismes, le second étant susceptible de modifier le premier. Ainsi une personne traumatisée va devoir faire un travail psychique conséquent afin de concilier la signification de cette adversité avec la représentation globale qu'elle avait jusque là du monde et de son fonctionnement. La recherche sur les traumas en lien avec des affections somatiques, mais aussi des catastrophes naturelles montre à quel point ce travail de "meaning-making" peut influencer le degré de résilience des sujets concernés.

Ces représentations que les patients ont de leurs troubles dans leurs dimensions traumatiques sont donc susceptibles de jouer un rôle important, pour le meilleur et pour le pire. Ce champ peut donc être discuté en clinique, en considérant le fait

qu'un envoi vers un professionnel qualifié (aumônier, religieux) peut parfois aider à la résolution de ces représentations à contenu théologiques.

Bibliographie

- HUGUELET Ph.: Religion, spiritualité et santé mentale. Encyclopédie Médico-Chirurgicale – Psychiatrie, 14, DOI 10.1016/S0246-1072(17)75413-2, 2017.
- PARK CL. Making sense of the meaning literature: an integrative review of meaning making and its effects on adjustment to stressful life events. *Psychological Bulletin*, 136, 257-301, 2010.
- HUGUELET Ph., MOHR S., OLIE E., VIDAL S., HASLER R., PRADA P., BANCILA M., COURTET Ph., GUILLAUME S., PERROUD N.: Spiritual meaning-in-life and values in patients suffering from severe mental disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 204, 409-414, 2016.

• Psychopathologie des religieux au Liban

Christina Aramouny (Beyrouth, Liban)

Objectifs pédagogiques

- Souligner le rôle des conseillers religieux dans les soins de santé mentale.
- Partager les résultats de l'étude : Connaissances, attitudes et croyances des clercs catholiques au Liban concernant la santé mentale.
- Discuter de ces résultats et proposer des stratégies pour améliorer la gestion des soins.

90% de la population mondiale est impliquée aujourd'hui dans une certaine forme de pratique religieuse ou spirituelle. Jusqu'à une époque récente, la religion et la santé mentale ont été étroitement alignées. En effet, les premiers hôpitaux psychiatriques étaient situés dans des monastères et exploités par des prêtres.

La littérature révèle que l'utilisation des services de santé mentale chez les arabophones est faible. Ce phénomène est en partie attribué à des facteurs culturels, et aux croyances religieuses (possession démoniaque, méthodes de guérison traditionnelles). L'utilisation relativement importante d'autres sources d'aide, y compris celle de religieux, y contribue.

En effet, les chefs religieux de langue arabe sont souvent tenus de guider les personnes ayant des problèmes de santé mentale et d'aider leurs familles. En conséquence, ils acquièrent un rôle important dans leur vie, et peuvent parfois influencer leurs décisions ou leurs choix.

Nous manquons d'évidence quant à l'aptitude du clergé à répondre à ce besoin, sa capacité à identifier une maladie mentale et sa conviction de référer ces personnes vers des professionnels de santé mentale.

Bien que ces derniers sembleraient réticents à l'égard de la contribution des religieux, l'attitude de la psychiatrie envers la religion commence aujourd'hui à changer. La religion a effectivement été associée à un meilleur bien-être, à un optimisme, à des niveaux plus élevés d'estime de soi, à une rémission plus rapide, à des taux de suicide plus bas, à une réduction de l'incidence de dépression et d'anxiété, et enfin à moins de troubles d'usage d'alcool et de substances psychoactives.

Toutefois, le recours au clergé pourrait, dans certaines situations, mener à un retard d'accès aux soins spécialisés, aggravant par conséquent le pronostic thérapeutique. Ainsi, tout en prenant en considération la stigmatisation en rapport avec la maladie mentale, la criticité du traitement précoce, et le rôle du clergé en tant que premier intervenant, découle l'importance de notre étude pionnière au Liban dont nous allons exposer les résultats.

Cela nous permettra de réfléchir aux stratégies permettant d'établir un partenariat entre clergé et professionnels de santé.

Bibliographie

- Aramouny C, Kerbage H, Richa N, Rouhana P, Richa S. Knowledge, Attitudes, and Beliefs of Catholic Clerics' Regarding Mental Health in Lebanon. *J Relig Health*. 2019 Jan 19.
- Kovess-Masfety V, Evans-Lacko S, Williams D, Andrade LH, Benjet C, Ten Have M, et al. The role of religious advisors in mental health care in the World Mental Health surveys. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2017 Mar;52(3):353-367.
- Karam, E. G., Mneimneh, Z. N., Karam, A. N., Fayyad, J. A., Nasser, S. C., Chatterji, S., et al. (2006). Prevalence and treatment of mental disorders in Lebanon: A national epidemiological survey. *The Lancet*, 367(9515), 1000–1006.

S2. Troubles psychiatriques et violence : débat entre psychiatre, assistante sociale et psychologue ◆Amphi B

• Enfant et violent !

Eliane Besson (Beyrouth, Liban)

Objectifs pédagogiques

- Comprendre la violence de l'enfant d'un point de vue psychodynamique
- Faire le lien entre certains symptômes de violence chez l'enfant et des troubles psychiatriques
- Souligner la nécessité d'un dépistage précoce et d'une prise en charge pluridisciplinaire des comportements violents de l'enfant, au regard des interactions complexes entre les facteurs biologiques et les facteurs environnementaux.

Comment peut-on traiter l'enfant de violent alors qu'il est le symbole de l'innocence ? Les recherches et les observations cliniques permettent néanmoins de cerner une forme très précoce de violence qui surgit bien avant l'adolescence. La violence enfantine nous fascine autant qu'elle nous angoisse.

Les "petits anges" violents peuvent-ils devenir de futurs criminels menaçants ? Sont-ils inéluctablement destinés à finir en prison ou en hôpital psychiatrique ? Il est vrai que l'on peut distinguer au cours du développement des manifestations agressives dites "normales" dont l'intensité s'estompe au fur et à mesure que la socialisation et le langage se développent. Des manifestations "anormales" s'observent également et se distinguent par leur durée, leur intensité, leur fréquence et leur retentissement sur la vie de l'enfant et de sa famille. Les chercheurs s'accordent à penser que cette forme de violence est la résultante d'interactions complexes entre des facteurs individuels (génétiques, tempérament, personnalité) et des facteurs familiaux et environnementaux.

Nous aborderons ainsi dans un premiers temps l'expression de la violence enfantine au sein de pathologies psychiatriques (Troubles de l'humeur, Troubles des conduites, TDA/H, TOP, TSA, Retard mental), mais aussi dans le cadre de dysfonctionnements affectifs et relationnels ; nous présenterons ultérieurement l'importance du dépistage et de la mise en place précoces de mesures de traitement visant la prévention de l'aggravation de la symptomatologie à l'adolescence et à l'âge adulte. Parmi les mesures préconisées, soulignons l'importance d'une évaluation pluridisciplinaire, la nécessité d'un suivi parental conjugué à une psychoéducation sur l'expression émotionnelle et les besoins des jeunes enfants, le renforcement des habiletés parentales, l'orientation des enfants vers des soins spécialisés (psychiatres, neuropédiatres, psychologues) lorsque la violence excessive, compliquée par une comorbidité touchant le développement ou la santé mentale, ne cède pas suite aux interventions des praticiens de première ligne (éducateurs, infirmiers, pédiatres).

Bibliographie

- Welniarz, B. Agressivité et violence chez l'enfant : l'intérêt d'une double lecture clinique. Perspectives Psy 2006/1, vol.45, 93-100.
- Roskam, I., Kinoo, P., M.-C. Nassogne, M.-C. L'enfant avec troubles externalisés du comportement : approche épigénétique et développementale. Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, 55 (2007), 204-213.
- Rigaud, C. L'enfant violent. L'ESSENTIEL, Cerveau & Psycho, Les racines de la violence, no8, Novembre 2012.

S3. Neuroradiologie et psychiatrie : de la théorie à la pratique ♦ Salle C8

• La neuroradiologie au service de la psychiatrie: du diagnostic différentiel au pronostic

Sandrine Yazbek (Beyrouth, Liban)

Objectifs pédagogiques

- Rôle de l'IRM cérébrale dans le diagnostic différentiel des pathologies psychiatriques
- Fonctionnement de l'IRM fonctionnelle et son utilité en psychiatrie
- Fonctionnement de la tractographie et son utilité en psychiatrie

L'imagerie, et notamment l'IRM cérébrale, joue un rôle important dans le diagnostic différentiel des pathologies psychiatriques. Elle permet d'éliminer des pathologies cérébrales qui peuvent se présenter par des symptômes psychiatriques comme les tumeurs cérébrales, la maladie de Susac et les encéphalites comme par exemple l'encéphalite paranéoplasique ou infectieuse (herpétique) ou la maladie de Creutzfeldt-Jakob. Les techniques d'imagerie avancées comme l'IRM fonctionnelle et la tractographie sont maintenant utilisées de plus en plus fréquemment dans les pathologies psychiatriques. Leur mode de fonctionnement et leur utilité dans le diagnostic, les approches thérapeutiques et le pronostic des pathologies comme le mild cognitive impairment, la schizophrénie et l'autisme seront exposés.

Bibliographie

- The Adolescent Brain Cognitive Development (ABCD) study: Imaging acquisition across 21 sites. Casey BJ et al. Dev Cogn Neurosci. 2018 Aug; 32: 43-54.
- Functional and Structural MR Imaging in Neuropsychiatric Disorders, Part 1: Imaging Techniques and Their Application in Mild Cognitive Impairment and Alzheimer Disease. Mueller S et al. American Journal of Neuroradiology November 2012, 33 (10) 1845-1850
- Functional and Structural MR Imaging in Neuropsychiatric Disorders, Part 2: Application in Schizophrenia and Autism. Mueller S et al. American Journal of Neuroradiology December 2012, 33 (11) 2033-2037

Neuroimagerie et stimulation cérébrale dans le trouble obsessionnel compulsif (TOC)

Bruno Millet (Paris)

L'utilisation de technologies de stimulation cérébrale invasive et non invasive combinées à des approches de neuroimagerie peut aider à affiner notre compréhension physio-pathologique du trouble obsessionnel-compulsif.

Deux structures clés, sont concernées au niveau du cerveau profond : le striatum ventral et le noyau sub-thalamique. Au niveau cortical le cortex orbitofrontal et le cortex antérieur, semblent présenter des dysfonctionnements par rapport aux volontaires sains et ont été les principales cibles thérapeutiques du traitement neuromodulateur du TOC par stimulation magnétique transcranienne.

Cette présentation passera en revue les fonctions cognitives attribuées à ces régions sous-corticales et corticales du cerveau et abordera leur pertinence en regard des caractéristiques cliniques du TOC.

• **Les résistances à la (neuro)scientificité de la psychanalyse**

Bruno Falissard (Paris)

Objectifs pédagogiques

- Comprendre les tensions existant entre les différents champs théoriques qui traversent la psychiatrie

Il existe d'ores et déjà des travaux scientifiques en psychanalyses. Je ne parle même pas des travaux de neuropsychanalyse, mais bel et bien de travaux scientifiques directement en lien avec le corpus psychanalytique. On citera par exemple, en France, ceux réalisés par David Cohen. On peut donc faire de la science avec la psychanalyse, la preuve est sous nos yeux. La vraie question est alors : pourquoi tant de personnes s'évertuent à penser et à dire le contraire? La réponse vient immédiatement : parce qu'en réalité personne ne souhaite que la psychanalyse ne devienne scientifique.

Les psychanalystes n'en ont pas envie parce que, trop souvent, ils ne sont pas à l'aise avec la science. Ce n'est pas la seule raison. Comme la science est supposée dire le vrai, imaginez que la science découvre que des pans entiers de la psychanalyse sont à reconstruire, voire à écarter. Quel malaise. Autre raison, bien plus banale: des enjeux de pouvoir, de postes d'enseignants et de chercheurs. Défendre sa discipline et l'assumer comme différente c'est défendre et protéger un lieu de pouvoir.

Mais alors pourquoi les neuroscientifiques, eux, ne s'intéressent-ils pas au corpus psychanalytique? Parce que, comme le dit si bien Colette Chiland dans "Homo Psychoanalyticus", la sexualité et en particulier la sexualité infantile font toujours peur au XXI^{ème} siècle. En fin de compte c'est un mécanisme de défense puissant qui écarte les neuroscientifiques du corpus psychanalytique. Nous y voilà, psychanalystes et neuroscientifiques ont force réticences à considérer que la psychanalyse puisse devenir une science.

Bibliographie

- Falissard, B. (2008) Cerveau et Psychanalyse, tentative de réconciliation. L'Harmattan. Paris
- Falissard, B. (2017) La scientificité de la psychanalyse: faux débat épistémologique, vrai challenge méthodologique. In Analysis, Volume 1, Issue 1, pages 25-31
- Psychodynamic experience enhances recognition of hidden childhood trauma. D Cohen, D Milman, V Venturyera, B Falissard - PLoS One, 2011

• **Un conscient/ inconscient dynamique dans un réseau de neurones connectés**

Laura-Joy Boulos (Beyrouth, Liban)

Objectifs pédagogiques

- Sensibiliser aux similitudes des neurosciences et de la psychanalyse
- Transformer les barrières entre les neurosciences et la psychanalyse en des ponts qui rassemblent ces deux disciplines.
- Participer à la création d'une plateforme interdisciplinaire qui permette d'imaginer de nouvelles approches thérapeutiques basées sur les fondements théoriques communs de ces deux disciplines

Pendant que Camilo Golgi proposait une première technique de coloration des neurones et que Ramon y Cajal décrivait l'organisation anatomique et cellulaire du système nerveux, Freud dressa un premier schéma de ce que nous appelons aujourd'hui une synapse. S'il choisit de s'attarder par la suite sur les mécanismes psychologiques sous-tendus par son schéma à savoir, les mécanismes d'inhibition inconsciente, la discipline qu'il créa garde toutefois de grandes similitudes avec ce qui devint les neurosciences.

Nous présentons ici une revue des travaux établissant des corrélats entre psychanalyse et neurosciences. Nous décrivons d'abord une analogie entre les topiques et schémas architecturaux de Freud et la hiérarchisation du système nerveux central en neurosciences. Nous discutons aussi des "preuves" cognitives de Dehaene suggérant que des réseaux neuronaux spécifiques constitueraient un support pour l'activité de l'inconscient. Au-delà des biomarqueurs anatomiques, nous réfléchissons au lien entre les rêves et le sommeil paradoxal, la plasticité neuronale et les souvenirs, le refoulement et le système limbique, la psychanalyse, l'évolutionnisme et les neurosciences affectives de Sabatello et de Panksepp. Nous abordons aussi l'irréductible de la singularité et les promesses de l'épigénétique.

Ce travail converge sur une transformation des résistances et des défenses chez les psychanalystes comme chez les neuroscientifiques, en ponts d'entente entre ces deux disciplines, ententes caractérisées par un dynamisme ainsi que par des connexions constantes et multiples. Il s'agit là de participer à la création d'une plateforme interdisciplinaire qui permette d'imaginer de nouvelles approches thérapeutiques basées sur les fondements théoriques communs de ces deux disciplines.

Bibliographie

- Brockman R, Psychoanalysis and neuroscience – a disclosure, *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 2018, volume 12, article 265, DOI=10.3389/fnbeh.2018.00265, ISSN=1662-5153
- Marcaggi G, Guérolé F, Freudarwin : evolutionary thinking as a root of psychoanalysis, *Frontiers in Psychology*, 2018, volume 9, page 892, DOI=10.3389/fpsyg.2018.00892, ISSN=1664-1078
- Moccia L, Mazza M, Di Nicola M, Janiri L, The experience of pleasure : a perspective between neuroscience and psychoanalysis, *Frontiers in Human Neuroscience*, 2018, volume 12, page 359, DOI=10.3389/fnhum.2018.00359, ISSN=1662-5161

L'héboïdophrénie

Elie Atallah (Beyrouth, Liban)

Objectifs pédagogiques

- Définir l'héboïdophrénie.
- Connaitre l'évolution historique de cette entité psychiatrique, ses rapports avec la schizophrénie et ses implications cliniques, éthiques et médico-légales.

L'un des enjeux majeurs de la psychiatrie consiste en l'appréciation de l'existence éventuelle d'un trouble mental chez des individus présentant des comportements déviants. Décrite par l'aliéniste allemand Karl Ludwig Kahlbaum en 1885, l'héboïdophrénie constitue une réponse à l'idée que certains patients aux attitudes asociales peuvent présenter, en réalité, une forme de psychose. Ce concept s'oppose au modèle unitaire des maladies mentales ; il se fonde sur une diachronie en reconnaissant l'existence d'un bouleversement physiologique sous-jacent déclenchant le tableau clinique.

L'héboïdophrénie se caractérise par l'association d'une symptomatologie psychotique de type schizophrénique et de comportements antisociaux. Elle débute dans l'enfance ou l'adolescence. Elle se manifeste essentiellement par des troubles du caractère et du comportement : oscillations de l'humeur entre excitation et dépression, entêtement, fugue, délinquance, désadaptation familiale, scolaire et professionnelle et perversions sexuelles. Elle peut comporter quelques troubles cognitifs mineurs sans atteinte mnésique ni déficit intellectuel. L'évolution de cette entité est plus favorable que d'autres formes de psychose vu l'absence d'idées délirantes caractérisées et de troubles perceptuels.

L'héboïdophrénie ne figure plus dans les nosographies contemporaines des troubles mentaux ; elle a disparu avec la dilution des différentes entités schizophréniques. Néanmoins, elle continue à être évoquée dans la littérature francophone, la France ayant accueilli cette maladie avec le plus de succès. Controversée tout au long du XXème siècle, elle sera tour à tour acceptée par une école ou rejetée par une autre. Ce trouble mental, tombé en désuétude de nos jours, demeure, néanmoins, un modèle pertinent propice à une réflexion intéressante sur les rapports entre maladie psychiatrique et dangerosité, sur la responsabilité, sur la moralité et l'aliénation mentale ainsi que leurs implications médico-légales et éthiques.

Bibliographie

- Haustagen, T., Bouchard J.-P., Le Bihan P (2013). Le concept clinique d'héboïdophrénie. Dans Masson, M. (dir.). 24 textes fondateurs de la psychiatrie. Paris, France : éditions Armand Colin.
- Coulon, N. et Walter, M. (2006). L'héboïdophrénie, un diagnostic oublié ? Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie médicale. 101 (10), 29-34.
- Foullu, S. et Estingoy, P. (2006). De l'intérêt clinique du concept d'héboïdophrénie. À propos de deux cas de schizophrénie criminelle. Annales Médico-psychologiques. 164 (9), 756-763.

• La névrose de destinée

Rhéa El Khoury (Beyrouth, Liban)

La névrose de destinée est un concept psychanalytique fondé par Sigmund Freud en 1920, nommé et décrit par Hélène Deutsch en 1930, et délaissé par la psychiatrie contemporaine. Pour Freud, la névrose de destinée, soit la répétition inconsciente d'évènements tragiques, presque à l'identique, et défiant les seules lois du hasard, correspond à la « compulsion de répétition ». Ce principe est sous-tendu par l'instinct de mort, un instant archaïque qui génère une « tendance irrésistible à la reproduction, tendance qui s'affirme sans tenir compte du principe de plaisir, en se mettant au-dessus de lui ». Helene Deutsch attribue cette forme de souffrance régulière, monomorphe et récurrente, imposée au Moi, à un conflit intérieur constant qu'elle qualifie d'hystérique lorsqu'il est secondaire « aux refoulements de la période de l'enfance ». Serge Lebovici se lancera plus tard sur la piste de la théorie freudienne du masochisme. Quoiqu'il en soit, les mobiles de la névrose de destinée ne peuvent être élucidés qu'à travers les mécanismes psychodynamiques inconscients.

Ce concept à l'origine purement psychanalytique, peu développé dans la littérature et omis par les contemporains, mérite de plus amples réflexions concernant les marqueurs sémiologiques, psychopathologiques et les caractéristiques épidémiologiques ; La démarcation entre les aléas malencontreux du hasard et la mise en œuvre inconsciente d'un processus morbide demeure frêle, expliquant en partie la rareté des travaux psychanalytiques et psychiatriques centrés sur ce syndrome oublié.

Bibliographie

- Adès J. La névrose de destinée, Ann Med Psychol, 2016

• La psychose hallucinatoire chronique

Marc Mourad (Beyrouth, Liban)

Objectifs pédagogiques

- Définir la psychose hallucinatoire chronique et proposer un aperçu historique de cette pathologie.
- Expliquer la place de la psychose hallucinatoire chronique entre la schizophrénie d'une part et les psychoses chroniques non schizophréniques d'autre part.
- Discuter des modalités thérapeutiques.

Des maladies délirantes chroniques, riches en symptômes psychotiques mais indemnes de symptômes négatifs et de désorganisation, ont tenu une grande place dans l'histoire de la psychopathologie et dans la nosologie Française.

Il s'agit moins de la paraphrénie, délire imaginatif tardif sans détérioration importante de l'adaptation sociale en dehors d'une certaine marginalité, que de la psychose hallucinatoire chronique (PHC) décrite par G. Ballet ; cette affection qui touche principalement la femme, vers 40 à 50 ans est un délire à mécanisme hallucinatoire d'évolution chronique avec des poussées ou moments féconds, illustrant l'automatisme mental décrit par G. de Clérambault, ne comprenant pas de détérioration cognitive ou de désadaptation sociale majeure.

Cette pathologie est considérée en Outre-Atlantique comme une schizophrénie d'apparition tardive.

Au fait beaucoup d'écoles de psychiatrie se sont demandé si la PHC devrait disparaître surtout avec l'hégémonie contemporaine du DSM, qui range toute manifestation psychotique hallucinatoire dans le vaste syndromique schizophrénique. Au fait la réponse de plusieurs psychiatres chercheurs était non car comment rendre visible ce qui ne peut pas se confondre avec la schizophrénie d'une part, ni avec la paranoïa elle-même d'autre part ?

Ici c'est bien la clinique, plus que le vœu de conserver une particularité nationale Française, qui guide la construction nosographique : quand un sujet d'âge mur (féminin le plus souvent) présente brutalement des hallucinations diverses (point important), des thématiques délirantes d'influence assez vagues et n'ayant pas les caractéristiques d'un délire structuré mais sans cassure massive avec la réalité ou détérioration mentale, on est dans cet entre deux- entre schizophrénie et paranoïa – qui justifie qu'une certaine tradition Française de la psychopathologie continue à utiliser ou à illustrer l'intérêt de la psychose hallucinatoire chronique.

Bibliographie

1- « Il y a cent ans : la psychose hallucinatoire chronique », Pascal le Maléfan, l'information psychiatrique 2012/4 (Volume 88), pages 253 à 255.

2-« Manuel de Psychiatrie », 3ème édition, chapitre 12 : Schizophrénie et autres troubles psychotiques, page 266.

• La paraphrénie

Anthony Kassab (Beyrouth, Liban)

Objectifs pédagogiques

• Le but de cette intervention est de reprendre le parcours historique complet de la paraphrénie et de développer ses principales hypothèses sémiologiques ou étiologiques.

Le terme paraphrénie a été initialement introduit par Emil Kraepelin en 1913. Le terme décrit un groupe de patients qui souffrent d'un délire paranoïde ou de « dementia preacox » sans avoir une altération des fonctions cognitives, de la personnalité et des émotions ou de l'affect (1). C'est dans le DSM-III-R que la paraphrénie a été omise, et jusqu'à présent ne fait plus partie des classifications internationales notamment le DSM-V et l'ICD-10. Le déclin de la paraphrénie a commencé quelques années après l'introduction du terme. En effet, en 1921 Mayer reprend le groupe de patients étudié par Kraepelin et démontre que plus que la moitié de l'échantillon a évolué en schizophrénie. Pourtant, certains psychiatres retrouvent cette description clinique dans la pratique actuelle, et selon certains auteurs les patients sont classés comme ayant « une psychose atypique », « un trouble schyzoaffectif » ou une « schizophrénie ». D'autres auteurs classent la paraphrénie sur un spectre entre le trouble délirant chronique et la schizophrénie.

Cette omission a fait que la recherche dans le domaine de la paraphrénie a été délaissée, et de multiples pistes de recherches n'ont pas abouti à leur fin. En effet, l'une des hypothèses est que la paraphrénie est une manifestation traduisant une atteinte organique directe du cerveau, notamment le cortex entorhinal (2). D'autres se sont basés sur l'hypothèse que la paraphrénie soit l'expression d'une schizophrénie à début tardif chez la personne âgée, d'où le nom de « paraphrénie tardive » (3).

Bibliographie

1. Ravindran AV, Yatham LN, Munro A. Paraphrenia Redefined. Can J Psychiatry. 1999 Mar;44(2):133–7.

2. MF C. The role of the entorhinal cortex in paraphrenia. - PubMed - NCBI [Internet]. [cited 2019 May 28]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20425281>

3. Grahame PS. Schizophrenia in old age (late paraphrenia). Br J Psychiatry J Ment Sci. 1984 Nov;145:493–5.

S6 - Stigmatisation : pourquoi, comment et avec quelle efficacité déstigmatiser la maladie psychique ? ♦Salle C2

• Schizophrénie : raconter la maladie au grand public. Comment ? Quels effets à large échelle ?

Jean-Christophe Leroy, président de L'Îlot, association des proches en Suisse et président de l'association internationale des Journées de la Schizophrénie (Lausanne, Suisse)

Objectifs pédagogiques

• Comprendre

- la problématique spécifique à la schizophrénie en matière de stigmatisation

- la méthodologie utilisée par les Journées de la Schizophrénie et les publics cibles

- l'impact local puis à large échelle des méthodes de déstigmatisation pour la prise en charge précoce, l'intégration, la perspective des proches, l'auto stigmatisation et la compréhension du grand public

- l'approche utilisée dans des cultures très différentes

• Elaborer avec les participants des idées d'actions locales

Les fausses croyances et les clichés blessants sur les maladies mentales et particulièrement la schizophrénie sont nombreux. Cette stigmatisation est une réalité dans la plupart des régions du monde, indépendamment des cultures. Dans les pays francophones, les origines souvent évoquées de cette stigmatisation sont la mauvaise connaissance de la maladie, l'utilisation impropre du terme schizophrénie dans les milieux politiques et sur les réseaux sociaux, la médiatisation des faits divers, la représentation cinématographique de la maladie, le tabou autour de la maladie, l'étymologie du terme schizophrénie, etc.

Cette situation est l'un des principaux obstacles à l'accès aux soins (30% à 50% des personnes atteintes de schizophrénie ne sont pas soignées du tout en fonction des régions) et en particulier aux soins précoces, l'une des principales causes de l'isolement des proches et un obstacle à la compréhension par la société de ces maladies relativement fréquentes.

Depuis plus de 15 ans, les Journées de la Schizophrénie (JdS) mènent chaque année une semaine de campagne de déstigmatisation destinées au grand public et aux médias dans le Canton de Vaud (Suisse). Compte tenu des bons résultats obtenus, une approche méthodologique a été tirée de cette expérience locale afin de rendre possible un déploiement plus vaste. Actuellement, les JdS couvrent 8 pays (Europe, Maghreb, Afrique) et bénéficient d'une large couverture médiatique. Utilisant une méthodologie claire, systématique et répétitive, les JdS observent, malgré les différences culturelles, une réelle transformation de la vision de la population générale, une meilleure prise en compte de la réalité de la maladie par les médias et surtout une réduction nette de la proportion de la population non prise en charge, un recours plus précoce aux soins (patients et proches) et une baisse de l'auto-stigmatisation

L'exposé vise à décrire la méthodologie utilisée, l'approche de déploiement international et les challenges et effets attendus.

Bibliographie

- revue de presse des Journées de la Schizophrénie : <https://schizinfo.com/media/revue-presse/>
- l'image de la schizophrénie à travers son traitement médiatique : <http://www.lobso.com/wp-content/uploads/2016/01/Synthe%CC%80se-Etude-schizophr%CC%81nie.pdf>
- étude de l'utilisation du terme « schizophrénie » sur les réseaux sociaux : <https://www.fondationpierredeniker.org/etude-schizo>

L'impact des actions de déstigmatisation sur l'accueil d'un nouvel hôpital psychiatrique dans un des Quartiers prioritaires de la Politique de la Ville (QPV) de Strasbourg

Cristina Rusu (Strasbourg)

Objectifs pédagogiques

- Impact des actions de stigmatisation sur l'accès aux soins

Le pôle de Santé Mentale que je dirige fait partie des pôles de notre hôpital concernés par une relocalisation des lits d'hospitalisation, dans un quartier populaire de Strasbourg, dit «prioritaire pour la politique de la ville». La population craignait que la stigmatisation liée à la psychiatrie, s'ajoute à la stigmatisation déjà ressentie. Au même moment, disposant d'une nouvelle structure extra-hospitalière, nous avons réorganisé l'activité ambulatoire du secteur et orienté sa politique vers la promotion de la santé. Nous avons travaillé en étroite collaboration avec le service de Promotion de la Santé de la ville de Strasbourg, les associations d'usagers et de familles d'usagers, les écoles du quartier, les médiathèques, les centres médico-sociaux, les centres socio-culturels, associations des habitants du quartier, médecins généralistes etc. menant des actions de déstigmatisation, de formation et de prévention. En parallèle, nous avons mis en place un accueil sans délai de la population dans notre Centre de Santé Mentale et mis en place un Service de Soins Psychiatriques Intensifs à Domicile. Progressivement, nos partenaires se sont approprié la question de la Santé Mentale, la Psychiatrie devenant un intervenant parmi les autres. Les actions de déstigmatisation se sont multipliées.

La peur de l'installation de la psychiatrie dans le quartier, a laissé place à des questionnements concernant les personnes souffrant des maladies psychiatriques et aux demandes d'embauche dans le futur hôpital. En même temps nous avons augmenté l'activité ambulatoire du pôle et réduit le recours à l'hospitalisation. L'orientation de la politique du pôle vers la promotion de la santé, la prise en compte des inégalités sociales de santé, le développement du travail partenarial de proximité et la réorganisation du dispositif extra-hospitalier, ont permis l'amélioration de l'accès aux soins et la diminution du recours à l'hospitalisation. Notre objectif est de continuer dans ce sens.

Bibliographie

- A. Leclerc, D. Fassin, H; Grandjean, M. Kaminski, T. Lang « Les inégalités sociales de santé »Inserm, Paris 2000
- Lorant Congès national des Observatoires régionaux de santé 2008- Les inégalités de santé Marseille 16-17 octobre 2008
- Jean Luc Roelandt, Aude Caria, Imane Benradia y Simon Vasseur Bacle, « De l'autostigmatisation aux origines du processus de stigmatisation. A propos de l'enquête internationale « Santé mentale en population générale : images et réalités » en France et dans 17 pays, Psychology, Society, & Education 2012, Vol.4, No 2

S7 - Psychopharmacologie chez l'enfant : actualités et perspectives ♦Salle C3

• Agoniste Alpha 2 adrénérique dans la prise en charge du trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH)

Elie Khoury (Beyrouth, Liban)

Objectifs pédagogiques

- Mécanismes physiopathologiques impliqués dans le TDAH
- Mécanisme d'action des Agonistes Alpha-2
- Place des Agonistes Alpha-2 dans le traitement du TDAH

Le Trouble de Déficit Attentionnel avec Hyperactivité (TDAH) se caractérise par un dysfonctionnement des systèmes de neurotransmission dopaminergique et noradrénergique notamment au niveau du cortex préfrontal. Le niveau de stimulation réceptorielle tonique et modérée, normalement nécessaire pour garantir de bonnes fonctions attentionnelles et exécutives, se retrouve perturbé, laissant place à des stimulations soit trop faibles soit trop fortes avec une altération du ratio signal/bruit. La classe thérapeutique des agonistes alpha-2 adrénergiques (type Guanfacine et Clonidine) fait partie des traitements du TDAH dits « non stimulants », à la différence notamment du Méthylphénidate ou encore des molécules amphétaminiques. Comme leur nom l'indique, ces traitements sont des agonistes des récepteurs alpha-2 adrénergiques post-synaptiques. Ces récepteurs sont situés en grande concentration au niveau des neurones du cortex préfrontal et ont pour majeur effet d'améliorer le fonctionnement de ce dernier, et par ce biais, l'attention, la régulation motrice et de l'impulsivité, ainsi que d'autres fonctions dites exécutives (organisation, planification, inhibition...) et dont le siège neuroanatomique est aussi le cortex préfrontal. Initialement commercialisées en tant que médicaments anti-hypertenseurs, ces molécules présentent une efficacité sur certains profils de patients avec TDAH (non répondeurs au traitement par Méthylphénidate, mauvaise tolérance de ce dernier, symptômes de dysrégulation émotionnelle associés) et constituent donc une option de troisième ligne intéressante dans l'arsenal thérapeutique des troubles de l'attention. Une vigilance vis-à-vis de certains effets secondaires fréquents (sédation, et hypotension sous traitement, pic hypertensif en cas d'arrêt brusque du médicament) reste toutefois requise.

Bibliographie

- Stahl's Essential Psychopharmacology, 4th Ed. Stephen Stahl – Cambridge University Press – 2013
- The Maudsley Prescribing Guidelines in Psychiatry, 13th Ed. Wiley Blackwell – 2018
- Stahl's Prescriber's Guide, Children and Adolescents, 1st Ed. Stephen Stahl – Cambridge University Press – 2019

S8 - Etat des lieux de la consommation d'opiacés et opioïdes : usages et mésusages ♦Amphi A

• De la méthadone à l'héroïne pharmaceutique, la perspective suisse du traitement du syndrome de dépendance aux opioïdes

Olivier Simon (Lausanne, Suisse)

Objectifs pédagogiques

- Placer les traitements agonistes opioïdes dans la triple perspective historique, de santé publique, et médicale pharmaceutique.
- Témoigner du développement des traitements agonistes opioïdes en Suisse, et de la modalité particulière de prescription d'héroïne pharmaceutique.
- Attirer l'attention sur le rapport du Groupe Pompidou/Conseil de l'Europe au sujet des conditions-cadres des traitements agonistes opioïdes.

Depuis la fin du 19^{ème} siècle, la prescription à long terme de morphine est l'option de première intention, pour le traitement du syndrome de dépendance aux opioïdes. Après la première guerre mondiale, le mouvement prohibitionniste international met fin à cette pratique médicale – à l'exception notable du Royaume-Uni. Dans les années 60, Dole et Nyswander proposent le concept de « maintenance » à la méthadone. Malgré d'excellents résultats, la prescription à long terme de méthadone restera controversée. Traitement pour les uns, réduction des dommages pour d'autres, les terminologies employées comme « remise médicalisée » ou encore « substitution » illustrent ces ambiguïtés. Ce n'est qu'en 2006 que la méthadone et la buprénorphine intègrent la liste modèle des médicaments essentiels de l'OMS. En Suisse, la méthadone fut prescrite ponctuellement dès les années 70. Mais ce sont les années 80 avec les tristement célèbres « scènes ouvertes » et la crise du Sida qui vont généraliser sa prescription. La méthadone va bénéficier d'une politique volontariste dite des « quatre piliers » : aide à la survie, prévention, traitement, régulation/contrôle. La Confédération va soutenir la prescription de méthadone en médecine de premier recours, le développement de centres spécialisés et finalement, pour les personnes répondant peu ou pas à la méthadone, la prescription de diacétylmorphine (héroïne pharmaceutique) par voie intraveineuse. Cette politique est associée à un taux de couverture élevé, une baisse des indicateurs de mortalité, de morbidité et de criminalité, et à une prévalence du syndrome de dépendance aux opioïdes globalement stable. Plusieurs défis sont identifiés dans le contexte suisse: vieillissement de la population en traitement, relève médicale et transmission des connaissances dans les cursus de base, normalisation de l'encadrement des prescriptions (agence du médicament, instances déontologiques des médecins et des pharmaciens), risques liés à d'autres opioïdes que l'héroïne.

Bibliographie

- Pompidou Group. Opioid Agonist Treatment. Guiding principles for legislation and regulations. Expert group on the regulatory framework for the treatment of opioid dependence syndrome and the prescription of opioid agonist medicines. Strasbourg; 2017.

• Strang, J., Groshkova, T., Uchtenhagen, A., Van den Brink, W., Haasen, C., Schechter, M., Lintzeris, N., Bell, J., Pirona, A., Oviedo-Jokes, E., Simon, R., Metrebian, N. (2015). Heroin on trial: Systematic review and meta-analysis of randomised trials of diamorphine-prescribing as treatment for refractory heroin addiction. *British Journal of Psychiatry*, 207(1), 5-14. doi:10.1192/bjp.bp.114.149195

• **Prescriptions des antalgiques opioïdes en France : tendances et complications**

Nicolas Authier, Président de la Commission des Stupéfiants et Psychotropes de l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM) (Clermont-Ferrand)

Objectifs pédagogiques

- Connaître les substances opioïdes prescrites dans les douleurs aiguës et chroniques
- Connaître les principales complications en lien avec la pharmacodépendance
- Identifier des mesures de réduction des risques de dépendance et d'overdose aux antalgiques opioïdes

Les médicaments antalgiques sont les premiers consommés du fait de la prévalence des douleurs aiguës mais aussi des douleurs chroniques qui peuvent concerner jusqu'à un tiers de la population. Parmi ces médicaments, les antalgiques opioïdes, dont les indications et surtout les usages, ont largement dépassé la douleur modérée à sévère liée au cancer où ils ont rôle essentiel. Ces opioïdes, quelle que soit leur puissance pharmacologique, présentent des profils assez comparables en termes de risques et notamment ceux en lien avec la pharmacodépendance (overdose, addiction, sevrage, tolérance). Face au constat d'une crise sanitaire des opioïdes, notamment nord-américaine, mais émergente aussi dans certains pays européens, les données françaises de délivrance de ces médicaments (tramadol, codéine, poudre d'opium, morphine, oxycodone, fentanyl) ont été analysées et comparées aux données d'hospitalisation et de décès pour overdose. Suite à l'arrêt de la commercialisation du dextropropoxyphène en 2011, la prévalence des patients traités par antalgiques opioïdes dits faibles a diminué. Néanmoins cette substance, prescrite à plus de 14% de Français, a été au moins partiellement remplacée par des opioïdes dont les profils de risques semblent plus problématiques. Entre 2004 et 2017, deux fois plus de patients ont reçu une dispensation d'un antalgique opioïdes dit fort. Cette augmentation concerne surtout l'oxycodone et plus particulièrement les douleurs non liées au cancer. Par ailleurs, les hospitalisations pour overdoses aux opioïdes ont augmenté de 167% entre 2000 et 2017 et les décès par overdose de 146% de 2000 à 2015. De façon concomitante, l'agence du médicament française (ANSM) a publié un rapport sur le sujet avec une série de mesures proposées pour améliorer le bon usage et notamment la juste prescription de ces médicaments antalgiques opioïdes. Ces médicaments doivent rester accessibles pour assurer un soulagement des douleurs aiguës et chroniques pour lesquelles ils sont indiqués. Néanmoins, cela implique d'en optimiser les prescriptions par les médecins de même que l'usage par les patients.

Bibliographie

- Chenaf C, Kaboré JL, Delorme J, Pereira B, Mulliez A, Zenut M, Delage N, Ardid D, Eschalié A, Authier N. Prescription opioid analgesic use in France: Trends and impact on morbidity-mortality. *Eur J Pain*. 2019 Jan;23(1):124-134. doi:10.1002/ejp.1291. Epub 2018 Aug 20. PubMed PMID: 30051548.
- Chenaf C, Delorme J, Delage N, Ardid D, Eschalié A, Authier N. Prevalence of chronic pain with or without neuropathic characteristics in France using the capture-recapture method: a population-based study. *Pain*. 2018 Nov;159(11):2394-2402. doi: 10.1097/j.pain.0000000000001347. PubMed PMID:30028790.
- Rolland B, Bouhassira D, Authier N, Auriacombe M, Martinez V, Polomeni P, Brousse G, Schwan R, Lack P, Bachellier J, Rostaing S, Bendimerad P, Vergne-Salle P, Dematteis M, Perrot S. [Misuse and dependence on prescription opioids: Prevention, identification and treatment]. *Rev Med Interne*. 2017 Aug;38(8):539-546. doi: 10.1016/j.revmed.2016.12.024. Epub 2017 Feb 15. Review. French. PubMed PMID: 28214183.

S8 - Etat des lieux de la consommation d'opiacés et opioïdes : usages et mésusages ♦Amphi A

• **Comorbidités psychiatriques de l'héroïnomanie : problématiques cliniques et thérapeutiques**

Xavier Laqueille (Paris)

• **Objectifs pédagogiques**

Les comorbidités psychiatriques de l'héroïnomanie sont sous-diagnostiquées. Elles nécessitent une prise charge parallèle et intégrée. Les prises en charges associant la méthadone et son cadre de soins sont un modèle de soins particulièrement instructif.

Parmi les comorbidités psychiatriques de l'héroïnomanie sont repérées les troubles anxieux, dépressifs et troubles la personnalité. A l'inverse les maladies bipolaires et schizo-phréniques sont largement sous-diagnostiquées alors que cette association co-morbide à un pronostic social et médical plus sévère. Le diagnostic est plus difficile, la symptomatologie avec ses spécificités a amené le concept actuel de pathologie duelle.

La prise en charge en est complexe. E suivi des deux troubles doit se faire de manière parallèle par les acteurs des systèmes de soins en santé mentale et en addictologie aux approches, positions et attentes parfois difficilement conciliables. Cette prise en charge doit aussi être intégrée avec un porteur de la prise en charge.

Le modèle de la méthadone est particulièrement instructif. Agissant spécifiquement sur le craving, elle permet, grâce à son cadre structurant et souple, d'inclure dans des programmes de soins adaptés des sujets difficiles à prendre en charge et

avec, de ce fait, un pronostic moins mortifère. Elle permet aussi, sur le plan plus théorique, de mettre en évidence les modalités de cette articulation dans les soins et de ses limites.

Bibliographie

- Fatséas M, Denis C, Auriacombe M. Héroïne et opiacés. In « Addictions et comorbidités » Rapport du CPNLF, Paris Dunod 2014 : 237-249
- Dervaux A. Addiction et comorbidités psychiatriques. In « Pratiques cliniques addictologie » Laqueille Chassagnoux, Cahiers de Sainte Anne Lavoisier 2017 : 121-134

S9 - Organisation et bilan de l'intervention précoce pour la psychose ♦Amphi B

• Quel bilan somatique dans la psychose débutante ?

Marie-Odile Krebs (Paris)

Objectifs pédagogiques

- connaître les recommandations internationales sur cette question
- connaître les objectifs du bilan
- connaître les stratégies d'exploration

La phase débutante de la psychose est une phase d'opportunité pour apporter des soins adaptés au plus près des besoins du patient. C'est souvent aussi une phase d'accès aux soins somatiques, les adolescents et jeunes adultes ayant souvent peu recours à un généraliste ou aux médecins en général. Le suivi et les propositions de soins s'appuieront sur ce bilan et sur le plan somatique, comme dans les autres domaines, le bilan aura plusieurs objectifs : (1) d'identifier ou d'éliminer un maladie somatique de révélation psychiatrique (2) d'identifier des facteurs de risque qui peuvent compliquer la prise en charge ou aggraver le pronostic (3) de rechercher des critères de mauvaise tolérance et orienter le choix des antipsychotiques, pour les premiers épisodes.

La fréquence des pathologies somatiques associées est estimée à 2 à 3 % parmi lesquelles de pathologies infectieuses ou auto-immunes, métaboliques ou neurologiques ou encore génétiques.

Les recommandations internationales ne convergent que sur une petite partie du bilan et l'accessibilité des examens et leur coût doivent aussi être évalués. En réalité, les données de prévalence dans cette population spécifique manquent souvent pour établir l'efficacité précise de chacun des examens.

C'est dans le registre des troubles métaboliques qu'il existe le plus de données. Au delà d'un bilan de base, c'est sans doute plutôt vers un algorithme d'exploration qu'il faudrait s'orienter, afin de qu'il n'y ait ni perte de chance, ni examen inutile. Le groupe de travail du réseau Transition (<https://www.institutdepsychiatrie.org/reseau-transition>) a proposé un bilan avec un algorithme décisionnel, qui restera à valider dans cette population spécifique.

Bibliographie

- Recommandations Australiennes : <https://www.orygen.org.au/Campus/Expert-Network/Resources/Free/Clinical-Practice/Australian-Clinical-Guidelines-for-Early-Psychosis/Australian-Clinical-Guidelines-for-Early-Psychosis.aspx?ext>
- Krebs MO, Lejuste F, Martinez G. Prise en charge spécifique des premiers épisodes psychotiques. *Encephale*. 2018 Dec;44(6S):S17-S20
- Krebs MO et al, Rapport du CPNLF : Signes Précoces de schizophrénie. Des prodromes à la notion de prévention. Coll Psychothérapie. Dunod 2015. pp 224

• L'hétérogénéité de la clientèle des cliniques de premiers épisodes au Québec et adaptation des organisations

Emmanuel Stip (Montréal, Québec)

Objectifs pédagogiques

- Faire un reflet de l'hétérogénéité de la population des cliniques PEP (diagnostic, évolution, résistance, comorbidité) au Québec
- Montrer comment nos organisations doivent s'adapter à cette hétérogénéité
- Savoir apprécier la nécessité d'avoir une organisation-réseau regroupant nos cliniques PEP (AQPEP) et développer des algorithmes

Les cliniques de premiers épisodes au Québec ont monté un mouvement l'AQPEP avec des soucis de diminuer la DUP, donner de la formation, et d'influencer les ministères publics dans ses politiques et ses financements. L'hétérogénéité de la population clinique PEP montre des défis de flexibilité et d'adaptation : des diagnostics (PNS, TLU, Schizophrénie, trouble bipolaire etc.), d'évolution (résistance au traitement, observance aux soins multidisciplinaires), de comorbidités, de culture, de rétablissement, et d'usage des nouvelles technologies. Nous avons ainsi créé des services PEP-toxicomanie (CHUM), construit des algorithmes (QAAPAPLE). Nous avons pris des positions flexibles par rapport à la légalisation du cannabis au Canada. Avec cet exposé nous ferons le bilan de ces entreprises avec des illustrations concrètes. Les psychiatres de l'AQPEP ont alimenté l'évolution de ce courant, plus localement pour nous les Drs Artaud, Baki et Plamondon. Les programmes de PEP font désormais partie du plan ministériel de santé mentale. On compte près d'une vingtaine de cliniques PEP au Québec. Elles tentent de se bâtir sur les mêmes principes et la formation commune auprès des équipes multidisciplinaires est fondamentale.

Bibliographie

- Emmanuel Stip. Cost Reductions Associated With Long-Acting Injectable Antipsychotics According to Patient Age. *The Journal of Clinical Psychiatry* 78(8):e1061
- Amal Abdel-Baki, Shalini Lal, Olivier D.-Charron, Emmanuel Stip, Nadja Kara. Understanding access and use of technology among youth with first-episode psychosis to inform the development of technology-enabled therapeutic interventions. *Early intervention in psychiatry*. Volume 11, Issue 1. February 2017.
- Emmanuel Stip. Interface santé mentale, société et toxicomanie – une thématique et deux illustrations : l'usage médical du cannabis et le hikikomori. December 2013. *Sante mentale au Quebec* 39(2):7

• La durée de la psychose non traitée

Lama Souaiby (Beyrouth, Liban)

Objectifs pédagogiques

- Définir la durée de psychose non traitée dans la schizophrénie
- Présenter les conséquences d'une durée de psychose non traitée plus longue sur le pronostic de la maladie
- Elaborer les pistes d'interventions possibles durant la période prodromique de la maladie

La schizophrénie est une maladie chronique dont le pronostic n'a que peu évolué durant les dernières années malgré les efforts de recherche déployés dans ce domaine. La durée de psychose non traitée (DPNT) fait partie des variables les plus étudiées actuellement dans les premiers épisodes psychotiques, ce dans le but de déterminer l'effet d'une intervention précoce sur le pronostic de la schizophrénie. La DPNT définit la durée entre le début de la phase psychotique et l'initiation du traitement. Sa durée peut varier entre quelques semaines et plusieurs années, en moyenne 2 ans. Celle-ci peut être plus ou moins longue en fonction de plusieurs facteurs. Les méthodes d'évaluation de la DPNT sont multiples et leur fiabilité reste difficile à déterminer. Jusqu'à présent, aucune méthode d'évaluation de la DPNT (entretien clinique compris) n'a prouvé sa supériorité par rapport aux autres méthodes. Quel que soit l'outil d'évaluation employé, dans la schizophrénie, une DPNT plus longue est associée à un plus mauvais pronostic, à court et à long termes et ce dans plusieurs domaines. Le concept de "durée de maladie non traitée" (DMNT), période associant la phase prodromique et la DPNT, a émergé. Certaines interventions auprès de sujets « à ultra-haut-risque » de transition psychotique (c'est-à-dire durant la période "prodromique") suggèrent des pistes prometteuses pour réduire le risque de transition, diminuer la sévérité de la maladie et plus généralement améliorer le fonctionnement des individus. La poursuite des efforts déployés dans ce domaine est nécessaire afin de comprendre la physiopathologie de la maladie et d'améliorer son pronostic.

Bibliographie

- McGlashan TH. Duration of untreated psychosis in first-episode schizophrenia: marker or determinant of course? *Biol Psychiatry* 1999;46:899–907.
- Penttilä M, Jääskeläinen E, Hirvonen N, Isohanni M, Miettunen J. Duration of untreated psychosis as predictor of long-term outcome in schizophrenia: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry J Ment Sci* 2014;205:88–94. doi:10.1192/bjp.bp.113.127753.
- Stafford MR, Jackson H, Mayo-Wilson E, Morrison AP, Kendall T. Early interventions to prevent psychosis: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2013;346:f185.

S10 - Les stimulations cérébrales ♦ Salle C2

• La neuromodulation implantée dans les TOC - perspectives d'un espoir grandissant

Mircea Polosan (Grenoble)

Objectifs pédagogiques

- Comprendre les critères de sélection des patients pour la SCP, les principes et les particularités de cette approche thérapeutique,
- Connaître les principales cibles cérébrales de la SCP dans les TOC, le rapport bénéfice / tolérance avec la SCP

Les troubles anxieux, incluant les troubles obsessionnels compulsifs (TOC), dont la prévalence est estimée à 2-3% de la population générale, représentent la 4ème pathologie la plus coûteuse en termes médico-économiques parmi les pathologies neurologiques et psychiatriques (Gustavsson, 2011). Les troubles anxieux sont responsables de 14,6% (11,2–18,4) du fardeau (DALYs) causé par les troubles mentaux et abus de substances. La résistance élevée aux approches thérapeutiques conventionnelles associée à un haut niveau de handicap est constatée chez 20% des patients souffrant de TOC et justifie le développement des stratégies thérapeutiques alternatives. La stimulation cérébrale profonde (SCP) est une technique validée pour certains troubles neurologiques (maladie de Parkinson, tremblement essentiel, dystonie) et représente un espoir pour des troubles psychiatriques résistants, compte tenu de ses avantages, comme la réversibilité, l'adaptabilité, la faible morbidité et sa bonne tolérance, en plus de son efficacité, telle que suggérée par des études récentes. Les critères de sélection des patients psychiatriques pouvant en bénéficier sont susceptibles d'évoluer en parallèle avec le progrès des connaissances sur les mécanismes d'action, sur les réseaux neuronaux modulés par la stimulation et les effets comportementaux qui en découlent. Une approche multi-modale des effets de la SCP permet d'avancer dans la

compréhension de la physiopathologie de la maladie mentale et d'enrichir sa modélisation dimensionnelle. L'étude des signatures biologiques de la maladie, en parallèle avec l'optimisation technologique pourront améliorer les résultats initiaux prometteurs de cette approche, d'envisager les techniques du futur et de mieux préciser leur place dans l'algorithme décisionnel thérapeutique.

Bibliographie

- Polosan M, Droux F, Kibleur A, Chabardes S, Bougerol T, David O, Krack P, Voon V. Affective modulation of the associative- limbic subthalamic nucleus: deep brain stimulation in obsessive-compulsive disorder. *Transl Psychiatry*. 2019 Feb 4;9(1):73.
- Voon V, Droux F, Morris L, Chabardes S, Bougerol T, David O, Krack P, Polosan M. Decisional impulsivity and the associative- limbic subthalamic nucleus in obsessive-compulsive disorder: stimulation and connectivity. *Brain*. 2017 Feb;140(2):442-456.
- Mallet L, Polosan M, Jaafari N, Baup N, Welter ML, Fontaine D, du Montcel ST, Yelnik J, Chéreau I, Arbus C, Raoul S, Aouizerate B, Damier P, Chabardès S, Czernecki V, Ardouin C, Krebs MO, Bardinet E, Chaynes P, Burbaud P, Cornu P, Derost P, Bougerol T, Bataille B, Mattei V, Dormont D, Devaux B, Vérin M, Houeto JL, Pollak P, Benabid AL, Agid Y, Krack P, Millet B, Pelissolo A; STOC Study Group. *N Engl J Med*. 2008 Nov 13;359(20):2121-34. doi: 10.1056/NEJMoa0708514. Erratum in: *N Engl J Med*. 2009 Sep 3;361(10):1027

• La Stimulation Magnétique Transcrânienne répétitive (rTMS) dans le traitement de la dépression

Où en sommes-nous ?

David Szekely (Monaco)

Objectifs pédagogiques

- Recommandations actuelles validées de l'utilisation de la rTMS dans les troubles dépressifs.
- Perspectives d'utilisation dans les autres indications

La rTMS fait désormais partie des outils thérapeutiques disponibles dans un nombre croissant de centres spécialisés dans le traitement des troubles de l'humeur résistants. Ainsi, en France, près de 50 centres dans des hôpitaux publics et des établissements privés se sont équipés. La technique n'est donc plus réservée au centre universitaire. Chaque année depuis 2007, plus de 50 personnes suivent les formations organisées par le réseau français de Stimulation Transcrânienne En Psychiatrie (STEP), section de l'AFPN. Quelle place la rTMS a-t-elle dans l'algorithme de prise en charge des troubles dépressifs dans les recommandations internationales les plus récentes ? Nous proposons une analyse précise des différentes recommandations et conférences de consensus et nous aborderons les pistes d'avenir sur l'utilisation dans les autres troubles psychiatriques.

Bibliographie

- Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 Clinical Guidelines for the Management of Adults with Major Depressive Disorder: Section 4. Neurostimulation Treatments. Milev RV et al. *Can J Psychiatry*. (2016)
- Consensus Recommendations for the Clinical Application of Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation (rTMS) in the Treatment of Depression. McClintock SM, Reti IM, Carpenter LL, McDonald WM, Dubin M, Taylor SF, Cook IA, O'Reardon J, Husain MM, Wall C, Krystal AD, Sampson SM, Morales O, Nelson BG, Latoussakis V, George MS, Lisanby SH; National Network of Depression Centers rTMS Task Group; American Psychiatric Association Council on Research Task Force on Novel Biomarkers and Treatments. *J Clin Psychiatry*. 2018 Jan/Feb;79(1).
- *Clin Neurophysiol*. 2014 Nov;125(11):2150-2206. Evidence-based guidelines on the therapeutic use of repetitive transcranial magnetic stimulation (rTMS). Lefaucheur JP1, André-Obadia N2, Antal A3, Ayache SS4, Baeken C5, Benninger DH6, Cantello RM7, Cincotta M8, de Carvalho M9, De Ridder D10, Devanne H11, Di Lazzaro V12, Filipović SR13, Hummel FC14, Jääskeläinen SK15, Kimiskidis VK16, Koch G17, Langguth B18, Nyffeler T19, Oliviero A20, Padberg F21, Poulet E22, Rossi S23, Rossini PM24, Rothwell JC25, Schönfeldt-Lecuona C26, Siebner HR27, Slotema CW28, Stagg CJ29, Valls-Sole J30, Ziemann U31, Paulus W3, Garcia-Larrea L32.

S11 - Regards croisés autour de l'Épilepsie ♦Salle C

• Anxiété et Épilepsie

Coraline Hingray (Nancy)

Objectifs pédagogiques

- Connaître les spécificités sémiologiques des troubles anxieux chez les patients souffrant d'épilepsie
- Savoir diagnostiquer
- Connaître les principes de traitement

L'anxiété dans l'épilepsie est la variable la plus impliquée dans la diminution de la qualité de vie des patients souffrant d'épilepsie, bien plus que la fréquence des crises ou même la dépression. Cette dimension anxieuse est encore trop souvent sous diagnostiquée et sous traitée. Des études récentes, considèrent les troubles anxieux comme les comorbidités les plus fréquentes touchant environ 30% des patients. La communication a pour but de présenter les spécificités de l'anxiété et des troubles anxieux chez les patients atteints d'épilepsie. Les symptômes anxieux sont catégorisés en fonction de leur apparition chronologique par rapport aux crises : soit péri-ictaux ; soit interictaux

Les symptômes anxieux sont de trois types: préictal (précédant une crise), ictal (présenté dans le cadre des symptômes et des signes de la crise) et postictal (survenant dans les 72 heures suivant une crise).

Les troubles anxieux sont diagnostiqués dans la période intercritique et surviennent indépendamment des crises.

Il existe quatre types de troubles anxieux spécifiques : l'anxiété anticipatoire des crises épileptiques, la phobie spécifique des crises, une phobie sociale spécifique et un trouble panique épileptique atypique.

Les méthodes de dépistage des troubles anxieux et des symptômes d'anxiété seront détaillées.

La gestion pharmacologique et psychocomportementale des symptômes d'anxiété et des troubles anxieux chez les patients souffrant d'épilepsie sera présentée. Malgré le manque d'approches fondées sur des preuves, il est reconnu que la gestion de l'épilepsie ne consiste pas seulement à contrôler les crises, mais dépend également de la détection, du diagnostic correct et de la gestion appropriée des symptômes anxieux afin d'optimiser la qualité de vie.

• Dépression post-chirurgie de l'épilepsie : un "manque de crise" ?

Adrien Gras (Strasbourg)

Objectifs pédagogiques

- Identifier les facteurs de risque de développer une dépression post-opératoire chez un patient considéré pour une chirurgie de l'épilepsie
- Traiter une dépression post-chirurgie de l'épilepsie

Le traitement chirurgical de l'épilepsie s'est considérablement développé au cours des dernières années, avec des résultats très satisfaisant sur le plan épileptologique. Cependant, certains patients développent des troubles psychiatriques, notamment anxio-dépressifs, dans les suites de cette chirurgie. Existe-t-il des facteurs de risque identifiable en pré-opératoire ? Si oui, comment en faire le dépistage, et comment en parler avec le patient avant la chirurgie ? Dans quels délais ces troubles peuvent-ils se déclencher après l'opération ? Les risques sont-ils différent selon le lobe et le côté opéré ? Existe-t-il une augmentation du risque suicidaire chez les patients opérés dans ce cadre ? Quel est l'impact des antécédents psychiatriques ? Quel traitement proposer en cas de dépression post-opératoire chez ces patients, et pendant combien de temps ? Faut-il comprendre ces dépressions sur un plan purement neuro-anatomique, ou sont-elles les conséquences d'un "manque de crises" ? Existe-t-il un lien avec le phénomène dit de "normalisation forcée" ? L'ensemble de ces questions sera abordé à la lumière des données de la littérature scientifique récente.

Bibliographie

1. Prayson BE, Floden DP, Ferguson L, Kim KH, Jehi L, Busch RM. Effects of surgical side and site on psychological symptoms following epilepsy surgery in adults. *Epilepsy Behav* 2017;68:108–14.
2. Barbieri V, Cardinale F, Gozzo F, Pelliccia V, Nobili L, Casaceli G, et al. Risk factors for postoperative depression: A retrospective analysis of 248 subjects operated on for drug-resistant epilepsy. *Epilepsia* 2015;56(10):e149–55.
3. Pope RA, Thompson PJ, Rantell K, Stretton J, Wright M-A, Foong J. Frontal lobe dysfunction as a predictor of depression and anxiety following temporal lobe epilepsy surgery. *Epilepsy Res* 2019;152:59–66.

S12 - Place des personnes âgées dans les différents pays francophones :

la vieillesse, autonomie et/ou dépendance ; Aspects culturels, psychologiques et psychopathologiques ♦ Salle C9

• Des maisons de retraite au Maroc, un voeu pieux ? Une nécessité !

Pour le Maroc : Hachem Tyal (Casablanca, Maroc)

Objectifs pédagogiques

- Renseigner sur la situation de la prise en charge en institution spécialisée au Maroc
- Interroger les raisons qui sous-tendent les difficultés que rencontre le secteur pour se développer
- Proposer les grandes lignes de ce que pourraient être les stratégies développement du secteur

Au Maroc le manque de structures d'accueil, de ressources financières et de structures de santé spécifiques aux personnes âgées, est des plus grands. C'est le constat lié à un vieillissement criard et extrêmement rapide de la population marocaine, l'espérance de vie à la naissance passant de 42,9 ans en 1955 à 77,6 en 2015, ce que personne n'a anticipé.

Pour pallier ce manque, plusieurs institutions étatiques ont permis à quelques centres pour personnes âgées nécessiteuses de voir le jour. Elles sont toutes gérées par des associations locales. Une Loi réglementant les conditions d'ouverture et de gestion des établissements de protection sociale, a permis une mise à niveau de bon nombre de centres, et donc une amélioration de l'offre de services. Aucun établissement privé n'existe.

Dans un pays comme le Maroc façonné par la religion qui impose le respect et le devoir de venir en aide aux parents et aux grands parents et qui est fortement impacté par un discours majeur du précédent Roi du pays, feu Hassan II, qui a dit que « le jour où l'on ouvrira la première maison de retraite au Maroc, notre société sera en voie de disparition » le développement de structures adaptées s'avère extrêmement compliqué. Seulement, les choses ont évolué et, avec la cherté de la vie, il est devenu difficile d'imposer la charge des grands-parents aux enfants. Ceci sans parler des personnes âgées démunies qui sont de plus en plus souvent abandonnées par leurs enfants. Quel avenir pour ces personnes dans le royaume ? Quel est la place du secteur public, quelle est celle du secteur privé dans le développement de structures d'accueil spécifiques ? C'est ce que ce travail se propose de questionner.

Bibliographie

- Haut Commissariat au Plan ; Les indicateurs sociaux 2013-2014, Edition 2106
- Prospective Maroc 2030 ; Quelle démographie
- Isabelle Mallon ; Les personnes âgées en maison de retraite. Une redéfinition des espaces familiaux. Pages 163 à 178, 2005

• Innover pour s'adapter - La Psychiatrie de la personne âgée en France : une idée nouvelle ?

Pour la France : Christophe Arbus (Toulouse)

Objectifs pédagogiques

- Prendre conscience de la spécificité de la PPA et des enjeux de santé publique pour les PA présentant des troubles psychiatriques et neuropsychiatriques quel que soit leur origine.
- Connaître la prévalence de la dépression et des troubles anxieux, troubles les plus fréquents chez la PA.
- Réfléchir à des dispositifs innovants de partage des compétences entre différents professionnels.

La PPA constitue une surspécialisation de la Psychiatrie. Son référentiel est spécifique. La PPA doit répondre aux missions d'évaluation, de prise en charge des pathologies psychiatriques du sujet âgé et a un objectif de prévention. Une caractéristique : la multidisciplinarité des professionnels à laquelle s'ajoute la diversité des lieux d'intervention. Il faut mettre l'accent sur l'importance des questions éthiques, de consentement aux soins et de bienveillance. Ces patients doivent bénéficier d'une attention constante pour respecter leurs droits. La télémédecine (TLM) est en progression croissante. Les intérêts d'avoir recours à cet outil en PPA sont nombreux notamment du fait de la fragilité, de la difficulté de se déplacer, de la complexité des situations qui méritent un échange approfondi avec les équipes qui participent à la prise en charge des patients âgés. La lutte contre la dépression et l'anxiété, et leurs conséquences délétères, de la personne âgée représente un enjeu fort pour un vieillissement en bonne santé, la prévention de la fragilité et la préservation de l'autonomie. Une simple consultation, contrainte dans sa durée et sa portée, ne permet pas d'envisager tous les éléments nécessaires à la compréhension des déterminants du trouble, de ses complications et de ses conséquences sur l'autonomie des patients. Une « consultation longue » (modèle consultation « très complexe » de la convention médicale du 26 août 2016) pourrait être imaginée : offrir aux médecins généralistes la possibilité d'adresser en consultation leurs patients âgés présentant une symptomatologie anxieuse et/ou dépressive résistante. Sur le modèle de l'hôpital de jour des fragilités et du dispositif de soins partagés en psychiatrie (DSPP) du CHU de Toulouse, nous proposerons une aide diagnostique, des conseils de prévention, un soutien dans la prise en charge au médecin traitant qui gardera la responsabilité du suivi après une évaluation globale, intégrée et approfondie pluriprofessionnelle.

Bibliographie

- Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement
- Blazer DG. Aging Ment Health. 2014 Jul;18(5):538-9
- Ludvigsson M, Bernfort L, Marcusson J, Wressle E, Milberg A. Am J Geriatr Psychiatry. 2018 Jul;26(7):741-751

• Taux de troubles mentaux, conséquences et traitements chez les personnes âgées au Liban: une étude nationale

Georges Karam (Beyrouth, Liban)

Objectifs pédagogiques

- Les taux des maladies mentales chez les personnes âgées au Liban
- Le taux de traitement au Liban
- Les conséquences de la maladie mentale chez les personnes âgées et comment y remédier

Une vaste étude nationale a été menée au Liban pour étudier le taux de troubles mentaux, le traitement et les corrélations. Lors de cette conférence, nous présenterons des données spécifiques aux plus de 60 ans. Au Liban, 9% des personnes âgées souffrent de dépression, 12% d'anxiété et 17% de maladie mentale. En outre, 3% des Libanais âgés avaient des idées de suicide sérieuses et 1% ont tenté de se suicider. Nous présenterons également plusieurs facteurs de risque de troubles mentaux dans cette population. Par exemple, le handicap social augmente le risque de troubles mentaux 6,4 fois plus. Pour cela, notre organisation a lancé deux projets pilotes au Liban afin d'améliorer la qualité de vie des patients et, ce qui est encore plus important, la qualité de vie de leurs soignants. Nous présenterons le «Elderly Empowerment Project» ainsi que la Minerva Adult Day Care.

Bibliographie

- 1- Karam EG, Karam GE, Farhat C, Itani L, J. Fayyad J, Karam AN, Mneimneh Z, Kessler R, Thornicroft G (2018). Determinants of treatment of mental disorders in Lebanon: barriers to treatment and changing patterns of service use. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*; doi: 10.1017/S2045796018000422
- 2- Karam G, Itani L, Fayyad J, Karam A, Mneimneh Z, Karam E. (2016). Prevalence, Correlates, and Treatment of Mental Disorders among Lebanese Older Adults: A National Study. *Am J Geriatr Psychiatry*; 24(4):278-86. doi: 10.1016/j.jagp.2015.10.006.
- 3- Karam GE, Khandakji NF, Sahakian NS; Dandan JC, Karam EG (2018). Validation of geriatric depression and anxiety rating scales into Arabic. *Alzheimer's & Dementia: Diagnosis, Assessment and Disease Monitoring*; 10: 791-795.

Journée CPNLF "Pharmacien"

JP1. Binôme Pharmacien-Psychiatre :

enjeux de la collaboration pour le bénéfice du patient ♦ Salle B4

Présidents : Hervé Javelot (Brumath) & Krikor Sahakian (Beyrouth, Liban)

• Une pharmacie clinique spécialisée en psychiatrie : ça peut exister ? ça sert à quoi ?

Hervé Javelot (Brumath)

Objectifs pédagogiques

Présenter les enjeux

- du développement de l'expertise partagée entre psychiatres et pharmaciens dans le cadre de l'optimisation de la prise en charge pharmacothérapeutique en santé mentale,
- de la promotion d'une pharmacie clinique spécialisée en psychiatrie ; axée sur la collaboration pharmaciens-médecins (psychiatres et généralistes (somaticiens) exerçant en santé mentale)
- de l'essor de la psychopharmacologie clinique et pratique

Si le partenariat entre psychiatre et pharmacien peut présenter certains freins, investir cet axe collaboratif apparaît aujourd'hui comme une modalité hautement pertinente pour servir l'efficacité du soin en santé mentale.

Y a-t-il une complémentarité synergique entre l'expertise clinique du psychiatre et pharmacologique du pharmacien ? Concevoir une approche expertale partagée dans le cadre de l'optimisation de la prise en charge pharmacothérapeutique en santé mentale semble de plus en plus pertinent compte tenu, notamment, de la complexification croissante, tant de l'approche diagnostique que thérapeutique. Le projet porté par Pharmacopsy Alsace, depuis plusieurs années, et dont la SF2P (Société Francophone Pharmaciens & Psychiatres) fait la promotion), expérimente l'essor des échanges entre psychiatres et pharmaciens autour d'une psychopharmacologie pratique, génératrice de solutions « sur-mesure », fruit de cette concertation. Des exemples concrets seront présentés (voir par ex. Javelot et al., 2016 et 2018 ; Heitzmann et al., 2017). Ces éléments, non exhaustifs, s'affirment comme des témoins représentatifs de l'importance d'établir des axes de travail partagés entre psychiatres et pharmaciens pour améliorer les prises en soins des patients de santé mentale.

Bibliographie

- Javelot H, Marquis A, Antoine-Bernard E, Grandidier J, Weiner L, Javelot T, Michel B. Benzodiazepines Withdrawal: Initial Outcomes and Long-Term Impact on Falls in a French Nursing Home. *Pharmacy (Basel)*. 2018;6(2).
- Heitzmann E, Muller C, Tebacher M, Michel B, Javelot H. Increased QT interval due to antiandrogenic therapy, majorated by psychotropic drugs: About one case. *Therapie*. 2017;72(6):701-703.
- Javelot H, Michel B, Kumar D, Audibert B. Clozapine-induced esophagitis at therapeutic dose: a case report. *Braz J Psychiatry*. 2016;38(2):177.

• Rôles du pharmacien dans l'individualisation de la prise en charge des patients en psychiatrie

Aline El Hajj (Beyrouth, Liban)

Objectifs pédagogiques

- Expliciter la place du pharmacien dans l'équipe pluridisciplinaire psychiatrique
- Discuter le rôle du pharmacien clinicien, analytique, communautaire et chercheur/académique dans l'individualisation de la prise en charge des patients en psychiatrie ainsi que sa valeur ajoutée.

La prise en charge des patients en médecine en général, et en psychiatrie en particulier, se heurte à une grande variabilité de la réponse au traitement ainsi qu'à une iatrogénie des molécules prescrites. Ainsi, la compréhension et la gestion de ces facteurs s'avère primordiale et ne peut se faire que dans le cadre d'une prise en charge à la fois personnalisée et individualisée mais également globale et interprofessionnelle. L'ouverture aux autres professions et surtout la collaboration interprofessionnelle permettrait l'avancement des soins apportés au patient dans une optique de travail d'équipe et de partenariat. Le pharmacien joue un rôle majeur dans cette équipe qu'il soit pharmacien clinicien, analytique, communautaire ou même chercheur académique. Il occupe une place prépondérante dans le processus de réflexion critique autour du patient lors de l'établissement de son plan de traitement. Il participe à l'analyse des cas des patients dans une perspective plus large : la perspective du raisonnement clinique autour de l'intégration des données cliniques, biologiques, médicamenteuses et génétiques lors de la prise en charge.

Une revue des recommandations des traitements, des prescriptions médicamenteuses, de leurs dosages biologiques ainsi que des conséquences de leurs interactions (médicaments-médicaments ou médicaments-activité physique) devrait systématiquement être faite par le pharmacien et l'équipe de soins. Il pourra proposer, voire envisager certaines modifications, réduction de doses, substitutions, suppressions de certains traitements ou éventuellement adaptation des interventions et exercices aux prises médicamenteuses. Le pharmacien joue également un rôle majeur dans le conseil, l'éducation, la sensibilisation, l'éveil et la recherche en matière de neuropsychopharmacologie. Sa valeur ajoutée permettrait sans doute une individualisation du traitement en psychiatrie réduisant le temps nécessaire à la mise en place d'un traitement efficace et minimisant les complications et les effets secondaires.

Bibliographie

1. Gotlib D, Bostwick JR, Calip S, Perelstein E, Kurlander JE, Fluent T. Collaborative Care in Ambulatory Psychiatry: Content Analysis of Consultations to a Psychiatric Pharmacist. *Psychopharmacol Bull*. 2017;47(4):41-6.

2. Hahn M, Ritter C, Roll SC. Validation of pharmacist-physician collaboration in psychiatry: 'the Eichberger-model'. *Int J Clin Pharm*. 2018;40(5):1001-4.
3. Coe AB, Bostwick JR, Choe HM, Thompson AN. Provider perceptions of pharmacists providing mental health medication support in patient-centered medical homes. *J Am Pharm Assoc* (2003). 2019.

• **La psychiatrie est un art qui s'apprend : de la psychodynamique jusqu'à la galénique, l'enseignement mutuel de la trinomie pharmacien-psychiatre-interne profite aux patients**

Philippe Vincent (Montréal, Québec)

Objectifs pédagogiques

- Identifier les rôles du pharmacien clinicien spécialisé en santé mentale.
- Explorer les actes pharmaceutiques complémentaires à la psychiatrie.

Le pharmacien spécialisé en santé mentale peut réaliser des interventions de plusieurs niveaux de complexité. Au premier niveau, il fait de la psychoéducation sur les psychotropes auprès des patients et leurs familles, la gestion d'interactions médicamenteuses complexes, et la gestion des ruptures de médicaments devenus essentiels pour certains patients. À l'étage supérieur, il complète la réflexion du psychiatre sur le choix de traitement optimal en utilisant des schémas de pensées complexes. Par exemple, il additionne toutes les actions pharmacologiques possibles des médicaments d'un patient, identifie les récepteurs saturés et les récepteurs ignorés, et compare cette analyse avec les symptômes relevés par le psychiatre. Au troisième étage, le pharmacien peut rencontrer les patients en même temps que le psychiatre pour discuter des options thérapeutiques au moment crucial de la prescription. Le pharmacien en profitera aussi pour apprendre des techniques d'entrevues utiles au dernier niveau. Ici, le pharmacien développe son autonomie et son jugement clinique pour agir en complémentarité et en autonomie complète.

Bibliographie

- Goldstone LW, DiPaula BA, Caballero J. Improving medication-related outcomes for patients with psychiatric and neurologic disorders: Value of psychiatric pharmacists as part of the health care team. *Mental Health Clinician*. 2015.
- Leucht S. Measurements of response, remission, and recovery in schizophrenia and examples for their clinical application. *J Clin Psychiatry*. 2014;75 Suppl 1(suppl 1):8-14.
- Hiemke C, Bergemann N, Clement H, Conca A, Deckert J, Domschke K, et al. Consensus Guidelines for Therapeutic Drug Monitoring in Neuropsychopharmacology: Update 2017. *Pharmacopsychiatry*. 2018 Feb 1;51(01/02):9-62.

AFF1. Ateliers de formation de la francophonie

Sensibiliser et déstigmatiser ♦ Salle C3

• **Jackpot Jacques !**

Armand Homsy (Beyrouth, Liban)

Objectifs pédagogiques

- Souligner le rôle de la bande dessinée dans la présentation des maladies mentales.
- Partager le processus créatif dans la bande dessinée.
- Discuter des éléments et des stratégies du "storytelling".

Parler des maladies mentales en bande dessinée peut se révéler utile et adéquat, surtout si la cible est un lectorat jeune. Une série de bandes dessinées proposée par L'Association Francophone pour les malades mentaux aide les jeunes à reconnaître différents symptômes de maladies afin de consulter ou de demander de l'aide.

Le sujet est très sérieux, mais toutefois, il prend la forme d'une activité ludique (comme lire une BD) afin de délivrer un message d'une grande importance : cherchez une aide professionnelle, consultez un psychologue si des symptômes similaires se manifestent chez vous ou autour de vous.

Dans le cas de Jackpot Jacques, la BD qui pose la problématique de l'addiction, le traitement se veut positif et humoristique, car l'addiction entrainera le héros dans des situations loufoques et exagérées afin de bien souligner en contraste la sombre chute que peut provoquer l'addiction si elle n'est pas suivie et traitée par un spécialiste.

Le gros du travail est inspiré d'exemples réels ; la rencontre avec deux joueurs professionnels s'avèrera très importante car source de faits et de détails insoupçonnés auparavant. Épuisés par leur passion dévastatrice du jeu, leurs "bodylanguage", leurs attitudes ainsi que leurs histoires et anecdotes seront d'une assistance majeure.

Le rôle du dessinateur étant de s'inspirer de ce qui l'entoure pour faire aboutir son message, la mise en scène et le monde dans lequel évolue le héros seront basés sur des acquis visuels, des lieux, des objets et des détails mettant l'addiction en devant de la scène. Le scénario, sous l'œil expert des psychologues qui suivent le projet, sera une description caricaturale, mais toutefois fidèle, des conséquences de l'addiction, subies par des personnes qui vivent le désir, mais malheureusement n'aboutissent pas au plaisir.

• **Ce que nous apprend Tintin sur la psychiatrie**

Elie Khoury (Beyrouth, Liban)

Objectifs pédagogiques

- Lecture de la sémiologie psychiatrique dans l'œuvre de Hergé

- Lecture de l'évolution des représentations sociales des psychiatres, des patients et des hôpitaux psychiatriques dans l'œuvre de Hergé
- Exposé de l'analyse faite par Serge Tisseron de l'œuvre de Hergé

« Tintin, c'était moi, avec tout ce qu'il y a en moi, d'héroïsme, de courage, de droiture, de malice et de débrouillardise » écrivait un jour Hergé. Dans ses "Aventures de Tintin", Hergé n'a pas manqué de tisser psychologie et psychiatrie en filigrane dans la trame de fond de son récit. Au travers des vingt-quatre albums, nous remarquons que figurent des présentations psychiatriques diverses, camouflées par un humour certain et un sens de la narration évident. Haddock, Tournesol, La Castafiore, Milou... Tous y passent. Étant donné la richesse de ses planches en matière de santé mentale et de troubles psychiques, nous avons entrepris une lecture systématique des albums de la série à travers le spectre de la psychiatrie, ainsi qu'une revue de la littérature médicale à ce sujet, pour aboutir à une description de la sémiologie et de la phénoménologie psychiatriques de l'œuvre de Hergé que nous vous présenterons. Les thèmes les plus récurrents sont les délires et les psychoses, les troubles de la personnalité ainsi que les troubles liés à l'usage de l'alcool et d'autres substances psychoactives. Dans un deuxième temps, nous présenterons l'évolution au fil des albums de la représentation des asiles et des hôpitaux psychiatriques, des "aliénistes" psychiatres et du patient "fou". Finalement, nous évoquerons l'analyse des "Aventures de Tintin" entreprise par Serge Tisseron, à la recherche d'un secret familial qu'il eut l'impression de déceler en parcourant l'œuvre de Hergé.

Bibliographie

- Tisseron S. Tintin chez le psychanalyste. Paris: Editions Aubier; 2000. 191 p.
- Hubinon J. Hergé et la Folie - Tintin et les Médecins. Firme Pharmaceutique; 2001. 36 p.
- Castillo M. Tintin and colleagues go to the doctor. AJNR Am J Neuroradiol. 2011 Dec;32(11):1975–6.

DD1. Déjeuners - débats

Cannabis thérapeutique : vous avez fumé ou quoi ? ♦ Salle A6

• Le Pour et le Contre

Juliette Salles (Toulouse) & Elias Abdelsater (Beyrouth, Liban)

Objectifs pédagogiques

- Présenter les données actuelles de la littérature dans le domaine
- Argumenter les applications pratiques des données scientifiques

La première partie du XXI^e siècle a vu un regain d'intérêt pour le potentiel thérapeutique du cannabis. A présent, une trentaine de pays ont déjà mis en place des politiques autorisant l'usage thérapeutique de cannabis ou de cannabinoïdes, dans différentes indications thérapeutiques y compris pour le traitement de pathologies psychiatriques.

Le pour :

Les preuves scientifiques de cet usage n'ont pas suivi la croissance rapide de l'intérêt des patients. La nature controversée du cannabis parmi le public, les politiciens et les professionnels de la santé a limité le progrès. Pourtant le bien-être de ces patients en souffrance dépend d'une approche non partisane qui diminuera les freins imposés à l'usage thérapeutique, clinique et expérimental.

N'ont-ils pas droit aux mêmes méthodes rigoureuses utilisées pour d'autres composés pharmacologiques pour spécifier les dimensions pharmacologiques et les conditions de prescription qui assureront la meilleure balance bénéfice-risque ?

Le contre :

L'engouement suscité par le cannabis thérapeutique ne doit pas occulter le fait que des points d'inquiétudes existent. Actuellement de nombreux freins quant à la prescription de cannabis thérapeutique persistent. Ces freins interrogent directement les dimensions pharmacologiques, les conditions de prescriptions et la prise en compte des risques au long cours.

Compte tenu de ces freins et par principe de précaution ne devrait-on pas être encore contre cette prescription ?

Bibliographie

1. Suryadevara U, Bruijnzeel DM, Nuthi M, Jagarine DA, Tandon R, Bruijnzeel AW. Pros and Cons of Medical Cannabis use by People with Chronic Brain Disorders. *Curr Neuropharmacol*. 2017 Aug;15(6):800–14.
2. Shin, S., Mitchell, C., Mannion, K., Smolyn, J., & Meghani, S. H. (2018). An Integrated Review of Cannabis and Cannabinoids in Adult Oncologic Pain Management. *Pain Management Nursing*, 1–12.
3. Hill, K. P., Palastro, M. D., & George, T. P. (2019). Therapeutic cannabis use in 2018: where do we stand ? *The Lancet Psychiatry*, 6(2), 88–89.

DD2. Déjeuners-débats

Mécanismes inflammatoires dans les troubles de l'humeur :

le point de vue du clinicien versus celui du chercheur ♦ Salle C9

• Le point de vue d'un Chercheur

Nassim Fares

Objectifs pédagogiques

- Décrire l'inflammation comme étant à la fois un acteur majeur dans la pathogénèse des troubles de l'humeur et une piste thérapeutique potentielle pour une meilleure prise en charge.

L'inflammation, dans les maladies chroniques, est considérée comme l'un des principaux mécanismes physiopathologiques émergeant du siècle (1). Elle a été souvent associée au diabète, au cancer et aux maladies cardiovasculaires et neurodégénératives, alors qu'elle se révèle être, également, inculpée dans les maladies psychiatriques. En effet, actuellement, nombreuses sont les études scientifiques, qui fournissent à l'inflammation une place majeure dans la physiopathologie des troubles de l'humeur, permettant ainsi de rajouter à la liste des maladies chroniques sus-citées, les maladies psychiatriques où l'inflammation aurait un rôle significativement important. Il a été démontré, chez des patients souffrant de troubles dépressifs et bipolaires, une augmentation de la concentration de cytokines et chémokines inflammatoires dans le liquide céphalorachidien et dans la circulation périphérique, ainsi qu'une modulation dans l'expression génique de ces derniers et du phénotype immunitaire (2). Ce profil pro-inflammatoire semble être soutenu par des voies de signalisation cellulaires et moléculaires associées à un dysfonctionnement mitochondrial, à une modulation dans la sécrétion de certains neurotransmetteurs, à la formation de l'inflammasome, à une altération neuro-métabolique et à l'activation des microglies (3). De plus, l'inflammation aurait un rôle important dans la progression de ces affections et dans la stratification des patients atteints de troubles de l'humeur. En recoupant toutes ces données de la littérature, le traitement et/ou la prévention des mécanismes inflammatoires semblent constituer, avec les traitements pharmacologiques conventionnels, des stratégies potentielles pour une meilleure prise en charge des troubles de l'humeur.

Bibliographie

1. Ebrahim Haroon et al., 2012. Psychoneuroimmunology Meets Neuropsychopharmacology: Translational Implications of the Impact of Inflammation on Behavior. *Neuropsychopharmacology* 37, 137–162.
2. Jennifer C. Felger. 2018. Imaging the Role of Inflammation in Mood and Anxiety-related Disorders. *Current Neuropharmacology*, 16, 533-558.
3. Carsten Culmsee, et al., 2018. Mitochondria, Microglia, and the Immune System—How Are They Linked in Affective Disorders? *Front Psychiatry* 9: 739.

S13 - Stratégies de réduction des risques addiction/hépatite : regards croisés addictologues, psychiatres, hépatologues ♦ Salle C9

• L'hépatite C en milieu psychiatrique : un problème négligé ?

Benjamin Rolland (Lyon)

Objectifs pédagogiques

- Sensibiliser et informer les psychiatres et addictologues à la problématique de l'hépatite C et à intégrer le dépistage dans le parcours de soins du patient

L'infection chronique par le virus de l'hépatite C (VHC) touche environ 0,5 à 1% de la population en France. Le VHC est pourvoyeur de nombreuses complications, en premier lieu hépatiques, mais aussi psychiatriques. Depuis plusieurs années, de nouveaux traitements ont une efficacité de presque 100%, et les pouvoirs publics ont annoncé leur intention d'arriver à une "élimination" du VHC en France. Une politique d'élimination suppose de pouvoir identifier les populations à risque afin de mettre en place un dépistage et des soins adaptés. Les populations les plus concernées par le VHC sont les usagers de drogues injectables, avec une prévalence du VHC estimée entre 40 et 70%. Les équipes soignantes et médicosociales au contact de ces populations sont particulièrement formées à l'éducation des usagers sur l'importance du dépistage, du soin, et de la prévention, notamment à travers les interventions de réduction des risques.

Le milieu psychiatrique pourrait constituer un autre "réservoir" important du virus. Une méta-analyse récente estimait qu'en Europe, 6% des populations atteintes de troubles psychiatriques avec une infection chronique par le VHC. En France, très peu de chiffres sont disponibles. De vieilles études en milieu psychiatrique retrouvaient des taux similaires, c'est-à-dire entre 5 et 8%. Les patients contaminés pourraient être d'anciens usagers de drogues qui ne fréquentent plus les structures addictologiques, ou bien même des patients contaminés via des modes de contamination atypiques, liés au contexte institutionnel. Les soignants en psychiatrie doivent être informés de la surprévalence du VHC dans leur population de patients. Ils doivent participer au dépistage et jouer leur rôle dans le projet national d'élimination du virus, parce que c'est un enjeu de santé publique, mais aussi parce que le VHC aggrave l'état psychiatrique de leurs patients et que traiter cette infection fait partie intégrante de la prise en charge psychiatrique.

• Dépistage des maladies du foie liées à l'alcool et du VHC : rôle de l'addictologue

Camille Barrault (Créteil)

Objectifs pédagogiques

- Connaître les risques de l'infection par le virus de l'hépatite virale C et de la cirrhose
- Connaître les outils de dépistage du VHC et de la cirrhose

Pourquoi ? Les usagers de drogue (UD) sont particulièrement à risque de VHC, maladie silencieuse à risque important de transmission qui peut –tout comme le mésusage d’alcool- évoluer vers la cirrhose et ses complications : hémorragie digestive, ascite et cancer primitif du foie à l’origine de nombreux décès. Or nous disposons actuellement de traitements anti-viraux directs par voie orale, de courte durée et d’excellente efficacité, peu d’effets indésirables et de contre-indications. Des traitements existent permettant de prévenir et traiter les complications de la cirrhose. Enfin, des études médico-économiques ont permis de montrer l’intérêt pour la société de dépister et traiter ces patients avant l’apparition d’une cirrhose. Le dépistage de ces maladies est donc pertinent. Comment ? Le VHC peut-être dépisté facilement par des tests rapides à orientation diagnostique. La fibrose hépatique peut être dépistée avant l’apparition d’une cirrhose grâce des outils non invasifs (mesure de l’élasticité hépatique et tests sériques) parfaitement adaptés et acceptés par la population des UD et alcoolo-dépendants. Ils peuvent être répétés régulièrement. Une unité de lieu ? Les patients "addict" sont souvent éloignés du système de santé et l’accès aux consultations hospitalières d’hépatologie est difficile. Dans un lieu où le patient est déjà suivi, il existe une alliance thérapeutique qui améliore le parcours de soins. Des coopérations interprofessionnelles de santé peuvent être mises en place, notamment par du personnel soignant non médical. L’élimination de l’infection par le VHC est un objectif de l’OMS pour 2030. Les addictologues –habitués à la réduction des risques et des dommages- sont des acteurs centraux de ce projet qui est un formidable moment pour mettre en place une coopération solide entre acteurs du champ des addictions et hépatologues afin d’améliorer également la prise en charge des patients ayant une dépendance à l’alcool.

Bibliographie

- Recommandations AFEF pour l’élimination de l’infection par le VHC en France (2018)
<https://afef.asso.fr/recommandations/recommandations-afef/>
- EASL Clinical Practice Guidelines: Management of alcohol-related liver disease (2019)
<https://easl.eu/publication/management-of-alcohol-related-liver-disease/>
- Livre Blanc sur l’accès aux soins des populations vulnérables pour l’hépatite C
http://www.addictologie.org/spip.php?page=accueil&id_rubrique=1

S14 - Promouvoir les droits de l’homme : Regards croisés internationaux ◆ Salle C3

• Consentement aux soins : Avantages ou illusions

Rachel Bocher (Nantes)

Objectifs pédagogiques

- Reconnaître la pluralité des consentements et de la nécessité du contrat de soins.
- Discuter des facteurs du "prendre soin".
- Comprendre le mécanisme du consentement.

Après le marathon des 30 dernières années (Loi de 1990, Loi de 2011) qui va marquer notre discipline en France, d’aucuns ne s’étonneront : Quel est le sens du consentement ? Quelle est la valeur du consentement ? Quelle est la nécessité du consentement ? Quelle est l’urgence du consentement ? Quelle est la nature du consentement ? Mais de quel consentement parlons-nous ?

Consentement vérité,

Consentement persuasif,

Consentement hold-up ou encore consentement libéré.

Le consentement aux soins est un avantage indéniable parce qu’il privilégie la relation contractuelle, le libre choix du patient et l’engagement du praticien.

Mais entre idéal et réalité, la pratique au quotidien nous place face à nos contradictions.

Quoi qu’il en soit, qu’il soit conduit à coopérer, à forcer, à influencer ou à faire preuve de persuasion, le psychiatre est soumis à son engagement essentiel : le Serment d’Hippocrate.

L’exemple d’une consultation au sein d’un centre de traitement de la douleur (CETD) nous permettra d’illustrer notre propos.

Bibliographie

- Livia VELPRY, Benoit EYRAUD, Pierre VIDAL-NAQUET. Contraintes et consentement en santé mentale : forcer, influencer et coopérer. PUF « Le sens social » 2018.
- Mathias COUTURIER. Le paradoxe de la contrainte et du consentement dans les programmes de soins en psychiatrie. Rhizome 2014.
- Noëlle CARLIN. Relation de soin, la confiance à l’épreuve du droit. Thèse de philosophie pratique mars 2014. Université Marne la Vallée. Directeur de thèse : Dominique FOLSCHIED

• Le programme QualityRights de l’OMS : viser la qualité des soins et le respect des droits des usagers des services de santé mentale

Déborah Sebbane, Bérénice Staedel, Simon Vasseur-Bacle (Lille)

Objectifs pédagogiques

- Découvrir les recommandations internationales relatives à l’organisation des soins en santé mentale
- Découvrir le programme QualityRights de l’OMS
- Comprendre les enjeux relatifs au déploiement du Programme QualityRights dans les services de santé mentale

L'OMS a publié en 2012 le programme QualityRights, qui a pour objectif de soutenir l'amélioration de la qualité des services et du respect des droits en santé mentale à différents niveaux (1). Le programme propose en effet de travailler avec les établissements et structures de soins en santé mentale, et de faire évoluer les questions du respect des droits à l'échelle de régions, voire d'États. Le programme se base sur la Convention des Nations Unies relative aux Droits des Personnes Handicapées, ratifiée par la France en 2010. Les objectifs opérationnels visent notamment à fournir un appui technique pour l'évaluation de la qualité et du respect des Droits, ainsi qu'à proposer des modules de formation à destination des personnes usagères des services de santé mentale, des aidants et des professionnels. Le QualityRights a également comme objectifs de développer des réseaux associatifs autour des bonnes pratiques en santé mentale et à soutenir les réformes des politiques de santé mentale afin de tendre vers les standards et recommandations internationales. Le Centre Collaborateur de l'OMS pour la recherche et la formation en santé mentale (CCOMS, Lille) a été chargé par l'OMS de coordonner la mise en place du programme QualityRights en France et dans les pays francophones. Le CCOMS a ainsi traduit les documents de support technique du QualityRights Toolkit et a mis à disposition la traduction de 15 modules de formation proposés par l'OMS (2) : Promouvoir les Droits en santé mentale, Accompagner l'orientation rétablissement dans les services, Promouvoir la capacité juridique, Développer les alternatives à l'isolement, la contention et les pratiques coercitives etc. Ce programme n'est ni une certification, ni une accréditation, il propose aux établissements volontaires un « rapport d'étonnement » soutenant l'évolution des pratiques et proposant un changement accompagné des pratiques dans la perspective principale de voir progresser le respect des droits des usagers des services de santé mentale (3).

Bibliographie

1- Comprehensive mental health action plan 2013-2020. WHO.

http://www.who.int/mental_health/action_plan_2013/en/

2- WHO QualityRights guidance and training tools. World Health Organization ; 2017

http://www.who.int/mental_health/policy/quality_rights/guidance_training_tools/en/

3- WHO QualityRights initiative – improving quality, promoting human rights. World Health Organization ; 2017

http://www.who.int/mental_health/policy/quality_rights/en/

S15 - Soins du corps et de l'esprit ♦ Amphi A

• Schizophrénie et enjeux cardio-métaboliques : pour une approche intégrative précoce

Jean-Christophe Chauvet- Gélinier (Dijon)

Objectifs pédagogiques

- Connaître l'impact somatique très délétère de la schizophrénie
- Prendre conscience de la précocité des phénomènes somatiques associés à la schizophrénie (FEP)
- Valoriser des stratégies intégratives dès le début des troubles

La schizophrénie constitue une pathologie du cerveau et du corps entier, avec des conséquences majeures en termes de réduction de qualité et d'espérance de vie. En effet de nombreux travaux ont démontré la réalité des comorbidités somatiques et l'impact très délétère de ces pathologies associées en termes de surmortalité, avec une perte globale d'espérance de vie de 15 à 20 ans pour les patients. Or les premiers épisodes psychotiques représentent une période cruciale d'émergence de phénomènes physiopathologiques (immuno-inflammation, dysfonction du métabolisme glucido-lipidique) néfastes sur le plan cardio-métabolique, indépendamment de tout traitement psychotrope. Aussi la détection précoce d'éléments cliniques et paracliniques somatiques constitue un objectif important dans une maladie d'évolution chronique débutant chez le sujet jeune, augmentant par conséquent la durée d'exposition à des facteurs de risque somatiques. Et si des comportements de santé inadéquats ou encore certains traitements médicamenteux peuvent concourir à l'augmentation du risque somatique, il apparaît aujourd'hui nécessaire de considérer les comorbidités cardio-métaboliques comme l'expression clinico-biologique d'une vulnérabilité consubstantielle de ces troubles psychiques. Dans ce contexte, la sensibilisation de tous les professionnels de santé à une attention somatique précoce représente un objectif capital à intégrer dans les programmes thérapeutiques à destination des patients souffrant de schizophrénie, par la mise en œuvre d'une authentique réhabilitation somato-psycho-sociale.

Bibliographie

• Druss et al. Understanding excess mortality in persons with mental illness: 17-year follow up of a nationally representative US survey. *Med Care*. 2011 ;49(6):599-604.

• Hasnain M. *Lancet Psychiatry*. Schizophrenia and metabolic dysregulation: shared roots? 2016 ;3(11):1003-1005.

• Blanner Kristiansen et al. Promoting physical health in severe mental illness: patient and staff perspective. *Acta Psychiatr Scand*. 2015 ;132(6):470-8.

• Une vie active et saine (HeAL) : un manifeste pour avoir le corps "en tête" dans la psychose débutante

Marie-Odile Krebs (Paris)

Objectifs pédagogiques

- alerter sur le risque cardiovasculaire dans la psychose débutante
- connaître les recommandations internationales
- connaître les algorithmes d'intervention

Les troubles psychotiques sont associés à une perte d'espérance de vie d'environ 15 ans, et ce en partie du fait des risques cardio métaboliques. La prescription d'antipsychotique est un facteur majeur, pour lequel le risque est variable selon les personnes.

Un groupe d'expert s'est réuni pour produire un manifeste et faciliter la diffusion de ces recommandations. HEAL Healthy Active Live : Keeping the Body in Mind in Youth with Psychosis (<https://www.iphs.org.au/>), en harmonisant les procédures des différentes instances.

Ce manifeste souligne l'importance d'une prise de conscience, tant de la part des praticiens que de la part des jeunes et de leur famille de hisser le suivi de la santé physique au même plan que celui de la qualité des soins psychiatriques.

En effet, la santé physique impacte fortement la qualité de vie des patients.

Les origines des risques cardio-vasculaires sont pluri-factorielles et le risque cardio vasculaire est déjà augmenté avant l'écllosion d'un épisode psychotique, chez les sujets à haut risque de psychose.

Ainsi, la période de psychose débutante est une période d'opportunité de prévention en santé « globale », sans oublier le dépistage des 2 à 3 % de troubles somatiques associés aux troubles psychotiques. Nous présenterons cette initiative et la version française des recommandations et des plaquettes.

Bibliographie

- Ferrara, M : Strategies to implement physical health monitoring in people affected by severe mental illness: a literature review and introduction to the Italian adaptation of the Positive Cardiometabolic Health Algorithm Journal of Psychopathology 2015;21:269-280
- Carney, R et al : Examining the physical health and lifestyle of young people at ultra-high risk for psychosis: A qualitative study involving service users, parents and clinicians Psychiatry Research 255 (2017) 87-93
- Bioque M et al Evolution of metabolic risk factors over a two-year period in a cohort of first episodes of psychosis, Schizophrenia Research 193 (2018) 188-196

• Le sport, bienfaits et méfaits

Wissam Kheir (Beyrouth, Liban)

Objectifs pédagogiques

- Différencier entre les deux concepts de l'activité physique et du sport.
- Exposer les effets à court et long termes de l'activité physique sur la santé mentale.
- Promouvoir la pratique de l'activité physique sur la base de ses vertus psychologiques pour une santé mentale optimale.

La santé mentale est une préoccupation mondiale importante sur le plan de la santé publique comme en témoigne le Plan d'action pour la santé mentale 2013-2020 de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Selon l'OMS, une personne sur quatre serait sujette à un problème de santé mentale au cours de sa vie et les troubles liés à la santé mentale viendraient en second lieu en termes de coût de morbidité derrière les maladies cardiaques.

Il est de plus en plus reconnu que l'activité physique, en plus de son impact démontré sur la santé physique, a des vertus psychologiques positives qui touchent plusieurs dimensions de la santé mentale et pourrait donc être bénéfique dans la prise en charge des troubles mentaux. Sur la base d'une revue des recherches démontrant les vertus de l'activité physique dans le domaine de la santé mentale (notamment sur l'humeur, l'anxiété, le stress, la dépression, l'estime de soi, le sentiment d'efficacité, les performances cognitives et les symptômes psychosomatiques), cette présentation propose un modèle biopsychosocial des bienfaits psychologiques de l'activité physique, bienfaits qui portent notamment sur la majoration de l'état de bien-être individuel et de santé mentale optimale en favorisant la réalisation du plein potentiel et en augmentant les ressources psychologiques devant les difficultés normales de la vie ou l'adversité.

Bibliographie

- INSERM (2008). Activité physique: contextes et effets sur la santé. Expertise collective. Institut national de la santé et de la recherche médicale.
- Biddle, S. J. H. (2006). Research synthesis in sport and exercise psychology: Chaos in the brickyard revisited, European Journal of Sport Science, 6(2), 97-102.
- Dunn, A. L., Trivedi, M. H., Kampert, J. B., Clark, C. G. et Chambliss, H. O. (2005). Exercise treatment for depression : Efficacy and dose response. American Journal of Preventive Medicine, 28, 1-8.

Journée CPNLF "Pharmacien"

JP2. Entretien motivationnel : observance médicamenteuse et déni ♦ Salle C8

• État émotionnel et adhérence au traitement

Lucine Halépián Ouloudjian (Beyrouth, Liban)

Objectifs pédagogiques

- Identifier les états émotionnels associés à l'adhérence au traitement
- Montrer le rôle important du pharmacien dans la détection des patients non-adhérents et leur prise en charge

L'homme est parfois submergé par ses émotions. En effet, l'état émotionnel d'un individu peut influencer non seulement sa qualité de vie mais également son adhésion à son traitement médicamenteux. Dans le cadre des pathologies chroniques, l'adhésion au traitement est indispensable afin d'assurer une bonne prise en charge et un bon suivi de la maladie. Parmi les états émotionnels, la peur et la dépression ont été les plus étudiées en rapport avec l'adhésion. En effet, le manque d'adhésion au traitement associé à la dépression a été mis en évidence pour différents types de maladies chroniques comme le diabète, l'hypertension artérielle, etc. Il a été démontré qu'en cas de dépression, le risque d'inobservance peut augmenter d'un facteur de trois. De plus, certaines études montrent que les sujets déprimés présentant une bonne adhésion à leurs antidépresseurs étaient également bien adhérents aux autres traitements chroniques. Par ailleurs, d'autres études ont évalué l'influence de la peur sur l'adhésion. Selon ces études, quand la source de la peur provient des effets secondaires des médicaments, l'adhésion au traitement diminue. Cependant, quand la source de la peur est la maladie, l'adhésion augmente. L'état émotionnel du patient peut donc être un facteur prédictif de son adhésion aux médicaments. Malgré la complexité inhérente à l'étude de l'état émotionnel d'un patient, elle constitue une cible permettant d'optimiser l'adhésion au traitement et par suite la prise en charge de la maladie associée. Parmi les professionnels de la santé, le pharmacien est l'un des premiers acteurs pouvant détecter la non-fidélité du patient à son traitement lorsqu'il lui prodigue des soins pharmaceutiques. Il a la capacité d'identifier un patient inobservant, de comprendre les raisons de l'inobservance et enfin de lui proposer des solutions.

Bibliographie

1. Halepian L, Saleh MB, Hallit S, Khabbaz LR. Adherence to Insulin, Emotional Distress, and Trust in Physician Among Patients with Diabetes: A Cross-Sectional Study. *Diabetes Ther.* 2018 Apr;9(2):713–26.
2. Harvey MM, Coifman KG, Ross G, Kleinert D, Giardina P. Contextually appropriate emotional word use predicts adaptive health behavior: Emotion context sensitivity and treatment adherence. *J Health Psychol.* 2016;21(5):579–89.
3. García-Llana H, Remor E, Del Peso G, Selgas R. The role of depression, anxiety, stress and adherence to treatment in dialysis patients' health-related quality of life: a systematic review of the literature. *Nefrologia.* 2014;34(5):637–57.

• Intérêt de la simulation pédagogique pour le pharmacien

Simon Rodier (Nice)

Objectifs pédagogiques

- Connaitre les grands principes de simulation en pharmacie
- Savoir comment déployer une formation en simulation en pharmacie
- Placer la simulation comme un outil de gestion des risques, notamment pour les activités de pharmacie clinique

La simulation en santé correspond "à l'utilisation d'un matériel, de la réalité virtuelle ou d'un patient standardisé, pour reproduire des situations ou des environnements de soins, pour enseigner des procédures diagnostiques et thérapeutiques et permettre de répéter des processus, des situations cliniques ou des prises de décision par un professionnel de santé ou une équipe de professionnels". Ainsi, la simulation touche tous les processus où sont impliqués les pharmaciens. Les premiers programmes instaurés ont initialement été tournés vers les activités de production (chimiothérapie, stérilisation...), particulièrement adaptées à l'élaboration de scénarios de simulation. Parmi les autres activités, la pharmacie clinique est une discipline en pleine évolution, notamment grâce à un impact clinique et économique du pharmacien aujourd'hui démontré. L'émergence récente des nouveaux modèles de pharmacie clinique met cependant en évidence une nécessité de formation initiale et continue efficiente afin d'interconnecter connaissances, compétences techniques et non techniques. Parmi les nombreux modèles d'apprentissage existant, les nouvelles méthodes de pédagogies actives, telles la simulation, offrent de nouvelles perspectives, notamment grâce à la mise en situation permettant un ancrage renforcé des bonnes pratiques et bonnes postures. Que cela concerne la conciliation des traitements médicamenteux, l'entretien d'admission, le bilan de médication, l'entretien pharmaceutique ou l'éducation thérapeutique du patient, de nombreuses opportunités s'offrent aux pharmaciens pour implémenter des programmes de simulation pédagogique, notamment concernant l'observance médicamenteuse. Bien plus qu'un outil de formation utilisé en autonomie, la simulation se place aujourd'hui au centre de la stratégie « qualité gestion des risques » des structures pharmaceutiques, officine comme établissements de santé, afin d'améliorer l'analyse des risques, l'analyse des causes de dysfonctionnements ainsi que la culture positive de l'erreur.

Bibliographie

- Granry JC, Moll MC. Rapport de mission. État de l'art (national et international) en matière de pratiques de simulation dans le domaine de la santé. Dans le cadre du développement professionnel continu (DPC) et de la prévention des risques associés aux soins. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2012
- Moll MC. Guide méthodologique. Simulation en santé et gestion des risques. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2012
- Lloyd M, Watmough S, Bennett N. Simulation-based training: applications in clinical pharmacy. *Clinical Pharmacist*, September 2018, Vol 10, No 9, online DOI: 10.1211/CP.2018.20205302

S16 - L'avenir de la psychiatrie & des neurosciences ◆ Amphi B

L'AVC en 2019

Hassan Hosseini (Créteil)

Les AVC constituent la première cause de handicap neurologique du fait de leur fréquence (15 millions par an dans le monde, 150 000 nouveaux cas par an en France) et de la gravité des séquelles motrices, sensorielles ou cognitives. L'admission, à la phase aiguë, dans une unité neurovasculaire est cruciale et détermine le pronostic de la maladie. En sus des soins adaptés qui permettent de diminuer les séquelles, c'est une urgence neurologique : chaque minute compte pour l'administration éventuelle d'une thrombolyse systémique, impossible après les premières heures post AVC, et qui permet de réduire encore le handicap. Et actuellement la thrombectomie mécanique permet de compléter le geste de revascularisation. La prise en charge diagnostique et thérapeutique des AVC sera présentée.

• La psychiatrie au Liban, entre hier et demain

Sami Richa (Beyrouth, Liban)

Objectifs pédagogiques

- Histoire de la psychiatrie au Liban depuis l'année 1900.

L'histoire de la Psychiatrie au Liban a été dominée par deux institutions, l'une ayant ouvert ses portes dès l'année 1900 et étant connue sous le nom de « Asfourieh », et l'autre en 1951 étant fondée par le Bienheureux Abouna Yaacoub et qui est l'Hôpital Psychiatrique de la Croix.

Le Professeur AYOUB, un des chantres de la Psychiatrie au Liban, a donné sa leçon inaugurale de Psychiatrie à la Faculté Française de Médecine en janvier 1965, leçon vite relayée par la presse libanaise tant l'événement était important.

La Société Libanaise de Psychiatrie est née en 1989.

L'Histoire de la Psychiatrie au Liban regorge de plusieurs autres événements non moins importants, telles l'histoire des thérapeutiques proposées aux malades, les premières études scientifiques...

Bibliographie

- La psychiatrie au Liban, une histoire et un regard. Sami RICHA, Éditions Dergham, octobre 2015.

S17 - Santé mentale et sécurité routière : quelle prévention ? ♦ Salle B4

• Psychotropes et conduite automobile : plus de questionnements que de solutions

Jean-Paul Chabannes (Grenoble)

Objectifs pédagogiques

- Poser les réels problèmes engendrés par l'idée de limiter le droit à conduire dans le cas de la prise d'un traitement psychotropes

Il existe en France un DROIT À CONDUIRE avec 2 principes :

- disposer d'un permis
- s'assurer PAR SOI-MEME de son aptitude et signaler aux autorités ses nouvelles incapacités.

Dans certains cas il est possible d'autoriser d'indiquer un examen médical (traité par un autre intervenant)

Pour la prise de psychotropes (indépendamment de toute maladie) la conduite automobile est DÉCONSEILLÉE. La place du pharmacien, de l'industrie, du médecin sera d'INFORMER mais non de DÉNONCER (attention aux preuves d'information donnée) Maintenant que peut-on dire de la limitation du droit à conduire sous psychotrope réclamée par certains ?

4 axes seront abordés : est-ce une sage précaution ? Est-ce un vœu pieux ? Y a-t-il des vérités scientifiques ? Est-ce un principe inapplicable ?

Bibliographie

- Combinaison d'études sur la santé et l'insécurité routière CESIR 2010
- Aptitude médicale à la conduite : le dilemme français : bulletin du conseil national de l'ordre des médecins n°17 mai 2011
- Médicaments et conduite : les pharmaciens mobilisés ; bulletin de l'ACMF mai/juin 2017

• Epilepsie et conduite automobile

Karine Abou Khaled (Beyrouth, Liban)

Objectifs pédagogiques

- Identifier les risques de conduite automobile chez une personne ayant une épilepsie non contrôlée
- Citer certains facteurs de risque des accidents liés aux crises épileptiques.
- Reconnaître l'impact de la conduite automobile sur la qualité de vie d'une personne ayant une épilepsie
- Connaître les guidelines concernant la conduite automobile et épilepsie

Malgré les controverses concernant la conduite automobile et l'épilepsie, il est important de reconnaître que la personne ayant une épilepsie expose les personnes autour d'elle et elle-même à des risques sérieux en cas de crise épileptique en conduisant. D'autre part le fait de ne pas pouvoir conduire affecte négativement la qualité de vie des patients ayant une épilepsie et limite leur indépendance. Ceci demeure l'une de leurs préoccupations majeures quand ils sont interrogés à

propos des limitations à leur qualité de vie. Nous exposerons les différents aspects de la sécurité routière et l'épilepsie ainsi que les facteurs de risque des accidents liés aux crises et les consensus internationaux et recommandations concernant la conduite automobile et l'épilepsie.

Bibliographie

- Consensus statements, sample statutory provisions, and model regulations regarding driver licensing and epilepsy. American Academy of Neurology, American Epilepsy Society, and Epilepsy Foundation of America. *Epilepsia* 1994; 35:696.
- Moran NF, Poole K, Bell G, et al. Epilepsy in the United Kingdom: seizure frequency and severity, anti-epileptic drug utilization and impact on life in 1652 people with epilepsy. *Seizure* 2004;13:425.
- Gilliam F, Kuzniecky R, Faught E, et al. Patient-validated content of epilepsy-specific quality-of life measurement. *Epilepsia* 1997; 38:233.

• L'évaluation de l'aptitude à la conduite des sujets présentant des troubles psychiques

Quels outils ? Quels critères ? Quels risques ?

Pierre-Olivier Mattei (Paris)

Objectifs pédagogiques

- Connaître les enjeux et les risques liés à la conduite de véhicules par des personnes présentant des troubles psychiques
- Connaître et discuter les outils et les critères permettant de repérer l'aptitude à la conduite de ces patients
- Apprendre les limites de validité de ces critères prédictifs

La conduite de véhicules est une activité banale, mais complexe, qui fait appel à des qualités cognitives, sensorielles, motrices et psychiques sollicitées plus ou moins durablement dans des contextes variés et changeants. Les troubles psychiques, pour des raisons liées à la maladie ou à son traitement, sont susceptibles d'affecter l'aptitude à la conduite. L'évaluation de l'aptitude à la conduite chez les sujets sains soulève des questions, auxquelles les réponses diffèrent d'une culture, d'un état, ou d'un pays à l'autre. S'agissant de l'évaluation de l'aptitude à la conduite de personnes présentant des troubles mentaux, il convient de définir des critères d'aptitude, non seulement cliniques mais aussi anamnestiques et contextuels, puis de forger des outils susceptibles de les mesurer, ou de les évaluer le plus fidèlement possible. Le principal enjeu est évidemment de limiter le risque de danger, non seulement pour le sujet présentant des troubles, mais aussi pour les autres usagers de la voie publique. Ce risque doit être minimisé, mais sa mesure doit être subtile, car un principe de précaution trop rigide pourrait priver injustement d'une liberté importante un sujet, certes malade, mais parfaitement à même d'assumer une conduite sans danger pour quiconque. Cette évaluation est donc complexe, comme le sont les mécanismes régissant l'aptitude à la conduite et leur régulation.

Bibliographie

- Conduite automobile et troubles mentaux / GANDAR P (1985)
- Conduite automobile et traitement psychotrope / SCHENA Anthony in ACTA PSYCHIATRICA BELGICA, 2 vol 117 (2017)
- Réflexions sur l'accession à la conduite automobile pour toute personne en situation de handicap / BERNIER C in ERGOTHERAPIES, 31 (2008)

S18 - Migration et réfugiés ♦ Salle C2

• Psychiatrie humanitaire en mégapole : un paradoxe ?

Alain Mercuel (Paris)

Objectifs pédagogiques

- Montrer comment une psychiatrie humanitaire peut se développer même en mégapole européenne : sans abris, migrants et autres précaires peuvent être aidés par divers dispositifs.
- Rétablir et restaurer par l'accès aux soins spécialisés, aux droits à la santé, aux soins somatiques,
- Rétablir et restaurer par la créativité, par le travail

La psychiatrie de secteur s'est tournée, dès les prémices de sa mise en place dans l'après-guerre, vers les plus démunis. Depuis, la précarisation permanente d'un côté et la migration mondiale ont fait évoluer une partie des pratiques. Nul n'est besoin d'aller au bout du monde pour pratiquer de la psychiatrie humanitaire puisque le bout du monde est au bout de la rue ... De fait des actions de prévention sont à mettre en œuvre pour diminuer les facteurs de risque de précarité, d'exclusion et d'apparition de troubles. Ces facteurs concernent la psychiatrie mais également l'éducation, la Cité, les gouvernements. Des actions thérapeutiques quasi humanitaires sont menées dans des mégapoles alors qu'on pourrait les penser spécifiques aux pays en crise ou en voie de développement.

Bibliographie

- Samenta : rapport sur la santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel d'Ile de France. Observatoire du Samu Social de Paris, INSERM, 2010
- A. MERCUEL : Souffrance Psychique des Sans-abri : vivre ou survivre, Odile Jacob, 2012

• Les services de santé mentale pour les réfugiés syriens au Liban : perceptions et expériences de réfugiés et de soignants

Hala Kerbage (Beyrouth, Liban)

Nous avons exploré les perceptions et expériences de soixante professionnels et de vingt-cinq réfugiés syriens impliqués dans les services de santé mentale spécialisés pour les réfugiés au Liban, y compris leurs interprétations des problèmes de santé mentale des réfugiés, à travers des entretiens semi-structurés et des entretiens en profondeur. Les résultats révèlent que les réfugiés perçoivent leur détresse comme étant une réaction collective normale à leurs conditions de vie difficiles en Syrie et au Liban alors que la plupart des professionnels la voient comme un symptôme de trouble psychiatrique, notamment de trouble dépressif. Les professionnels tendent à percevoir la culture des syriens comme un obstacle aux soins, et donnent la priorité à la sensibilisation des réfugiés sur les troubles mentaux. Les coordinateurs et décideurs justifient l'utilisation des interventions cliniques spécialisées de court terme en mettant en avant le contexte d'urgence, alors que les syriens requièrent plutôt des interventions communautaires et considèrent la relocalisation dans un pays tiers comme la seule solution à leur détresse actuelle. La relation thérapeutique semble altérée à certains moments par le manque de confiance, vu que les réfugiés rapportent être obligés de changer les narrations de leur parcours et de leurs conditions de vie comme un mécanisme adaptatif en réponse à l'arbitraire des décisions de l'aide humanitaire. Les professionnels de leur côté, considèrent ces narrations changeantes comme de la manipulation. Ces résultats nous permettent de suggérer des implications pour la pratique et pour les politiques de santé mentale pour les réfugiés afin d'adapter les interventions à leurs besoins.

• Santé mentale des travailleuses domestiques migrantes au Liban

Nada Zahreddine (Beyrouth, Liban)

Objectifs pédagogiques

- Présenter la situation démographique, sociale et juridique des travailleuses domestiques migrantes dans le monde et au Liban.
- Exposer les études de santé mentale des travailleuses domestiques migrantes dans le monde et au Liban.
- Faire une mise au point des services disponibles aux travailleuses domestiques migrantes au Liban et des interventions nécessaires pour l'amélioration de leur situation.

Il y a plus de 40 millions de travailleurs domestiques dans le monde, dont 83% de femmes. Ce secteur manque de réglementations nécessaires à la protection des travailleurs, surtout au Moyen-Orient et en Asie et les conditions de travail sont difficiles et souvent abusives. En revanche, il existe très peu de recherche visant cette population nombreuse et vulnérable.

Au Liban, le nombre de travailleuses domestiques migrantes est estimé à près d'un demi-million, la majorité en provenance d'Éthiopie. Plusieurs organisations ont dénoncé l'injustice du système de sponsorship (Kafala) et les abus que subissent ces travailleuses au Liban. Les études de santé mentale des travailleuses domestiques migrantes dans le monde et au Liban sont exposées dans notre présentation, mettant en évidence la haute prévalence de pathologies mentales anxio-dépressives mais aussi psychotiques dans cette population, ainsi qu'un taux élevé d'hospitalisation. Les facteurs de risques pré-migratoires et post-migratoires sont discutés.

Enfin, nous développons les services de santé mentale disponibles pour les travailleuses domestiques migrantes au Liban et nous suggérons des interventions susceptibles d'améliorer l'état général de cette population au Liban.

Bibliographie

- Zahreddine N., Hady R., Chammai R., Kazour F., Hachem D., Richa S. (2014). Psychiatric morbidity, phenomenology and management of hospitalized female foreign domestic workers in Lebanon. *Community Mental Health Journal*; 50:619–628
- Zahreddine N., Hady R., Chammai R., Kazour F., Hachem D., Richa S. (2013). Foreign domestic workers' psychiatric admissions in Lebanon: a 5-year retrospective study.
- Zahid et al. (2004). Psychiatric morbidity among housemaids in Kuwait. *Medical Principles and Practice*, 13, 249–254.

CP2. Conférence prestige ♦ Amphi C

• L'Héritage de Jean Delay

Intervenant : Florence Delay, de l'Académie française (Paris)

Modérateur : Jean-Pierre Olié (Paris)

Jean Delay (1907-1987), Psychiatre et écrivain

Pendant près de trois décennies, Jean Delay a dirigé la Clinique des maladies mentales et de l'encéphale à l'hôpital Saint-Anne, à Paris. Durant cette période (1942-1970) une véritable révolution thérapeutique, dont il fut un acteur de premier plan, a transformé la psychiatrie. Elle faisait jusqu'alors figure de parente pauvre à côté de disciplines "nobles" comme la chirurgie ou la neurologie. C'est à Sainte-Anne, en 1952, que Delay "découvre" avec son équipe les neuroleptiques, ayant isolé la chlorpromazine et constaté ses propriétés psychiatriques. Là donc que naît la psychopharmacologie. Je tenterai de retracer les étapes de cette première vie de mon père – bachelier à quatorze ans et demi, interne des hôpitaux de Paris à vingt et un ans... jusqu'à sa retraite anticipée parce qu'un arrêté ministériel (daté de décembre 1968) séparait la neurologie de la psychiatrie – négation d'une alliance qu'il avait toujours défendue haut et clair. C'est dire combien il a sa place parmi vous. La seconde vie de mon père, il l'annonce dès sa jeunesse dans ses journaux intimes : « Psychiatrie et littérature ».

Guérir et écrire, servir autrement. Je songe à Rilke, qui inspira « La Cité grise », rêverie sur l'hôpital de La Salpêtrière. À la jonction de la psychologie et de la biographie, Jean Delay créa un genre, la "psychobiographie", avec sa « Jeunesse d'André Gide». Il en créa un autre avec « Avant mémoire », une "sociobiographie". Dans ses deux vies il s'est toujours tenu à la croisée, à la jointure des disciplines. Et par amour de la langue française, amour que vous partagez, il chercha toujours en prose la plus juste et claire expression de sa pensée.

RT1. Premier Rapport thématique ♦ Amphi C

"Ethique & Psychiatrie" par Sami Richa (Beyrouth, Liban)

Objectifs pédagogiques

• Enjeux éthiques en psychiatrie

La présentation mettra en évidence les principaux enjeux éthiques en psychiatrie.

Une présentation de la réflexion éthique en psychiatrie se fera permettant de défendre une attitude clinique et thérapeutique basée sur les principes de respect de la personne humaine et de sa dignité.

De nombreuses problématiques seront traitées : information, consentement aux soins, handicap, psychothérapies, secret professionnel, démences, addictions, droits des patients, prises en charge psychosociales, relation soignant-soigné, génétique, stimulations cérébrales et recherche.

Bibliographie

1. Ricoeur P. Éthique et morale. Paris: Revue de l'Institut Catholique de Paris; 1990.

2. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. 7th ed. New York: Oxford University Press; 2013. 459 p.

3. Foucault M. Naissance de la clinique une archéologie du regard médical. Paris: Presses Universitaires de France; 1963.

Les Rencontres avec l'expert

RE3. A la Rencontre de l'expert pour Sexualité et Psychiatrie ♦ Salle C9

• Troubles du désir masculin : hormonal ou psychologique ?

Les experts : Carol Burté (Nice) & Sandrine Attalah (Beyrouth, Liban)

Objectifs pédagogiques

- Connaître les principales hormones en cause dans le désir sexuel de l'homme
- Savoir dépister un déficit en testostérone.

L'évaluation d'un trouble du désir sexuel (désir sexuel hypo actif du DSM) chez l'homme se fait selon un modèle bio psycho social.

Dans cette approche, les facteurs d'organicité et surtout les causes hormonales sont à rechercher en priorité car ils sont souvent à l'origine du problème.

Plusieurs hormones et neurotransmetteurs influencent le désir de l'homme :

- La testostérone en premier lieu, car elle coordonne et synchronise le désir et l'excitation sexuelle chez l'homme, agissant à de nombreux niveaux et pas seulement sur le cerveau. Le syndrome du déficit en testostérone est très fréquent après la cinquantaine. Il se caractérise par une baisse du désir sexuel, des érections de mauvaise qualité, de moindres sensations lors des activités sexuelles. La baisse de testostérone a un impact très important sur l'état général et sur l'humeur ; si bien que les hommes en souffrant se plaignent d'une fatigue globale : physique, psychique et sexuelle. Savoir le dépister conduit à proposer des traitements qui améliorent très rapidement la situation au prix de très peu d'effets secondaires, il est rarement contre indiqué.
- La prolactine, hormone de la lactation chez la femme, joue chez l'homme un rôle de régulation du système hypothalamo-hypophyso-testiculaire. L'hyperprolactinémie conduit à une baisse du désir sexuel. L'origine est souvent iatrogène et le problème peut également être facilement corrigé par un traitement adapté.
- L'oxytocine et d'autres hormones influencent également le désir de l'homme ; des essais cliniques sont en cours sans pour autant qu'il y ait de résultats applicables en pratique courante pour le moment.
- Enfin les études n'ont pas montré d'efficacité de la DHEA dans cette indication.

Bibliographie

- Bancroft J. The endocrinology of sexual arousal. J Endocrinol 2005; 186:214
- Corona G, Isidori A, Aversa A et al. Endocrinologic Control of Men's Sexual Desire and Arousal/Erection. J Sex Med 2016;13:317-337
- Maggi M , Buvat J , Corona G et al. Hormonal Causes of Male Sexual Dysfunctions and Their Management. J Sex Med 2013;10:661-677

Les Rencontres avec l'expert

RE4. A la Rencontre de l'expert pour l'Anxiété sociale ♦ Salle C3

L'expert : Raymond Elaily (Bordeaux)

Objectifs pédagogiques

La présentation permettra :

- de sensibiliser aux facteurs étiopathogéniques ainsi qu'au diagnostic et traitement précoces du TAS,
- de mieux connaître les facteurs de maintien du TAS,
- de rappeler les interventions psychothérapeutiques et pharmacologiques validées et recommandées,
- et de présenter les nouvelles perspectives thérapeutiques.

• Le trouble anxiété sociale (TAS) a une prévalence élevée, il est le trouble anxieux le plus fréquent et est souvent comorbide. Il altère sévèrement la qualité de vie et le fonctionnement dans différents domaines. Alors que depuis 25 ans il n'est plus considéré comme un trouble négligé beaucoup reste à accomplir notamment concernant les moyens pour faciliter le diagnostic, l'accès aux soins et améliorer l'efficacité des approches thérapeutiques.

Les antidépresseurs et les TCC sont les traitements de choix recommandés dans le TAS (National Institute for Health and Care Excellence NICE Guidelines 2013), leur efficacité est bien étayée mais elle est limitée, une proportion significative des patients traités reste peu améliorée et échoue à atteindre un niveau optimal de fonctionnement. Les données de la neuropsychologie cognitive et des modèles de traitement de l'information ont permis de construire des modélisations cognitives du TAS et de proposer des techniques pour augmenter l'efficacité des interventions thérapeutiques. De nombreuses études viennent appuyer les hypothèses développées et confirmer l'intérêt des interventions spécifiques ciblant des variables cognitives.

Dans notre présentation nous rappellerons la clinique, l'épidémiologie et les facteurs étiopathogéniques du TAS. Nous aborderons les recommandations thérapeutiques ensuite les modélisations cognitives du TAS et les techniques spécifiques

issues de ces modèles pour augmenter l'efficacité des interventions. Nous présenterons enfin les nouvelles perspectives thérapeutiques.

Bibliographie

- Butler Gillian, Surmonter la timidité et la peur des autres, Editions Dunod, 2ème édition 2014.
- Social Anxiety, Clinical, Developmental and Social Perspectives, Edited by Hofmann SG and Dibartolo PM, Academic Press Elsevier, 3rd edition 2014.
- Mayo-Wilson E., Sofia Dias S., Mavranouzouli I., Kew K., Clark D.M., Ades A.E., and Pilling S. Psychological and pharmacological interventions for social anxiety disorder in adults: a systematic review and network meta-analysis. Mayo-Wilson and coll, Lancet Psychiatry 2014 Sep 26; 1(5): 368–376

S19 - Drogues : des usages stupéfiants... ♦ Amphi A

Drogues et Guerres

Ramzi Haddad (Beyrouth, Liban)

Objectifs pédagogiques

- Utilisation des substances lors des combats
- Conséquences mentales et physiques des substances sur les combattants
- Utilisation des substances en post-guerres

Les substances psychoactives ont été utilisées, depuis la nuit des temps, par les combattants dans les différentes guerres et affrontements armés. Ceci a longtemps été fait avec l'approbation des dirigeants qui, souvent, eux-mêmes encourageaient et poussaient les soldats à consommer alcool, drogues ou médicaments pour les aider à affronter les difficultés de la guerre. L'attitude vis à vis de ces substances a longtemps été ambivalente, celles-ci étant tantôt considérées responsables de la force et de la détermination des combattants, tantôt incriminées dans la défaite des troupes. Depuis une trentaine d'années, la plupart des gouvernements ont interdit l'usage de drogues parmi les soldats avec cependant une recherche permanente de substances qui pourraient améliorer l'endurance des combattants avec un moindre potentiel de nuisance et d'effets secondaires, sachant que le lieu et la nature du travail militaire ont une influence sur l'utilisation ou non de drogues et d'alcool. De plus, un nombre croissant d'études s'intéresse actuellement à la consommation de substances pendant la période de transition à la vie civile ainsi que chez les vétérans de guerre. En conclusion, les guerres et les drogues ont toujours coexisté, les drogues aidant à surmonter les atrocités de la guerre, à combler l'ennui et à soulager les traumatismes physiques et psychiques. Une sensibilisation et un dépistage accrus pourraient diminuer l'impact négatif sur le parcours de vie du soldat, allant de la vie militaire à la vie civile.

Bibliographie

- Les drogues et la guerre : De l'Antiquité à nos jours. Lukasz Kamienski. Editions Nouveau Monde, 607 pages (2017)
- Derefinko, K. J., Hallsell, T. A., Isaacs, M. B., Salgado Garcia, F. I., Colvin, L. W., Bursac, Z., ... Klesges, R. C. (2018). Substance use and psychological distress before and after the military to civilian transition. *Military Medicine*, 183(5–6), e258–e265.
- Teeters, J., Lancaster, C., Brown, D., & Back, S. (2017). Substance use disorders in military veterans: prevalence and treatment challenges. *Substance Abuse and Rehabilitation*, Volume 8, 69–77.

Terrorisme et Drogues

François Kazour (Beyrouth, Liban)

Objectifs pédagogiques

- Exposer les liens entre terrorisme, violence et troubles de l'usage de substances

L'association entre terrorisme et drogues peut être retrouvée à différents niveaux. Des réseaux terroristes sont souvent financés par le trafic international de drogues, de la même façon que ce trafic utilise la violence afin de développer ses réseaux. La consommation de substances addictives peut dans certains cas faciliter le passage à l'acte des agresseurs. Plusieurs substances ont été utilisées par des groupes terroristes dans différentes régions du monde. Les violences et les crimes en rapport avec le terrorisme peuvent être responsables de complications psychiatriques chez les victimes directes et indirectes de ces actes. L'usage de substances addictives constitue une comorbidité majeure des traumatismes liés au terrorisme. L'usage de drogue est souvent retrouvé chez les victimes d'actes terroristes mais aussi dans certains groupes d'agresseurs.

Bibliographie

- Kerridge BT, Khan MR, Rehm J, Sapkota A. Terrorism, civil war and related violence and substance use disorder morbidity and mortality: a global analysis. *J Epidemiol Glob Health*. 2014 Mar;4(1):61-72.

Expliquer les drogues

Elias Abdelsater (Beyrouth, Liban)

Objectifs pédagogiques

- Souligner l'importance de la déstigmatisation des troubles liés à l'usage de substances
- Partager les résultats de l'étude : Déstigmatisation des troubles liés à l'usage de substances.

La stigmatisation est le fait de dénoncer et critiquer publiquement quelqu'un ou un acte que l'on juge moralement condamnable ou répréhensible. Plusieurs éléments, cognitifs (stéréotypes), affectifs (préjudice) et comportementaux (discrimination), interagissent dans le processus de stigmatisation.

Les perceptions et les attitudes publiques envers la maladie mentale stigmatisent clairement les personnes qui en souffrent. Ces derniers sont souvent considérés comme des personnes dangereuses et sont donc fréquemment évités.

Le degré de stigmatisation des troubles liés à l'usage de substances est aussi important, sinon plus important que la stigmatisation des troubles mentaux en général ou d'autres maladies somatiques. De plus, l'attitude stigmatisante est présente chez les professionnels de la santé (infirmiers et médecins) et peut affecter négativement la qualité des soins offerts aux patients.

Par conséquent, la déstigmatisation de ces troubles est essentielle, surtout que leur prévalence est élevée et leurs répercussions sur le patient et la société sont majeures (retard d'accès aux soins des patients qui en souffrent). Malgré ceci, les études ayant évalué la stigmatisation des troubles liés à l'usage de substances sont rares.

Ainsi, prenant en considération tout ce qui précède, nous avons mené une étude prospective visant à déstigmatiser les troubles liés à l'usage de substances (en excluant les substances licites tel que le tabac, l'alcool et les tranquillisants) chez 154 infirmières et 123 résidents et internes au centre hospitalier Hôtel-Dieu de France à Beyrouth à l'aide d'un court-métrage d'une durée d'environ une minute. Un questionnaire évaluant les connaissances, les attitudes et les comportements a été rempli avant et après l'intervention. Nous allons exposer les résultats de cette étude ainsi que les recommandations qui en découlent.

Bibliographie

- Ahern, J., Stuber, J., & Galea, S. (2007). Stigma, discrimination and the health of illicit drug users. *Drug and Alcohol Dependence*, 88(2-3), 188–196.
- Brener, L., von Hippel, W., & Kippax, S. (2007). Prejudice among health care workers toward injecting drug users with hepatitis C: does greater contact lead to less prejudice? *The International Journal on Drug Policy*, 18(5), 381–387.
- Crapanzano, K., Vath, R. J., & Fisher, D. (2014a). Reducing Stigma Towards Substance Users Through an Educational Intervention: Harder Than It Looks. *Academic Psychiatry*, 38(4), 420–425.

S20 - L'éthique de l'enfermement : confrontation de points de vue francophones ♦ Amphi B

• Du point de vue d'un psychiatre algérien

Mohammed El Amin Bencharif (Blida, Algérie)

Objectifs pédagogiques

- Etude des mesures d'hospitalisation sans consentement (HSC) dans la législation algérienne à la lumière des principes éthiques.

La pratique de la psychiatrie pose, aux professionnels de la santé, aux institutions et à la société, des problèmes délicats qui lui sont spécifiques. Parmi ces spécificités, le recours à l'enfermement, entorse aux libertés individuelles. A la base de cette exception que constituent les hospitalisations sans consentement se retrouvent deux situations. La première est la nécessité de soins associée à une incapacité à consentir par perte du "libre arbitre", la seconde est la dangerosité du malade mental envers autrui et la société, et envers lui-même. Ceci amène le psychiatre à être confronté dans sa pratique à deux situations, celle d'avoir à appliquer ces mesures mais aussi celle d'en être le demandeur.

Comme dans une majorité de pays, les principes de bienfaisance et de protection de la société sont invoqués pour justifier l'hospitalisation d'un patient contre son gré. La loi algérienne autorise la garde en établissement si le patient nécessite des soins dont il n'a pas conscience de la nécessité (mesures du fait d'un tiers) ou s'il présente un danger pour lui-même ou pour autrui (mesures d'office, administratives et judiciaires). Le bénéfice visé est le traitement des troubles présentés par le sujet, la protection du sujet contre lui-même et la protection de la société.

Lorsqu'elles sont indiquées, les mesures d'hospitalisation sans consentement sont guidées par le principe de bienveillance mais pas uniquement. Ces mesures doivent veiller à la préservation des autres principes éthiques de respect de l'autonomie, de non malfaisance, de bienfaisance et de justice.

L'Algérie vient d'amender sa loi de santé et la législation ayant trait à la santé mentale a connu un toilettage. Est proposée une lecture critique des mesures d'hospitalisation sans consentement de cette loi à la lumière des principes éthiques et déontologiques, et de la pratique.

Bibliographie

- (1) Loi n°18-11 du 02 juillet 2018 relative à la santé. *Journal Officiel de la République Algérienne (JORA)* n°46 année 2018
- (2) Code de déontologie médicale Algérien. Décret exécutif n°92/276 du 06 juillet 1992 *Journal Officiel de la République Algérienne (JORA)* n°52 année 1992.
- (3) Manuel d'éthique médical. Association Médicale Mondiale (AMM), 3ème édition, 2015.

• Du point de vue d'un psychiatre marocain : L'isolement en psychiatrie au Maroc. Un traitement inhumain de l'humain ?

Hachem Tyal (Marrakech, Maroc)

Objectifs pédagogiques

- Renseigner sur la situation de la psychiatrie publique au Maroc
- Donner un état des lieux sur l'enfermement psychiatrique dans le pays
- Proposer des aménagements aux mesures d'enfermement afin de concilier sécurité et soin en psychiatrie

La psychiatrie a commencé à exister au Maroc dans les années cinquante, au temps du Protectorat français, avec d'imminents psychiatres psychanalyste. Toutefois le vrai développement de la pratique psychiatrique remonte aux années 60 après l'accès du pays à son indépendance. Depuis, elle n'a eu de cesse de se développer mais reste, encore aujourd'hui, bien en deçà des normes de l'OMS pour ce qui est de son exercice en institution.

L'isolement en chambre dédiée y est une pratique courante, depuis ce temps, avec tous les problèmes liés aux conditions de sa mise en œuvre. Des études réalisées à l'échelle de tout le pays ont montré à quel point la situation dans laquelle sont ces lieux dans les hôpitaux, surtout les hôpitaux régionaux, est insoutenable. Plusieurs plans de réforme adoptés par plusieurs gouvernements consécutifs n'ont pas permis d'aménagement notable de la situation, jusqu'à aujourd'hui.

Dans d'autres pays une revue de la littérature montre à quel point l'isolement en psychiatrie qui se positionne entre une mesure sécuritaire et une mesure thérapeutique est hautement problématique, aussi bien pour ce qui concerne sa mise en place que les questions qu'il suscite chez tous les soignants.

Ce travail se propose de donner un état des lieux de l'isolement en institution psychiatrique dans le royaume, l'interroger et apporter quelques éléments de réponse sur la place qu'il devrait pouvoir dorénavant occuper parmi les outils de soin d'une psychiatrie qui se veut moderne.

Bibliographie

- Jérôme Morisset ; Recherche en soins infirmiers, page 78 ; 2108
- Nicole Cano, Lorent Boyer ; L'information psychiatrique, Vol. 87, N°7 ; sept 2011
- CNDH ; Santé mentale et droits de l'homme ; Publications du CNDH ; 2013

• Du point de vue d'un psychiatre québécois : "Garder et Ordonner", dissociation entre une garde en établissement et une ordonnance de traitement, illustration d'une province francophone du Canada

Emmanuel Stip (Montréal, Québec)

Objectifs pédagogiques

- Illustrer la différence entre les contraintes pour un patient à être soumis à une obligation de rester à l'hôpital et l'obligation de recevoir un traitement
- Comprendre le contexte de la Charte des Droits et Liberté canadienne.
- Comprendre le sens, l'éthique et les procédures d'une garde en établissement, d'une ordonnance pour examen psychiatrique, des gardes provisoires, préventives et en établissement.

Si l'on s'est éloigné du "Surveiller et Punir" de Foucault, on a pu redéfinir une partition entre "garder" et "ordonner" dans de nouveaux contextes, comme au Canada avec le rapatriement de la Constitution (Charte des Droits et Libertés) puis au Québec. Au Québec, les principes fondamentaux de la liberté sont clairs. Le Code civil du Québec stipule que "toute personne est titulaire de droits de la personnalité, tels que le droit à la vie, à l'inviolabilité et à l'intégrité de sa personne, au respect de son nom, de sa réputation et de sa vie privée" (art. 3). Il énonce également ceci : "Toute personne est inviolable et a droit à son intégrité. Sauf dans les cas prévus par la loi, nul ne peut lui porter atteinte sans son consentement libre et éclairé." (art. 10). Il a été établi qu'on pouvait obliger quelqu'un à ne pas avoir la liberté de quitter l'hôpital si il y avait un danger immédiat pour lui-même ou autrui en raison d'un trouble mental. Ainsi le régime des gardes en établissement est le seul qui permet de priver quelqu'un de sa liberté sans qu'il n'ait au préalable commis un crime. Cependant pour un refus catégorique de traitement, nos organisations de santé peuvent, avec un rapport de psychiatres contraindre un individu à recevoir un traitement, ou même être obligé à prendre hébergement. Ceci permet de différencier deux démarches, l'une à l'égard de l'hospitalisation, l'autre à l'égard du traitement. Nous discuterons des effets bénéfiques et secondaires d'une telle disposition de contrainte en psychiatrie.

• Du point de vue d'un psychiatre tunisien : L'hospitalisation d'office des malades en Tunisie, la dangerosité en est-elle une justification éthique ?

Sofiane Zribi (Tunis, Tunisie)

Objectifs pédagogiques

- Montrer l'évolution des idées au sujet de l'enfermement en Tunisie ces cinquante dernières années et décrire l'évolution de la loi sous la pression des associations des malades où l'impératif de soins forcés cède progressivement le pas au principe de soins par consentement mutuel et où le soignant ne fait plus corps avec les autorités qui décident de la privation de liberté.

L'impératif éthique de protéger la société de la dangerosité de certains malades mentaux a fondé les premières lois sur l'enfermement en Tunisie où il suffisait d'un simple certificat médical pour hospitaliser contre sa volonté un citoyen, sans compter les multiples exactions commises sous la dictature, sous le couvert de cette même loi. La société civile a réagi de manière insistante pour aboutir à la loi actuelle qui met le projet de soins au centre de la réaction de la société. Mais de nombreuses lacunes persistent qui confrontent l'éthique des soins à des impératifs sociaux bien souvent inconciliables.

Bibliographie

- Loi N°2004-40 du 3 mai 2004 (<http://www.atds.org.tn/LOIMAI2004.pdf>)
- Etude descriptive des modalités d'hospitalisation en psychiatrie à l'hôpital Razi, Rafrafi R. et col, La Tunisie Médicale - 2013 ; Vol 91 (n°010) : 583-588
- Hospitalisation sans consentement en Tunisie : une évolution nécessaire, Ellouze et col ; Soins Psychiatrie, Volume 36, n° 299, pages 36-39 (juillet 2015)

S21 - Santé mentale en prison ♦ Salle B4

• Les traitements des substitution en prison

Dany Khalaf (Beyrouth, Liban)

Objectifs pédagogiques

- Sensibilisation aux droits des prisonniers à la santé, spécifiquement ceux souffrant d'un trouble d'utilisation de substances tels que les opiacés.
- Sensibilisation à l'acceptation de la Buprénorphine en tant qu'option thérapeutique efficace et compatissante en milieu carcéral libanais.
- Revue des principes éthiques de soins et des recommandations pénitentiaires internationales pour une application pratique et sécurisée de la Buprénorphine.

Le traitement de substitution aux opiacés, tel que la Buprénorphine, est devenu une approche établie pour le traitement des détenus présentant un trouble d'utilisation des opiacés, fondée sur des preuves scientifiques, dans la plupart des pays développés. Cependant, son application au Liban reste principalement une intervention communautaire. Le but de cette recherche est de mettre en évidence la nécessité de sa mise en œuvre dans le système correctionnel Libanais.

Cette étude pilote transversale a comparé deux groupes. Le premier était formé de 30 prisonniers, adultes, condamnés pour un trouble d'utilisation des opiacés et recevant un traitement symptomatique. Le second groupe témoin comprenait 30 patients adultes atteints de trouble d'utilisation des opiacés et recevait de la Buprénorphine en communauté. L'objectif était de mesurer la différence de perception générale et la satisfaction des patients à l'égard des traitements disponibles. Le trouble d'utilisation des opiacés a été diagnostiqué selon les critères du Manuel de Diagnostic et de Statistique des Troubles Mentaux, 5ème édition (DSM-5), et le niveau de satisfaction a été évalué par le Questionnaire sur les Perceptions du Traitement (TPQ).

Le groupe carcéral a signalé une satisfaction significativement plus basse par rapport au groupe communautaire (scores moyens totaux du TPQ : M=16,77, SD=4,78 et M=34,73, SD=4,25, respectivement, avec $t(56,76) = 15,68, p=0.000$). En outre, l'âge, l'état civil, le niveau d'éducation et la durée du traitement n'avaient aucune interaction significative avec le score total du TPQ.

Les principes de l'éthique des soins et les pratiques sécurisées fondées sur les recommandations internationales sont proposés afin d'accepter l'initiation la Buprénorphine dans le système carcéral Libanais. Cette recherche fournit une opportunité pour l'extension du programme Libanais du traitement de substitution aux opiacés et par conséquent d'autres pays dans la région pourraient bénéficier de cette expérience.

Bibliographie

- Stöver, H. et al. (2006), "Substitution treatment in European prisons. A study of policies and practices of substitution treatment in prison in 18 European countries", International Journal of Prisoner Health, Vol. 2, No. 1, pp. 3–12.
- Stallwitz, A. and Stöver, H. (2007), "The impact of substitution treatment in prisons- A literature review", International Journal of Drug Policy, Vol. 18 No. 6, pp. 464–474.
- Harm Reduction International. (2016), "The Global State of Harm Reduction 2016", available at: <https://doi.org/ihra.net/global-state-of-harm-reduction-2016>.

• La psychiatrie en milieu carcéral

El-Hamid Adja (Béjaia, Algérie)

Objectifs pédagogiques

- Faire un état des lieux de la santé mentale des détenus,
- Décrire les troubles de la conduite et du comportement réactionnel à l'incarcération,
- Décrire les réactions entrant dans le cadre de la pathologie psychiatrique.

Le débat soulevé par la pathogénie des troubles mentaux en détention n'est pas une découverte récente. On s'interrogeait déjà au 19e siècle sur l'existence d'une relation entre troubles mentaux et détention et les questions soulevées à l'époque demeurent toujours d'actualité :

- Le trouble psychiatrique existait-il avant l'incarcération ?
- Avait-il un lien direct ou non avec l'infraction ?
- Et dans quelle mesure pouvait-on l'attribuer au contexte carcéral ?

Cette réflexion sera bien sur le fruit de ma modeste expérience dans ce milieu et on va éviter de vous proposer un inventaire à la Prévert pour se limiter aux troubles de la conduite et du comportement réactionnels à l'incarcération et aux réactions entrant dans le cadre de la pathologie psychiatrique.

Bibliographie

- BEZAVRY J. – FARUCH C. Psychoses carcérales, Actes du 1^e congrès de l'Association Mondiale de Psychiatrie et de Psychologie légales – Expansion Scientifique Française, Paris, 1991.
- FAZEL S., DANESH J. – Serious disorder in 23000 prisoners a systematic review of 62 surveys – The Lancet 359 (2002) February 16.
- MANZANERA C, J.L SENON – Psychiatrie de liaison en milieu pénitentiaire – Annales Médico-Psychologiques 162 (2004) 686 – 699.

S22 - Cannabis thérapeutique : quels sont ses bienfaits sur la santé ? ♦ Salle C9

• Cannabinoïdes : D'Hippocrate aux neurosciences

Dominique Lossignol (Bruxelles)

Objectifs pédagogiques

- Présenter les données récentes concernant l'usage médical des dérivés cannabinoïdes.
- Préciser les bases physiologiques
- Faire la part des choses entre Evidence Based Medicine, expérience pratique et empirisme sur la question des cannabinoïdes

La consommation de cannabis à des fins médicales se développe à l'échelle mondiale, en dépit de divergence selon les états notamment en termes juridiques (de l'interdiction à la légalisation). Le mot cannabis est un nom générique utilisé pour les molécules produites à partir de plantes appartenant au genre Cannabis (c'est-à-dire sativa, indica, ruderalis) de la famille des cannabacées. Les descriptions de son utilisation remontent à des milliers d'années avec la preuve d'une consommation thérapeutique en Chine, dans l'Égypte ancienne, en Inde et à Rome.

Il y a toujours une controverse, probablement volontairement entretenue, concernant son intérêt en médecine, essentiellement par manque de connaissances et / ou d'information parmi les médecins, le besoin incantatoire de «plus d'études randomisées en double aveugle», la confusion persistante entre plantes et molécules (naturelles: tétrahydrocannabinol, THC; cannabidiol, CBD; ou synthétiques: dronabinol et nabilone), la confusion entre usage récréatif et usage médical, ou encore une controverse liée à des préoccupations politiques et philosophiques. Les données de la littérature montrent pourtant un vaste champ d'applications possibles en médecine, tant en pédiatrie que chez l'adulte.

Bibliographie

- Lossignol D. Cannabinoids: A new approach for pain control Curr Opin Oncol, 2019, 31:DOI:10.1097/CCO.0000000000000523
- Pergam SA, Woodfield MC, Lee CM, Cheng GS, Baker KK, Marquis SR, Fann JR. Cannabis use among patients at a comprehensive cancer center in a state with legalized medicinal and recreational use. Cancer 2017 123: 4488-4497.
- Donvito G, Nass SR, Wilkerson JL, Curry ZA, Schurman LD, Kinsey SG, Lichtman AH. The endogenous cannabinoid system: A budding source of targets for treating inflammatory and neuropathic pain. Neuropsychopharmacology 2018, 43: 52-79

• Le cannabis : de la prohibition à un remède universel

Joseph el-Khoury

Objectifs pédagogiques

- To present the audience with an outline of the historical path of marijuana in society on an international and Lebanese level.

The legalization of cannabis has been a popular news topic for the last few years in Lebanon. The idea is not new and had been considered for decades. The change in attitudes and policy internationally with many influential countries such as Canada and parts of the US legalizing the drug have brought the topic back to light. Politicians, economists and scientists approach it from a different perspective. A law proposal was launched by a group of MPs soon followed by the McKenzie report supporting the legalization of cannabis in Lebanon for medical purposes. As mental health professionals we interface with cannabis and its effect more than any other medical specialty. Understanding the pros and cons in a change of legislation is essential for improving primary and secondary prevention efforts. Experience from other countries pre and post legalization are material we can rely on to devise our own policies. This includes impact on prevalence, affected populations, impact on public safety through direct and indirect effects such as car accidents, impact on mood disorders and psychotic disorders. Consideration for a therapeutic role for cannabis or one of its constituent in mental and physical conditions from cancer, HIV, epilepsy and schizophrenia is also important to avoid misinformation and abuse. In our talk we will present the cannabis question from a historical perspective and explore the implications of legalization on recreational and medical use of cannabis in Lebanon. We will be discussing the steps needed for Lebanon to be ready for a change in legislation and the pitfalls to be avoided at all costs.

Bibliographie

- Aggarwal, S. K., Carter, G. T., Sullivan, M. D., ZumBrunnen, C., Morrill, R., & Mayer, J.D. (2009). Medicinal use of cannabis in the United States: historical perspectives, current trends, and future directions. J Opioid Manag, 5(3), 153-168

- Aggrawal, A., & Lynskey, M.T. (2009). Tobacco and cannabis co-occurrence: does route of administration matter? *Drug and Alcohol Dependence*, 99, 240-247
- Anderson, D., Rees, D., & Sabia, J. (2014). Medical marijuana laws and suicides by gender and age. *American Journal of Public Health*, 104(12), 2369-76.

S23 - Trouble du Spectre Autistique (TSA) et intelligences atypiques ♦ Salle C3

• Trouble du Spectre de l'Autisme : timing is everything

Frédérique Bonnet-Brilhault (Tours)

Si le terme de neurodéveloppement introduit bien la notion de dynamique temporelle dans la physiopathologie du TSA, cette notion de temporalité est cruciale et se décline à différents niveaux.

L'émergence du trouble in utero est globalement liée à une fenêtre temporelle critique et l'aspect complexe et combinatoire des causes dépend de ce facteur temps. La notion de cascade développementale explique également la variété des profils cliniques et neurophysiologiques et illustre la spécificité des profils fonctionnels, à la base de la définition du projet thérapeutique.

L'évolution tout au long des différentes périodes de vie, de la petite enfance à l'adolescence, l'âge adulte puis le vieillissement, est ainsi soumise à des possibles poussées du trouble mais offre également des opportunités d'amélioration clinique.

Ces différents aspects de l'influence de la temporalité du trouble neurodéveloppemental seront ainsi illustrés à partir des dernières données de la recherche.

• Les thérapies d'échange et de développement au Liban

Edith Kouba Hreich (Beyrouth, Liban) & Camille Moitel Messara (Beyrouth, Liban)

Objectifs pédagogiques

- Mieux connaître les thérapies neuro-fonctionnelles de la communication : Thérapies d'Echange et de Développement adressées aux enfants avec Troubles de la Communication ou TSA
- Comprendre les bases neuro-fonctionnelles qui les sous-tendent
- Comprendre leur déploiement et montrer leur efficacité dans le contexte spécifique multiculturel du Liban.

La Thérapie d'Echange et de Développement (TED) est une forme de rééducation neuro-fonctionnelle de la communication sociale auprès des enfants avec autisme, qui vise à amorcer, construire, enrichir et diversifier chez l'enfant divers moyens et modalités de communication, en l'amenant à les utiliser d'une manière d'abord intentionnelle puis conventionnelle. Ce type d'intervention est construit sur la base du modèle socio-communicatif du développement, qui se conçoit comme une rééducation des fonctions neurophysiologiques élémentaires de la communication (regard, attention conjointe, motricité, perception, émotion, contact, etc.), en exerçant les réseaux du « cerveau social » permettant à l'enfant de s'installer dans une relation synchronisée avec autrui. Elle est considérée comme un support privilégié des premiers soins auprès de l'enfant avec autisme. Les études, dans le cadre des TED, ainsi que les expériences de recherche clinique menées dans le contexte libanais, déployée au Liban depuis une décennie, mettent en avant une amélioration significative du développement de la communication et de la régulation du comportement chez les enfants avec TSA et ceci, malgré la présence, parfois, de déficits associés. Les résultats encourageants des études menées dans le contexte libanais, montrent que les TED sont suffisamment écologiques faciles à implémenter dans différents contextes cliniques, à adapter selon les ressources familiales et à transposer selon les cultures.

Bibliographie

- Blanc, R., Malvy, J., Dansart, P., Bataille, M., Bonnet-Brilhault, F., & Barthélémy, C. (2013). La thérapie d'échange et de développement, une rééducation neurofonctionnelle de la communication sociale. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 61(5), 288-294.
- Barthélémy, C., Hameury, L., & Lelord, G. (1995). L'autisme de l'enfant: la thérapie d'échange et de développement.

Journée CPNLF "Pharmacien"

JP3. Réduction des risques : rôle du pharmacien ♦ Salle C2

• Iatrogénèse des benzodiazépines : quelle concertation Pharmacien-Psychiatre ?

Guillaume Airagnes (Paris)

Objectifs pédagogiques

- Connaître les principaux effets indésirables somatiques et psychiatriques des benzodiazépines
- Connaître la conduite à tenir pour prendre en charge un patient en situation de mésusage des benzodiazépines
- Savoir pourquoi et comment mobiliser la collaboration pharmacien-psychiatre pour améliorer la prise en charge du mésusage en benzodiazépines.

Les benzodiazépines font partie des médicaments les plus prescrits au Monde, avec une large proportion de prescriptions en dehors du cadre de leurs Autorisations de Mise sur le Marché. Pourtant, leurs indications sont limitées et leur consommation peut être associée à des effets indésirables graves (confusion, chutes et accidents, troubles neurodégénératifs, cancers, ...), notamment chez les sujets âgés qui sont paradoxalement les plus consommateurs. De plus, après quelques semaines de traitement, des symptômes de dépendance peuvent survenir, compliquant ainsi la symptomatologie psychiatrique initiale, favorisant le risque de rechute ou d'émergence d'autres conduites addictives, et majorant leurs effets indésirables. En dehors de leur utilisation comme traitement de référence du syndrome de sevrage de l'alcool, les benzodiazépines conservent donc un intérêt dans certaines pathologies psychiatriques bien spécifiques, à condition cependant d'en connaître précisément les règles de prescription afin d'en optimiser la sécurité d'emploi mais en dehors de ces situations, l'évaluation de la balance bénéfices/risques est le plus souvent en défaveur de la prescription de benzodiazépines. Dans ce contexte, une rationalisation des prescriptions de benzodiazépines constitue un enjeu majeur de santé publique. La prévention, le repérage et la prise en charge du mésusage des benzodiazépines, qui font l'objet de recommandations, doivent donc être mieux connus des prescripteurs et des pharmaciens afin de réduire la morbidité et la mortalité associées à leur consommation. Des stratégies basées sur la collaboration pharmacien-psychiatre pour prévenir ou prendre en charge ce mésusage pourraient également s'avérer utiles. En prévention, un dialogue entre prescripteur et pharmacien dans les situations à risque pourrait permettre d'agir conjointement pour favoriser un sevrage bien toléré avant l'émergence du mésusage. Chez les patients qui présentent un mésusage, l'évaluation par une équipe médico-pharmaceutique pourrait aider à un réajustement optimal et personnalisé de l'ensemble des traitements psychotropes prescrits.

Bibliographie

- Airagnes G, Pelissolo A, Lavallée M, Flament M, Limosin F. Benzodiazepine Misuse in the Elderly: Risk Factors, Consequences, and Management. *Curr Psychiatry Rep* 2016 ; 18:89.
- Arques E, Cabelguenne D, Meunier F, Lassaia J, Barlet P, Douce J. Impact d'une collaboration médico-pharmaceutique sur les prescriptions de benzodiazépines et de buprénorphine en milieu carcéral. *Journal de Pharmacie Clinique* 2004;23(3):127-134.
- Furbish S.M.L, Kroehl M.E, Loeb D.F, Lam H.M, Lewis C.L, Nelson J, Chow Z, Trinkley K.E. A Pharmacist-Physician Collaboration to Optimize Benzodiazepine Use for Anxiety and Sleep Symptom Control in Primary Care. *Journal of Pharmacy Practice* 2017 ; 30(4) : 425-433.

• Réduction des Risques à l'officine : place du pharmacien dans le soin

Stéphane Robinet (Strasbourg)

Objectifs pédagogiques

- Définir le concept de « Réduction des Risques » en addictologie
- La RdR Opioïdes
- La RdR Tabac
- La RdR Alcool

La Réduction Des Risques (RDR) désigne l'ensemble des stratégies visant à limiter les risques et les dommages sanitaires ou sociaux liés à un domaine spécifique.

La réduction des risques a débuté en 1987, à l'initiative de Mme Barzach, Ministre de la Santé qui autorisait la vente libre de seringues en officine.

En 1996, la buprénorphine haut dosage devient accessible, elle peut être prescrite par tous les médecins.

Ce n'est qu'en 2003 que la méthadone voit sa prescription autorisée à tous les médecins exerçant en établissement de santé, cela permet d'élargir encore le champ d'intervention dans la réduction des risques.

De 2003 jusqu'à nos jours, d'autres moyens de réduire les risques sont apparus :

L'association buprénorphine –naloxone en 2012 et le lyophilisat de buprénorphine en novembre 2018 pour les opioïdes. La recommandation temporaire d'utilisation du baclofène dans les troubles liés à la consommation d'alcool : aide au maintien de l'abstinence après sevrage et en échec des autres traitements disponibles, réduction majeure de la consommation d'alcool jusqu'au niveau faible de la consommation telle que définie par l'Organisation Mondiale de la Santé chez des patients alcoolodépendants à haut risque et en échec des traitements disponibles.

Dans l'aide à l'arrêt du tabac, les substituts nicotiques sont vendus en pharmacie, ainsi que des traitements médicamenteux qui ne sont pas remboursés par l'Assurance Maladie : bupropion et varénicline mais qui doivent être prescrits par un médecin.

On peut également noter l'intérêt grandissant de la « vape » et le succès de celle-ci.

Comment le pharmacien d'officine peut-il se positionner parmi tous ces « outils » de réduction des risques et accompagner dans le soin les personnes en difficultés avec leurs consommations ?

Bibliographie

- COPPEL A. « Histoire de la Réduction des Risques en France ». [En ligne]. Disponible sur : < <http://a-f-r.org/histoire-la-rdr/histoire-la-reduction-risques-en-france> >
- « Réduction des risques chez les usagers de drogues (2010) ». [En ligne]. Disponible sur : < <http://www.inserm.fr/thematiques/sante-publique/expertises-collectives/reductiondes-risques-chez-les-usagers-de-drogues-2010> >
- Recommandation Temporaire d'Utilisation du Baclofène [En ligne]. Disponible sur : < http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/2976e3c2bb5c0e5265a35955df5e8de0.pdf >

• **Attentats et psychopathologies**

Dominique Mastelli (Strasbourg) & Ludivine Nohales (Lyon)

Objectifs pédagogiques

- Savoir dépister un trouble psychotraumatique suite à un attentat
- Pouvoir rechercher et identifier les facteurs de risque et de protection de l'apparition d'un TSPT
- Savoir mettre en place les premiers éléments de traitement suite à un attentat, médicamenteux et non médicamenteux
- Connaître l'organisation générale du réseau psychotrauma, et les particularités des dispositifs mis en place suite à un attentat

Il y a vingt ans, une vague d'attentats sur le territoire national faisait découvrir aux Français les troubles psychotraumatiques et la nécessité de soins psychiques précoces. Ces dernières années, une succession d'attentats a à nouveau ébranlé l'illusion individuelle et collective de sécurité. La nécessité de connaître et de comprendre les troubles psychiques faisant suite à ces événements a été mise en avant, pour permettre une prise en charge efficace, à la fois de masse et personnalisée.

Ainsi, les orateurs s'attacheront à présenter les éléments de psychopathologie propres aux victimes d'attentats, selon les différentes populations exposées (victimes directes et indirectes, mais aussi primo-intervenants), à partir des données de la littérature découlant d'événements survenus à l'étranger ou en France, mais issus aussi de leurs expériences cliniques, dans les suites des attaques terroristes de Paris (2015), de Nice (2016), et tout récemment de Strasbourg (2018). Les particularités, dans de telles circonstances, des dynamiques d'émergence et de la prévalence des troubles psychiques notamment du Trouble de Stress Post Traumatique doivent être discutées. Enfin, puisqu'un attentat impliquant de nombreuses victimes nécessite une prise en charge à la fois collective et individuelle, une mise en perspective des approches thérapeutiques actuelles pertinentes et de la prise en charge globale sera proposée, en passant par la présentation des dispositifs spécifiques déployés pour accueillir les victimes, comme le Centre d'Accueil Des Impliqués ou le Centre d'Accueil des Familles, avec les personnels des Cellules d'Urgence Médico-Psychologique (CUMP). Au vu du type d'événement, la place et l'impact des médias doivent être également discutés. A distance de l'attentat, les sujets présentant des troubles psychiques peuvent désormais bénéficier de consultations spécialisées intégrées dans le dispositif général de prise en charge du psychotraumatisme, en cours de restructuration avec l'apparition de centres régionaux de référence.

Bibliographie

- Vandentorren S, Pirard P, Sanna A, Aubert L, Motreff Y, Dantchev N, et al. Healthcare provision and the psychological, somatic and social impact on people involved in the terror attacks in January 2015 in Paris: cohort study. *Br J Psychiatry J Ment Sci.* 2018;212(4):207–14.
- Prieto N, Nohales L, Favard T, Cheucle É. Treatment of post-traumatic stress disorder. *Rev Prat.* 2018 Jan;68(1):97–102.
- J. Rolling, D. Mastelli, C. Schroeder, *Prise en charge thérapeutique de l'enfant et de l'adolescent, in Stratégies thérapeutiques des traumas, (Presses Universitaires François-Rabelais, 2018)*

• **Catastrophes naturelles et psychopathologie**

Jean-Marie Batail (Rennes)

Objectifs pédagogiques

- identifier les spécificités inhérentes aux catastrophes naturelles en terme psychopathologique
- repérer les populations vulnérables et à risque de développer un trouble mental
- définir les grands axes d'intervention de la prévention au suivi sur le long terme.

L'impact psychologique sur les personnes victimes de catastrophes naturelles est assez peu étudié comparativement aux victimes de catastrophes générées par l'homme (comme les attentats par exemple). Or, la violence de la collision entre les forces physiques intenses d'une catastrophe naturelle et une population vulnérable peut engendrer une détresse psychologique dommageable et durable.

Cette intervention aura pour objectif d'aborder les liens entre les dangers naturels, la notion de vulnérabilité psychopathologique, et les conséquences en matière de santé mentale. Nous présenterons l'effet propre de l'aléa catastrophique naturel sur l'impact psychosocial. Nous développerons les réactions psychologiques physiologiques face à ce type d'évènement, puis celles des populations plus vulnérables en fonction des phases, l'impact psychologique à l'échelle de la population générale, ainsi que les différentes trajectoires psychopathologiques après de telles catastrophes. Nous présenterons les différents types d'intervention qui peuvent être proposés de la prévention jusqu'au suivi sur le long terme.

Bibliographie

- Cremniter, D., Coq, J.-M., Chidiac, N., Laurent, A., 2007. Catastrophes. Aspects psychiatriques et psychopathologiques actuels. *EMC - Psychiatrie* 4, 1–14. [https://doi.org/10.1016/S0246-1072\(07\)42148-4](https://doi.org/10.1016/S0246-1072(07)42148-4)
- Noji, E.K., Khan, A.A., 2018. *The health impact of natural disasters.* Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med/9780198725916.003.0010>
- Shultz, J.M., Neria, Y., Allen, A., Espinel, Z., 2013. Psychological Impacts of Natural Disasters, in: Bobrowsky, P.T. (Ed.), *Encyclopedia of Natural Hazards.* Springer Netherlands, Dordrecht, pp. 779–791. https://doi.org/10.1007/978-1-4020-4399-4_279

• Guerre et psychopathologie

Patrick Clervoy (Montpellier)

Objectifs pédagogiques

- Identifier les formes cliniques des troubles anxieux aigus des soldats exposés aux combats : L'inhibition anxieuse, le stress aigu, les troubles confusionnels, les décompensations psychosomatiques aiguës
- Connaître les spécificités évolutives et pronostiques de ces troubles : Résolution spontanée en 72h dans la grande majorité des cas, bon pronostic à court terme, pronostic réservé à moyen et long terme
- Identifier les circonstances propices aux crimes de masse : l'effet Lucifer. La soumission à l'autorité, la déshumanisation des victimes, l'anonymat du bourreau, la falsification de la réalité, le travestissement du vocabulaire
- Identifier les spécificités du risque suicidaire chez les vétérans : Le syndrome de Lazare, la surmortalité par suicide, le rôle des structures associatives de vétérans

En situation de combat, dans la majorité de cas, les fonctions cognitives sont altérées et les réponses comportementales inadéquates. L'entraînement et l'expérience favorisent l'adaptation mais exposent à des troubles du comportement identifiés sous la rubrique "d'effet Lucifer". Les effets de groupe sont amplificateurs de ces désordres comportementaux. Selon les études, le risque suicidaire chez les vétérans est quatre à dix fois supérieur à celui de la population générale.

Bibliographie

- Clervoy P. Le syndrome de Lazare Ed. Albin-Michel 2007
- Clervoy P. L'effet Lucifer CNRS Editions 2013
- Clervoy P. Traumatismes et blessures psychiques Ed. Lavoisier 2016

AFF2. Ateliers de formation de la francophonie

Évaluations cognitives et insight en pathologies mentales ♦ Salle B4

• L'insight en psychopathologie : Définitions, histoire d'un concept

Pierre-Olivier Mattei (Paris)

Objectifs pédagogiques

- Connaître l'histoire du concept d'insight
- Apprendre les diverses définitions de l'insight
- Connaître les différentes façons d'évaluer ou de mesurer l'insight

Pour les francophones, l'appréhension de l'insight est triplement complexe. D'une part, se pose le problème sémantique de la traduction d'un mot étranger, anglais, avec les approximations, voire les contresens auxquels expose toute traduction. D'autre part, l'insight, qui en première approche est un concept qui rend compte de la conscience de soi et de la conscience des troubles, présente des contours mouvants et variés selon les modèles de référence et selon les voies d'abord, catégorielles ou dimensionnelles. Enfin, la distinction du concept d'insight et du phénomène d'insight, qui n'est pas si évidente, ajoute à la confusion. Le grand nombre de définitions de l'insight entraîne un aussi grand nombre d'outils et d'échelles permettant de le repérer ou de le quantifier. Cette communication propose un survol de l'histoire de ce concept depuis le XVIII^e siècle jusqu'à nos jours, au gré du cheminement de la pensée philosophique et psychiatrique, et tente d'en présenter, outre sa complexité, sa richesse et ses implications thérapeutiques.

Bibliographie

- Markova I. Insight en psychiatrie. Trad Jaafari et al. Paris : Doin édition ; 2009
- Widlöcher D. Conscience de soi, conscience des troubles et insight, Ann Méd Psychol 160 (2002) 575-579
- Jaafari N., Markova I. Le concept de l'insight en psychiatrie, Ann Méd Psychol, 2011, 169 (7), pp 409

• Les troubles cognitifs et la qualité de l'insight pendant les premiers épisodes psychotiques

Kamel Saidene (Alger, Algérie)

Objectifs pédagogiques

- L'étude des liens psychopathologique entre les troubles psychotiques précoces et les déficits cognitifs d'un côté et de l'autre côté la qualité de l'insight au décours de premiers épisodes psychotiques
- L'impact des troubles cognitifs sur l'évolution des troubles psychotiques
- Elaborer des stratégies thérapeutiques adéquates

Les troubles cognitifs dans les troubles psychotiques sont connus depuis longtemps. Leur fréquence élevée, leur sévérité, leur précocité sont des connaissances plus récentes

La conscience d'avoir un trouble mental (insight) est connue depuis longtemps, son étude doit être explorée comme un processus multidimensionnel et non pas se limiter à une approche dichotomique pour évaluer leur impact sur le pronostic fonctionnel du patient. Les troubles cognitifs ont été explorés à différents moments de l'évolution de la schizophrénie, mais le premier épisode psychotique représente une étape importante dans la vie de l'individu car il existe à la fois des attentes sociales importantes et des modifications importantes fonctionnelles et structurales dans le cerveau.

Ces troubles affectent le fonctionnement intellectuel, les mémoires à long terme et de travail, verbale et non verbale, les fonctions exécutives (inhibition, flexibilité mentale, planification), les attentions sélectives et soutenues, la vitesse de

traitement de l'information, la cognition sociale (traitement des émotions et de la prosodie, théorie de l'esprit). Ils se révèlent des prédicteurs pertinents du devenir que ce soit au niveau du fonctionnement dans la communauté, des activités de la vie quotidienne, des performances à l'école et au travail, du fonctionnement social et de la propension à bénéficier de programmes de réhabilitation. L'évolution des troubles cognitifs après le premier épisode psychotique n'est pas clair puisque certaines études rapportent une stabilité des performances lors de la chronicisation de la maladie, alors que d'autres montrent des détériorations ou des améliorations de performances selon les fonctions étudiées. C'est en effet à cette période que l'on peut espérer enrayer la dégradation cognitive spécifique à la schizophrénie.

Bibliographie

- Keshavan MS, Kulkarni S, Bhojraj T, et al. Premorbid cognitive deficits in young relatives of schizophrenia patients. *Front Hum Neurosci* 2010;3:62.
- Green MF, Kern RS, Braff DL, et al. Neurocognitive deficits and functional outcome in schizophrenia: are we measuring the "right stuff"? *Schizophr Bull* 2000;26:119-36.
- Barrett SL, Mulholland CC, Cooper SJ, et al. Patterns of neurocognitive impairment in first-episode bipolar disorder and schizophrenia. *Br J Psychiatry* 2009;195:67-72.

S26 - Apprendre la médecine : des bimaristans à la simulation pédagogique ♦ Salle C8

• Apprendre la relation soignant-soigné par le jeu de rôle

Adrien Gras (Strasbourg) & Victor Gasia (Strasbourg)

Objectifs pédagogiques

- Découvrir l'apprentissage par le jeu de rôle
- Développer des actions de pédagogie orienté vers la psychologie médicale
- Mettre en place les outils techniques et non techniques d'un jeu de rôle
- Pouvoir évaluer son jeu de rôle et en extraire des conclusions

Il existe actuellement une demande croissante de la part des différents professionnels de santé (médecin, infirmier, secrétaire...) d'être formé aux enjeux de la relation soignant-soigné. Cette demande est également portée par les patients qui, à l'heure des évolutions techniques de la médecine, sont toujours aussi attentifs à la qualité de la relation thérapeutique. Les méthodes pédagogiques traditionnelles (cours magistral descendant) sont peu adaptées à l'exploration des réalités complexes que recouvre la relation soignant-soigné. Le jeu de rôle permet de mettre en scène des situations réalistes, en fonction d'objectifs d'apprentissages précis, et assure une meilleure interaction entre apprenants et formateurs. Cependant le jeu de rôle nécessite une certaine rigueur dans sa mise en place dans les moyens matériels spécifiques (techniques et non techniques) nécessaires à sa réalisation. Outre l'équipement nécessaire à la création d'un environnement fidèle [1], le jeu de rôle doit aussi recréer le contexte relationnel entre le patient et le soignant apprenant qui exclue de fait le reste du groupe d'apprenants mais aussi les enseignants et autres observateurs. Plusieurs dispositifs techniques sont proposés et comparés pour permettre le jeu du scénario dans des conditions sereines tout en permettant une observation la plus immersive possible. L'environnement doit également être adaptatif au scénario de jeu de rôle nécessitant d'un part une modularité de l'espace suffisantes et d'autre part une gestion rigoureuse du matériel et des scénarii. Les retours des apprenants et des formateurs sont autant d'apports essentiels à l'évolution des techniques du jeu de rôle [2]. Les enseignements de l'évaluation des formations permettent d'en améliorer les contenus tandis que l'évaluation des scénarii donneront des informations sur les situations complexes qui peuvent être rencontrées.

Bibliographie

1. S. Boet, la simulation en santé de la théorie à la pratique, Springer
2. JC. Granry, Guide des bonnes pratiques en matière de simulation HAS, déc. 2012

• Apprendre l'exercice de l'expertise médico-légale par la simulation

Pierre Vidailhet (Strasbourg)

La simulation est une méthode de formation de plus en plus utilisée, et même devenue obligatoire, dans le domaine de la santé. Si elle est jusqu'à présent surtout utilisée lors des formations initiales dans les écoles de santé, lors du 3ème cycle en médecine, ou pour la formation continue, il est prévu qu'elle devienne partie intégrante de la formation des étudiants en médecine du 2d cycle en France dès l'an prochain. C'est déjà le cas, et depuis plus longtemps, dans d'autres métiers où les professionnels ou futurs professionnels doivent apprendre à faire face à des situations complexes, comme le nucléaire ou l'aéronautique. La simulation reconnaît en effet de nombreux avantages : elle utilise des apprentissages actifs, accompagnés et réflexifs, confrontant les apprenants à des situations réalistes, et permettant de développer des compétences ; elle permet de répéter et de pratiquer des actes de soins habituels et aussi de pratiquer des actes rares mais essentiels à savoir faire si jamais la situation clinique l'exige. Elle permet de former sans devoir mobiliser « pour de vrai » des environnements complexes et sans impliquer les patients. A côté de cette simulation formative, commencent à se développer les simulations évaluatives et certificatives : on ne demande plus aux médecins et aux professionnels de santé qu'est-ce que tu sais, mais aussi qu'est-ce que tu sais faire et comment le fais-tu ? Nous illustrerons cette démarche de formation par la simulation en santé par un exemple d'application dans le domaine de l'expertise médico-légale et plus particulièrement de son utilisation dans un Diplôme Universitaire de la faculté de médecine de Strasbourg.

Bibliographie

La simulation en santé. De la théorie à la pratique. Springer. 2013.

AFF3. Ateliers de formation de la francophonie Suicide, prise en charge : une question planétaire ♦ Salle C9

• Guerre et suicidalité

Elie Karam (Beyrouth, Liban)

Objectifs pédagogiques

- Comprendre le mécanisme sous-jacent de l'augmentation du taux de suicide après la guerre
- Expliquer les associations entre la guerre, les troubles mentaux et le comportement suicidaire.

Introduction : Les taux de suicide augmentent après les périodes de guerre; cependant, le mécanisme n'est toujours pas clair malgré les études de Durkheim. Le but de cette étude est d'explorer les associations entre l'exposition à la guerre, les troubles mentaux et le comportement suicidaire au Liban. Méthodes : Le « Composite International Diagnostic Interview CIDI » a été administré à un échantillon national représentant tous les adultes Libanais. Des données ont été recueillies sur la prévalence, l'âge de survenue des idées suicidaires, planifications et tentatives de suicide, les troubles mentaux, ainsi que le degré d'exposition de tous les sujets aux Guerres du Liban de 1975-1989. Résultats : A première vue, les idéations suicidaires, les planifications et les tentatives de suicide sont associés au sexe féminin, à l'âge (plus jeune, plus grand risque), à la dépression majeure, aux troubles du contrôle des impulsions, à la phobie sociale et à la période post-guerre. Toutefois, après analyse multivariée, l'effet de la période post-guerre sur le comportement suicidaire est expliqué presque uniquement par les troubles mentaux. A noter, une exception : le fait d'avoir un trouble de contrôle des impulsions et être exposé directement à la guerre, est associé à un risque élevé de tentatives de suicide. Conclusion: L'association de la guerre au risque accru de suicidalité s'explique en large partie par l'émergence de troubles mentaux. L'effet de l'exposition directe à la guerre peut exacerber la désinhibition chez ceux qui auraient des troubles du contrôle des impulsions, amplifiant ainsi le lien entre les troubles mentaux et la suicidalité.

Bibliographie

• Karam E, Salamoun M, Mneimneh Z, Fayyad F, Karam A, Hajjar R, Dimassi H, Nock M, Kessler R (2012). War and first onset of suicidality: The role of mental disorders. *Psychological Medicine*; 42 (10): 2109-2118.

• Le rôle du pharmacien d'officine dans la prévention du suicide

Philippe Vincent (Montréal, Québec)

Objectifs pédagogiques

- Comprendre la place du médicament dans le suicide et celle du pharmacien dans sa prévention.
- Évaluer le risque suicidaire d'un individu.
- Savoir comment intervenir de façon adéquate avec un individu suicidaire.

Le Liban perd un citoyen tous les 3 jours par suicide, la France 25 par jour et le Québec 3 par jour. Cette perte pour l'humanité est la 10e cause de décès dans le monde. Entre 5 à 25 % des personnes utilisent des médicaments pour se suicider. Ainsi, le médicament peut être perçu à la fois comme une arme, comme un facteur de risque, ou comme un facteur protecteur du suicide. Le pharmacien doit jouer le rôle approprié pour aider ses patients à soulager leurs souffrances. L'évaluation des effets pharmacologiques bénéfiques et nuisibles des médicaments fait partie de son rôle social bien établi. Toutefois, le rôle de sentinelle ne fait pas l'objet de formation organisée tant à l'université que par les organismes de formation continue pour les pharmaciens, ni au Liban, ni ailleurs dans le monde. L'objectif de cette présentation unique au monde sera d'initier les pharmaciens participants au rôle de sentinelle. Ils seront capables d'évaluer le risque suicidaire de leurs patients et intervenir de façon adéquate. D'abord, la population à risque de suicide sera définie avec des facteurs de risques disponibles et pertinents au travail du pharmacien. Ensuite, les actions, attitudes, et surtout les paroles exactes à utiliser lorsque celui-ci dépiste correctement un individu en crise seront présentées, suivies par des stratégies adaptées à la dangerosité de la situation. Finalement, une simulation de cas sera disponible pour discussion sous forme d'atelier avec les participants.

Bibliographie

- Vincent P., Masson V., Dagenais-Beaulé V., Lessard S., David P.-M., Claveau M., Dagenais C. Comment le pharmacien peut-il contribuer à prévenir le suicide ? Québec Pharmacie. Octobre 2018. Disponible http://www.professionsante.ca/files/2018/10/09_PAQ_201810_PDF.pdf
- Vincent PD, David PM. Suicide prevention in pharmaceutical education: Raising awareness with inspiring stories. *Mental Health Clinician*. 2016.
- Suicide. Embrace. Disponible <http://embracefund.org>

• Suicide in Lebanon :What Have We Learned So Far? Findings from the first suicide prevention helpline in Lebanon and the Middle East / Le suicide au Liban: qu'avons-nous appris jusqu'à présent ? Conclusions du premier service d'assistance téléphonique sur la prévention du suicide au Liban et au Moyen-Orient

Mia Atoui (Beyrouth, Liban)

Suicide and mental illness are areas of public health concern in Lebanon, placing it on top of the national agenda of the Lebanese Ministry of Public Health. On average, one person dies of suicide every 2.5 days (Bizri et al., progress), and about 25% of the population are diagnosed with a mental illness in their lifetime (Karam et al., 2006). In 2014, suicide rates witnessed a 30% increase from the previous year, and a similar prevalence rate has been reported in 2017. Despite this growing concern, the population continues to face many barriers to treatment including, cost of mental health services, social stigma and others (Yehia et al. in review). In collaboration with the national mental health program at the Ministry of Public Health, Embrace, a Lebanese NGO and mental health awareness network, established the first national suicide prevention and emotional support helpline in collaboration with the National Mental Health Program at the Ministry of Public Health. Following international standards and a rigorous training protocol, the Lifeline has been operational for 11 months. Methods: A computerized system captures data from callers, including demographics, the type of call and risk and protective factors, suicide risk assessment, level of distress before and after the call, as well as the established level of hope of the caller and decrease in active suicidal ideation by end of the call. Results: A total of 1512 calls have been registered into the helpline's system to date. The analysis of secondary anonymous data shows the demographic profile of callers, as well as the efficacy of the helpline in reducing distress of individuals. Social and clinical implications will be discussed as well as insights into the training protocol which has been adapted from the Centre for Research and Intervention for Suicide and Euthanasia in Canada (CRISE) to the Lebanese and Arab Context.

Bibliographie

Karam, E. G., Mneimneh, Z. N., Karam, A. N., Fayyad, J. A., Nasser, S. C., Chatterji, S., & Kessler, R. C. (2006). Prevalence and treatment of mental disorders in Lebanon: a national epidemiological survey. *The Lancet*, 367(9515), 1000-1006.

Yehia F., Zeinoun, P., Doumit M., Nahas Z. (under review). Mental health-related knowledge and attitudes among Lebanese adults: A national phone survey.

Bizri M., Zeinoun, L., Atoui, M., Zeinoun, P., Daher, M., Nahas Z. (in process). Prevalence and Characteristics of Suicide in the Lebanese Population.

Journée CPNLF "Pharmacien"

JP4. Guide de l'addictologie en pharmacie d'officine ♦ Salle C2

• Les nouveaux produits de synthèse (NPS)

Luc Zimmer (Lyon)

Objectifs pédagogiques

- Connaître la définition des nouveaux produits de synthèse (NPS) ;
- Connaître les agences et structures qui surveillent l'évolution des NPS ;
- Connaître les mécanismes pharmacologiques communs de ces molécules ;
- Connaître les principales manifestations addictologiques et psychiatriques de l'usage de ces drogues.

Les "nouveaux produits de synthèse" (NPS) désignent un éventail hétérogène de molécules qui imitent les effets de différents produits psychotropes illicites (ecstasy, amphétamines, cocaïne, cannabis, etc.). Si leurs structures moléculaires sont proches de ces drogues classiques, les NPS n'ont souvent pas de statut juridique clair et, à ce titre, peuvent contourner la législation des stupéfiants. Il est crucial que le pharmacien, à la fois gardien des poisons et acteur de santé publique, connaisse les principales familles de ces molécules et leurs usages : les analogues des amphétamines, les cannabinoïdes synthétiques, les dérivés de la kétamine, ... Ces molécules à haut risque, initialement disponibles grâce un marché parallèle réservé à un public marginal, peuvent dorénavant connaître une plus large diffusion par des réseaux de vente sur internet. Dans ce contexte, les connaissances pharmacologiques du pharmacien, régulièrement mises à jour, lui permettront de comprendre les complications addictologiques et psychiatriques des NPS. Ainsi, il sera plus compétent pour informer le public, détecter d'éventuels mésusages et guider à l'occasion de ses entretiens officinaux.

Bibliographie

- Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies, Les nouveaux produits de synthèse, <https://www.ofdt.fr/produits-et-addictions/de-z/nouveaux-produits-de-synthese>
- Benyamina A, Karila L. Complications psychiatriques et addictologiques des nouveaux produits de synthèse. *La Revue du Praticien*, 6 : 676-678, 2018.
- Scherbaum N, Schifano F, Bonnet U. New Psychoactive Substances (NPS) - a Challenge for the Addiction Treatment Services. *Pharmacopsychiatry*, 50(3)116-122, 2017

• Guide de l'addictologie en pharmacie d'officine

Hayat Azouri Tannous (Beyrouth, Liban)

Objectifs pédagogiques

- Faire connaître, aux pharmaciens d'officine libanais, le « Guide de l'addictologie en pharmacie d'officine », instauré en France depuis 2014.
- Sensibiliser les pharmaciens aux différents produits pharmaceutiques pouvant induire des addictions chez le patient et qui sont vendus sans prescription médicale.

- Partager l'expérience de la Faculté de Pharmacie de l'Université Saint-Joseph de Beyrouth et son engagement à intégrer différentes thématiques concernant l'addictologie dans l'enseignement proposé aux étudiants en pharmacie.

Les addictions représentent actuellement un grand problème de santé publique au niveau mondial.

Pour y faire face plusieurs pays ont mis en place des systèmes de lutte contre les dépendances physiques et psychiques.

La place du pharmacien est primordiale dans la lutte contre la toxicomanie mais également pour prévenir les problèmes de pharmacodépendance. Par ailleurs, le pharmacien est de plus en plus sollicité pour des interprétations de tests de dépistage ou pour des informations concernant les produits psychotropes, leurs effets et leurs toxicités.

Actuellement, certains de ces médicaments psychoactifs ne subissent pas seulement un usage abusif mais aussi un usage détourné. C'est pourquoi nous proposons, à travers cette conférence, de :

- Faire connaître, aux pharmaciens d'officine libanais, le « Guide de l'addictologie en pharmacie d'officine », instauré en France depuis 2014.
- Sensibiliser les pharmaciens d'officine aux différents produits pharmaceutiques pouvant induire des addictions chez le patient et qui sont vendus, au Liban, sans prescription médicale.
- Partager l'expérience de la Faculté de Pharmacie de l'Université Saint-Joseph de Beyrouth et son engagement à intégrer différentes thématiques concernant l'addictologie dans l'enseignement proposé aux étudiants en pharmacie.

Bibliographie

- Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé - <http://ansm.sante.fr>
- <https://www.respadd.org/wp-content/uploads/2018/09/Guide-addictologie.pdf>
- Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives. <http://www.drogues.gouv.fr>

• Le pharmacien face au RTU : responsabilité partagée ? À propos du baclofène

Stéphane Robinet (Strasbourg)

Objectifs pédagogiques

- Définition de la RTU
- Evolution de la RTU du baclofène
- Quelle responsabilité pour le pharmacien ?

La RTU (Recommandation Temporaire d'Utilisation) est un dispositif d'encadrement temporaire établie par l'ANSM pour une durée maximale de trois ans renouvelable sous certaines conditions. Elle peut concerner tous les médicaments bénéficiant d'une AMM (européenne ou nationale), que le médicament soit destiné à la ville ou à l'hôpital, qu'il soit sur prescription ou non, que ce soit une spécialité de référence ou un générique. La RTU peut concerner plusieurs spécialités, le cas échéant appartenant à un groupe générique, et autoriser leur prescription dans la même indication ou dans les mêmes conditions d'utilisation, dès lors que leur mécanisme d'action est similaire. Une spécialité pharmaceutique peut faire l'objet d'une prescription non conforme à son AMM (hors AMM) en l'absence de spécialité de même principe actif, de même dosage et de même forme pharmaceutique disposant d'une AMM ou d'une autorisation temporaire d'utilisation (ATU) dans l'indication ou les conditions d'utilisation considérées sous réserve qu'une recommandation temporaire d'utilisation (RTU), établie par l'ANSM, sécurise l'utilisation de cette spécialité dans cette indication ou ces conditions d'utilisation et que le prescripteur juge indispensable le recours à cette spécialité pour améliorer ou stabiliser l'état clinique de son patient. Le baclofène est un agoniste des récepteurs GABA B et un relaxant musculaire d'action centrale. Les deux spécialités pharmaceutiques contenant du baclofène disponibles à ce jour en France, sont indiquées dans le traitement des contractures spastiques d'origine neurologique. La dose maximale est de 80mg/jour avec augmentation possible à 100 à 120 mg/jour en milieu hospitalier. L'ANSM a mis en place dès 2011 un suivi national de pharmacovigilance. Elle accorde en octobre 2018 une autorisation de mise sur le marché (AMM) pour une spécialité pharmaceutique dans le traitement de l'alcool-dépendance.

Bibliographie

- Les RTU : Principes généraux , Décret n° 2012-742 du 9 mai 2012
- Les prescriptions et délivrances hors AMM à l'officine [En ligne]. Disponible sur : <https://services.ordre.pharmacien.fr/extranet/L-exercice-professionnel/Les-fiches-professionnelles/Les-prescriptions-et-delivrances-hors-AMM-a-l-officine> >
- Recommandation Temporaire d'Utilisation du Baclofène [En ligne]. Disponible sur : http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/2976e3c2bb5c0e5265a35955df5e8de0.pdf >

AFF3 - Suicide, prise en charge : une question planétaire ♦ Salle C9

• Guerre et Suicidalité

Elie Karam (Beyrouth, Liban)

Objectifs pédagogiques

- Comprendre le mécanisme sous-jacent de l'augmentation du taux de suicide après la guerre
- Expliquer les associations entre la guerre, les troubles mentaux et le comportement suicidaire.

Introduction : Les taux de suicide augmentent après les périodes de guerre; cependant, le mécanisme n'est toujours pas clair malgré les études de Durkheim. Le but de cette étude est d'explorer les associations entre l'exposition à la guerre, les troubles mentaux et le comportement suicidaire au Liban. Méthodes : Le « Composite International Diagnostic Interview CIDI » a été administré à un échantillon national représentant tous les adultes Libanais. Des données ont été recueillies sur la prévalence, l'âge de survenue des idées suicidaires, planifications et tentatives de suicide, les troubles mentaux, ainsi que le degré d'exposition de tous les sujets aux Guerres du Liban de 1975-1989. Résultats : A première vue, les idées suicidaires, les planifications et les tentatives de suicide sont associés au sexe féminin, à l'âge (plus jeune, plus grand risque), à la dépression majeure, aux troubles du contrôle des impulsions, à la phobie sociale et à la période post-guerre. Toutefois, après analyse multivariée, l'effet de la période post-guerre sur le comportement suicidaire est expliqué presque uniquement par les troubles mentaux. A noter, une exception : le fait d'avoir un trouble de contrôle des impulsions et être exposé directement à la guerre, est associé à un risque élevé de tentatives de suicide. Conclusion: L'association de la guerre au risque accru de suicidalité s'explique en large partie par l'émergence de troubles mentaux. L'effet de l'exposition directe à la guerre peut exacerber la désinhibition chez ceux qui auraient des troubles du contrôle des impulsions, amplifiant ainsi le lien entre les troubles mentaux et la suicidalité.

Bibliographie

• Karam E, Salamoun M, Mneimneh Z, Fayyad F, Karam A, Hajjar R, Dimassi H, Nock M, Kessler R (2012). War and first onset of suicidality: The role of mental disorders. *Psychological Medicine*; 42 (10): 2109-2118.

S27 - Quand les patients savent ce qui est bon pour eux... ♦ Amphi A

• Les Applications électroniques de la thérapie "self help" en psychiatrie

Marianne Soueidi (Beyrouth, Liban)

Objectifs pédagogiques

• Connaître les différentes applications électroniques de self help en psychiatrie disponibles, leur efficacité ainsi que leur avantages et désavantages

Les statistiques récentes de l'organisation mentale de la sante stipulent que les troubles mentaux affecteront un individu sur quatre au cours de leur vie. L'accès au soins psychiatriques bien que nécessaire et largement répandu reste parfois difficile, limité par les contraintes géographiques, économiques mais aussi personnelles. L'utilisation des applications de self help permet de contrecarrer ces barrières et de venir en aide aux patients tout en préservant leur confort et leur anonymat. L'exposé présentera donc les différentes applications disponibles pour les troubles de l'anxiété, la dépression, le trouble bipolaire, la schizophrénie, les addictions ainsi qu'une brève description et une étude concernant leur efficacité à comparer avec placebo. Une discussion portant sur les avantages et désavantages des applications de self help suivra pour ensuite conclure concernant leur efficacité.

Bibliographie

• Donker T et Al, Smartphones for Smarter Delivery of Mental Health Programs: A Systematic Review. *Med Internet Res* 2013;15(11):e247 doi:10.2196/jmir.2791

• Hidalgo-Mazzei D et Al, Self-monitoring and psychoeducation in bipolar patients with a smart-phone application (SIMPLE) project: design, development and studies protocols. *BMC Psychiatry* (2015) 15:52 DOI 10.1186/s12888-015-0437-6

• Kuhn E et Al, Preliminary Evaluation of PTSD Coach, a Smartphone App for Post-Traumatic Stress Symptoms, *Military medicine*, 179, 1:12, 2014

• Le dernier verre ?

May Boumendjel (Versailles)

Objectifs pédagogiques

• Mettre à jour les connaissances sur le baclofène (Lioresal®)

Un cardiologue devenu dépendant à l'alcool, puis guéri grâce au baclofène, Olivier Ameisen, s'est battu des années pour faire reconnaître ce médicament comme "traitement contre l'addiction". Dans son livre (1), il explique la découverte du Lioresal comme un traitement MIRACLE pour lui. En France, cette découverte donne lieu à une effervescence médiatique, les patients se saisissent de cette information et se mettent à demander à leur médecin cette prescription pour mettre fin à leur trouble, de multiples prescriptions se font et quelques études s'attellent à questionner cette efficacité chez les patients ainsi que la sécurité d'emploi de ce traitement. Le Lioresal est aujourd'hui utilisé dans la prise en charge des patients ayant un trouble de l'usage de l'alcool, et a récemment (en 2018) eu une autorisation de mise sur le marché (AMM) en France, mais l'efficacité et la tolérance ne cessent d'être questionnées dans toutes les études récentes(2) et poussent à toujours plus d'études sur le sujet. Comment un patient peut-il trouver son médicament ? Quels sont les facteurs prédictifs de l'efficacité du Lioresal (3) ? A ce jour où en sont les connaissances sur le Lioresal dans le trouble de l'usage de l'alcool ? Quelques questions auxquelles nous allons tenter de répondre.

Bibliographie

1. Le Dernier verre - Poche - Olivier Ameisen - Achat Livre | fnac.

2. Minozzi S, Saulle R, Rösner S. Baclofen for alcohol use disorder. *Cochrane Database Syst Rev*. 26 nov 2018;11:CD012557.

3. Rombouts SA, Baillie A, Haber PS, Morley KC. Clinical Predictors of Response to Baclofen in the Treatment of Alcohol use Disorder: Results from the BacALD Trial. Alcohol Alcohol Oxf Oxf. 12 avr 2019;

• **L'impact de la foi sur le bien-être**

Michaelangelo Aoun (Beyrouth, Liban)

Objectifs pédagogiques

- Reconnaître l'émergence de la religiosité / spiritualité en tant que courant de réflexion et de recherche dans le système de soin.
- Reconnaître l'influence de la religiosité et de la spiritualité sur la santé mentale.

Dans cet exposé, la relation entre la foi et la santé mentale et vice versa sera décrite.

La religion est aussi ancienne que l'humanité. Les hommes primitifs avaient des religions primitives et adoraient les éléments de la nature comme le soleil, la terre, l'air, les nuages, l'eau, etc. Les progrès de la civilisation ont conduit à des religions institutionnalisées. Les caractéristiques de base de toutes les religions sont similaires. Il existe une ferme conviction en un pouvoir de contrôle supérieur, invisible. La religion apparaît comme une nécessité psychologique pour l'humanité, ayant évolué en raison de ce besoin fondamental. Bien que la plupart des religions aient continué à changer avec le temps, plusieurs sont devenues fossilisées avec quelques pratiques religieuses transformées en dogmes et superstitions. Néanmoins, chaque religion avec son système de croyance a des implications sur la santé mentale et les maladies. Du point de vue de la santé mentale, la religion fournit des lignes directrices fort nécessaires, qui peuvent aider les individus à tracer un cours pour leur vie. Les personnes croyantes peuvent tolérer plus facilement le stress, les tensions et les incertitudes de la vie. Cependant, de nombreux rituels et systèmes de croyances désuètes peuvent inhiber une croissance positive et conduire à une mauvaise santé mentale. En étudiant le rapport entre la spiritualité, la religiosité et la santé, il n'est pas nécessaire de prendre position sur la réalité ontologique de Dieu ou sur le monde spirituel. La relation entre la religion / spiritualité et la symptomatologie est décrite. L'impact et l'influence de la religion sur la santé mentale sont mis en évidence.

Bibliographie

• Baker, J. O., Stroope, S., & Walker, M. H. (2018). Secularity, religiosity, and health: Physical and mental health differences between atheists, agnostics, and nonaffiliated theists compared to religiously affiliated individuals. *Social Science Research*,

• **ASMR (Autonomous Sensory Meridian Response, Réponse sensorielle maximale automatique) :**

la nouvelle madeleine de Proust

Raphaël Curti (Marseille)

Objectifs pédagogiques

- Connaître le phénomène émergent « ASMR » et sa pratique dans la population générale.
- Connaître les assises psychologiques de son fonctionnement et sa portée thérapeutique éventuelle.

L'ASMR signifie autonomous sensory meridian response, c'est un phénomène sensoriel qui se déclenche à la suite d'une expérience sensorielle auditive mais aussi visuelle. Cela peut ressembler à un frisson agréable qui parcourt le scalpe et qui descendrait le long du dos ou alors à des picotements dans le dos. Un nombre extraordinaire de personnes regardent quotidiennement des vidéos (Fredborg, Clark, & Smith, 2017) dans le but de déclencher cette sensation ou de se relaxer. Il existe un nombre croissant de chaînes sur les plateformes youtube et twitch qui proposent ce type d'expérience.

Il semble s'agir d'une forme d'une pratique, très populaire et émergente mais comment cela se fait-il ? Selon une étude en 2015 (Barratt & Davis, 2015) 98% des pratiquants l'utilisent pour la relaxation, 82% pour s'endormir, quelques-uns contre les douleurs chroniques et 5 % en vue d'une excitation sexuelle. Le profil des vidéos proposées aujourd'hui semble avoir évolué depuis 2015 avec une érotisation croissante des contenus sans pour autant verser dans le téléphone rose. Il existe des éditeurs de tout les âges et des 2 sexes et les titres des vidéos souvent font appel au registre du soin (hypnose, relaxation, aide à l'endormissement etc...). En effet, pendant les vidéos les spectateurs sont invités ou conditionnés pour se concentrer sur leur sens ou pour se projeter dans leur imaginaire grâce un des scénarii. Alors, dans quelles mesures cela se rapproche-t-il des pratiques de pleine conscience et d'hypnose ? Selon quels mécanismes physiologiques et psychologiques fonctionne-t-elle (Barratt, Spence, & Davis, 2017)? Et faut-il recommander cette pratique à nos patients ? Nous tenterons d'éclaircir ces questions pendant l'exposé.

Bibliographie

• Barratt, E. L., & Davis, N. J. (2015). Autonomous Sensory Meridian Response (ASMR): a flow-like mental state. <http://doi.org/10.7717/peerj.851>

• Barratt, E. L., Spence, C., & Davis, N. J. (2017). Sensory determinants of the autonomous sensory meridian response (ASMR): understanding the triggers, 1–13. <http://doi.org/10.7717/peerj.3846>

• Fredborg, B., Clark, J., & Smith, S. D. (2017). An Examination of Personality Traits Associated with Autonomous Sensory Meridian Response (ASMR), 8(February). <http://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00247>

DD3. Déjeuners-débats

Valproate et ses sels, procréation, grossesse et allaitement ♦ Salle A6

• Trouble bipolaire pendant la grossesse : y a-t-il une place à l'acide valproïque ?

Charline Hachem (Beyrouth, Liban)

Objectifs pédagogiques

- Reconnaître l'importance du traitement médicamenteux du trouble bipolaire pendant la grossesse.
- Prendre en considération l'éventualité d'une grossesse chez toute femme en âge de procréer avant de mettre en place un traitement par acide valproïque.
- Reconnaître les effets de l'acide valproïque pendant la grossesse et choisir les meilleures alternatives.

Chez les femmes souffrant d'un trouble bipolaire, le risque de rechute sur un mode dépressif ou maniaque est le plus important à partir du second trimestre de grossesse. En effet 35% des femmes bipolaires vont souffrir d'une rechute pendant la grossesse malgré un traitement médicamenteux adéquat alors que 85% d'entre elles vont en souffrir en l'absence d'une pharmacothérapie. En l'absence de traitement, la rechute peut s'accompagner de conséquences sérieuses sur le fœtus et plus tard sur l'enfant. Ainsi, la possibilité d'une grossesse doit toujours être envisagée chez une femme en âge de procréer et le choix d'un traitement pour le trouble bipolaire doit être fait en fonction de cette éventualité. L'acide valproïque figure parmi les molécules contre-indiquées pendant la grossesse vu le risque de malformations congénitales qui s'y associe ; il devrait être remplacé par les molécules recommandées pendant cette période. L'intégration des femmes en âge de procréer traitées par acide valproïque dans une politique de prévention de la grossesse permettrait d'éviter les situations problématiques au cours desquelles on se retrouve face à des femmes qui tombent enceintes sous cette même molécule. Dans ce cas-là, le clinicien pourrait recourir au processus de décision partagée avec la patiente, processus visant à donner des explications en un premier temps, à répondre aux éventuelles questions en un deuxième temps, avant de passer à une prise de décision impliquant les deux partis. Cette dernière démarche implique la responsabilité du clinicien et de la femme enceinte et permettrait une meilleure adhérence au traitement et au suivi.

Bibliographie

- Macfarlane A, Greenhalgh T. Sodium valproate in pregnancy: what are the risks and should we use a shared decision-making approach? *BMC Pregnancy Childbirth*. 2018 Jun 1;18(1):200. doi: 10.1186/s12884-018-1842-x.
- Larsen ER, Damkier P, Pedersen LH, Fenger-Gron J, Mikkelsen RL, Nielsen RE, Linde VJ, Knudsen HED, Skaarup L, Videbech P. Use of psychotropic drugs during pregnancy and breast-feeding. *Acta Psychiatr Scand* 2015; 132 (Suppl. 445): 1–28
- Womersley K1. Prescription of Sodium Valproate as a Mood Stabiliser in Pregnancy. *Psychiatr Danub*. 2017 Sep;29(Suppl 3):679-684.

DD4. La démence a-t-elle encore des médicaments pour la traiter ? ♦ Salle C9

• Traitements médicamenteux des troubles cognitifs des démences

Rita El-Hayeck (Beyrouth, Liban)

Objectifs pédagogiques

- Connaître le bénéfice des médicaments disponibles sur les troubles cognitifs des démences ainsi que les futures pistes thérapeutiques.

Les troubles cognitifs et la démence touchent actuellement une partie importante de la population mondiale. Dans l'ensemble, il est prévu que le nombre de personnes souffrant de démence atteindra d'ici 2040 plus de 80 millions. Il n'existe pas encore de traitement curatif pour la démence. Cependant, plusieurs traitements et interventions se sont avérés efficaces. Une revue de la littérature sur les médicaments disponibles et les futures pistes thérapeutiques pour gérer les troubles cognitifs dans les différents types de démences sera exposée.

Bibliographie

- Perng CH, Chang YC, Tzang RF. The treatment of cognitive dysfunction in dementia: a multiple treatments meta-analysis. *Psychopharmacology (Berl)*. 2018 May;235(5):1571-1580.
- Farooq MU, Min J, Goshgarian C, Gorelick PB. Pharmacotherapy for Vascular Cognitive Impairment. *CNS Drugs*. 2017 Sep;31(9):759-776
- Hoskin JL, Sabbagh MN, Al-Hasan Y, Decourt B. Tau immunotherapies for Alzheimer's disease. *Expert Opin Investig Drugs*. 2019 May 22:1-10

S28 - Innovations et alternatives en psychiatrie ♦ Salle C3

• Les nouvelles organisations territoriales : CPTS (Communautés Professionnelles des Territoires de Santé) et DSPP (Dispositif de Soins Partagés en Psychiatrie). Les résultats 2018

Maurice Bensoussan, Président URPS des Médecins Libéraux d'Occitanie (Toulouse) & Jean-Louis Griguer (Montéluçon)

La loi de santé de 2016 crée à l'initiative des professionnels de santé, les plateformes territoriales d'appui (PTA), les équipes de soins primaires (ESP), et les communautés professionnelles des territoires de santé. Elles doivent faciliter au quotidien les parcours de santé, promouvoir les soins primaires et favoriser la structuration des parcours de santé. La communauté

professionnelle territoriale de santé est composée de professionnels de santé regroupés ou non, d'acteurs assurant des soins de premier ou de deuxième recours, et d'acteurs médico-sociaux et sociaux concourant à la réalisation des objectifs du Projet Régional de Santé. Les CPTS seront probablement le vecteur de développement des Projets Territoriaux de Santé Mentale (PTSM). Le PTSM favorise la prise en charge sanitaire et l'accompagnement social ou médico-social de la personne dans son milieu de vie ordinaire ; permet la structuration et la coordination de l'offre de prise en charge sanitaire ; détermine le cadre de la coordination de second niveau.

Ainsi le Dispositif de Soins Partagés en Psychiatrie dont l'existence a précédé la loi de santé, signe encore une fois les capacités organisationnelles innovantes des psychiatres. Partie prenante du volet sanitaire du PTSM, il est à la disposition de plusieurs CPTS pour apporter des réponses efficaces en termes d'accès aux soins psychiatriques, de fluidité et de continuité des parcours. Un an après sa mise en place sur l'agglomération toulousaine, il supprime déjà les difficultés d'accès à un avis psychiatrique à la demande du médecin traitant. Il est en moyenne à 11 jours et répond tout à fait aux attentes des généralistes, avec un fort indice de satisfaction des patients.

• L'aventure d'un Centre Educatif Renforcé (CER) au Maroc

François Conraux (Saint-Dié-des-Vosges)

Objectifs pédagogiques :

- Réponse alternative aux conduites psychopathiques et à la violence de l'adolescence

Bibliographie

- Ordonnance du 2 Février 1945 concernant la délinquance des mineurs
- Circulaire du 13 Janvier 2000 concernant les mineurs délinquants
- Paul Fustier "Les corridors du quotidien clinique du quotidien et éducation spécialisée en institution" 2014, Dunod.
- **Place du psychiatre libéral dans le réseau psychotrauma et en situation sanitaire exceptionnelle**

Dominique Mastelli (Strasbourg)

Objectifs pédagogiques

- Connaître l'organisation générale du réseau psycho trauma en France
- Savoir repérer diagnostiquer et accompagner des personnes en situation de stress post-traumatique dans sa pratique de psychiatrie libérale.
- Connaître les règles de prescription des médicaments anxiolytiques et hypnotiques dans ces situations

Ces dernières années en France, notamment suite aux différents attentats, de profonds remaniements de doctrine et d'organisation du réseau psycho trauma sont intervenues. Les psychiatres libéraux, initialement essentiellement impliqués dans la prise en charge ambulatoire en aval, plutôt au long cours des blessés psychiques, ont ces dernières années, en particulier depuis les attentats de Paris et de Nice, pu être sollicités et intervenir dans d'autres cadres, plus en aigu, voir en urgence dans la ville de leur exercice libéral. La question est aujourd'hui posée du rôle à jouer et de la place des psychiatres libéraux plus en amont en situations sanitaires exceptionnelles qu'elle soit d'origine climatique, liées à un risque technologique, attentat, ou tout autre catastrophe... Pour ce faire il apparaît à présent indispensable qu'ils connaissent les différents dispositifs et outils existants : structures spécifiques de formation, différents plans d'urgence, structures de prise en charge en immédiat et post immédiat des victimes, nouveaux centres régionaux psychotrauma, réseaux de partenaires impliqués dans la prise en compte des victimes et impliqués (associations, justice, ...), et autres. Ceci afin de pouvoir compléter leur formation, utiliser leur connaissances actualisées tant cliniques que thérapeutiques en psycho traumatologie. À partir de l'exemple concret de l'attentat de Strasbourg du 11 décembre 2018, et sur la base du témoignage de plusieurs psychiatres libéraux impliqués s'étant formés en amont, étant intervenus le jour même, les jours suivants, puis au long cours. Nous nous proposons de présenter de façon synthétique les connaissances nécessaires, pour pouvoir jouer un rôle opérant dans de telles situations.

Bibliographie

- Ducrocq F, G. Vaiva, Confrontation traumatique, stress aigu et ESPT, In Les troubles anxieux (Lavoisier, 2014)
- Rolling J, D.Mastelli, C. Schroeder, Prise en charge thérapeutique de l'enfant et de l'adolescent, in Stratégies thérapeutiques des traumas, (Presses Universitaires François-Rabelais, 2018)
- Gras A, A Gras-Vincendon, C. Behr, D. Mastelli, E. Hirsch, P. Vidailhet, CNEP et traumatisme, La Lettre de Psychiatrie, N°4-5, oct 2016

Journée CPNLF "Pharmacien"

JP5. Quelle collaboration Pharmacien-Psychiatre dans l'optimisation pharmaco-thérapeutique ♦ Salle C2

• **Prise en compte de la pharmacologie dans la décision médicale**

Patrick Martin (Paris)

Objectifs pédagogiques

- Mieux connaître le mécanisme d'action des psychotropes au travers d'une nouvelle nomenclature
- Utiliser la pharmacologie comme aide à la décision thérapeutique
- Mieux prescrire les psychotropes dans une démarche dimensionnelle

L'acte de prescription d'un psychotrope la plupart du temps est partagé entre les croyances du prescripteur, son expérience, la demande des équipes soignantes, des familles, du patient et des connaissances pharmacologiques plus ou moins précises. La première classification clinique des « drogues » est due à Louis Lewin qui, en 1927, publia un ouvrage intitulé *Phantastica*, décrivant les poisons de l'esprit, leur histoire, leurs usages et leurs abus. Le terme psychotrope, substance médicamenteuse agissant sur le psychisme, a été employé officiellement pour la première fois au symposium sur les drogues psychotropes, en mai 1957, à Milan, suivi en 1961 par la proposition au Congrès mondial de psychiatrie par Jean Delay d'une classification fondée sur les effets dominants au point de vue clinique et expérimental et basée sur trois facteurs : le type d'action, la fonction psychique concernée, vigilance et humeur. Il est paradoxal de constater que la classification des maladies dans le DSM et l'ICD (OMS) a évolué constamment mais que la nomenclature des psychotropes est restée bloquée sur les années 1960. Le caractère rigide de cette classification a sans doute freiné l'évolution vers d'autres nouveaux modèles, d'autant que les diagnostics sont subjectifs et extensibles et, nous avons peu de raisons rationnelles pour privilégier tel type de traitement sur tel autre. Par ailleurs, dire à un patient qu'on le traite avec un antipsychotique de seconde génération, c'est du marketing, pas de la science. C'est dans ce contexte que des neuropharmacologues européens (ECNP), américains (ACNP), asiatiques (AsCNP) et de toutes nationalités (CINP) ont proposé en 2014, une nouvelle nomenclature des psychotropes, dite « NbN » (Neuroscience based nomenclature), basée non plus sur des symptômes tel qu'actuellement mais sur l'effet pharmacologique et présentée sous forme d'une application numérique. Avec cette classification, on passe de 7 types de définition (antidépresseur, antipsychotique, anxiolytique, hypnotique, stabilisateur de l'humeur, stimulant) à une description tenant compte de 12 cibles pharmacologiques et de 11 modes d'action. Dans ce cadre cette classification peut elle permettre une meilleure prise en compte de la dimension pharmacologie dans la décision médicale et thérapeutique.

Bibliographie

- Josef Zohar, Neuroscience based Nomenclature. NbNomenclature; mardi 22 octobre. ECNP 2014.
- Whitake R. Anatomy of an epidemic : magic bullets, psychiatric drugs, and the astonishing rise of mental illness in America. Crown, 2011.
- Martin P et al. Antidépresseurs et troubles de l'humeur : classification biochimique en termes d'impact sur les systèmes neuronaux. In "Prescription des psychotropes", éditions Maloine, 2004, pp 147-179

• La psychopharmacologie est une science inexacte : comment le pharmacien peut-il ajouter de l'objectivité ?

Philippe Vincent (Montréal, Québec)

Objectifs pédagogiques

- Se familiariser avec des échelles cliniques utilisées en recherche.
- Identifier les psychotropes qui peuvent s'ajuster en fonction de la concentration sanguine.

Pour ce faire, il devra réussir des formations d'entrevue semi-structurées comme l'entrevue motivationnelle, ou structurées comme le Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS). Cette première est très utile pour aider les patients avec leur ambivalence à prendre des psychotropes. Cette dernière est utile pour objectiver les symptômes psychotiques et thymiques des patients hospitalisés. Par exemple, un patient souffrant de schizophrénie réfractaire, chez qui la clozapine soulage peu, devrait être évalué objectivement avec l'échelle BPRS pour documenter les 20 % d'amélioration qu'un adjuvant efficace pourrait offrir. Finalement, le pharmacien spécialiste en santé mentale utilise les concentrations sanguines des psychotropes pour confirmer leur efficacité et leur sécurité.

Bibliographie

- Goldstone LW, DiPaula BA, Caballero J. Improving medication-related outcomes for patients with psychiatric and neurologic disorders: Value of psychiatric pharmacists as part of the health care team. *Mental Health Clinician*. 2015.
- Leucht S. Measurements of response, remission, and recovery in schizophrenia and examples for their clinical application. *J Clin Psychiatry*. 2014;75 Suppl 1(suppl 1):8–14.
- Hiemke C, Bergemann N, Clement H, Conca A, Deckert J, Domschke K, et al. Consensus Guidelines for Therapeutic Drug Monitoring in Neuropsychopharmacology: Update 2017. *Pharmacopsychiatry*. 2018 Feb 1;51(01/02):9–62.

• Optimisation de posologie des médicaments utilisés en psychiatrie : collaboration pharmacien-psychiatre

Lydia Khabbaz (Beyrouth, Liban)

Objectifs pédagogiques

- En se basant sur des exemples pratiques de médicaments utilisés en psychiatrie, discuter le principe et les besoins, les facteurs dont il faut tenir compte et les limites de l'optimisation de posologie basée sur le suivi des concentrations plasmatiques.

Quels sont les facteurs de variabilité de la réponse thérapeutique (et de la toxicité) des médicaments utilisés en psychiatrie ? PK, y compris interactions PD (y compris la pharmacogénétique) ; Maladies concomitantes ; Environnement ; Non-compliance. Chaque facteur sera discuté avec des exemples pratiques

Suivi thérapeutique et optimisation du traitement en psychiatrie : Pourquoi ?

En début du traitement : permet d'estimer la dose correcte afin d'atteindre l'équilibre de la manière la plus adaptée possible

En cours de traitement (en routine), permet :

- Le suivi de l'efficacité et prévention des effets secondaires (maintenir le médicament dans l'intervalle thérapeutique)
- De prévoir la variation de la concentration lors de la modification du traitement : changement de dose, de fabricant, de voie d'administration, de forme galénique (exemples pratiques discutés)

- De prévoir la variation de la concentration lors de co-prescription de médicaments pouvant présenter une interaction avec le médicament surveillé (exemples pratiques présentés)
 - De prévoir la variation de la concentration lorsque l'état clinique du patient change: développement d'une IR, IH, IC, infections...
 - De contrôler les concentrations en cas d'échec et/ou de doute sur la compliance
- Et en dernier, optimisation de posologie : les limites
- Ne peut être systématiquement réalisée à cause de son coût et n'est pas intéressante dans les cas suivants :
- Médicaments à index thérapeutique large
 - Pas de relation claire et consistante entre les concentrations sanguines du médicament et l'effet thérapeutique ou toxique
 - Pas de relation claire entre la dose administrée et les concentrations sanguines du médicament
 - Pas de méthode analytique fiable et précise

Bibliographie

M. C. Mauri et al. Clinical Pharmacokinetics of atypical antipsychotics : an update. Clin Pharmacokinet (2018); 57:1493-1528
 Hiemke C. Concentration-Effect Relationships of Psychoactive Drugs and the Problem to Calculate Therapeutic Reference Ranges. Ther Drug Monit. 2019 Apr;41(2):174-179.
 Schreiber MA, Armstrong SC, Markman JD. Psychotropic Medication Monitoring: A Review. Prim Care Companion CNS Disord. 2019 Feb 21;21(1).

S29 - Crimes et passions ♦ Amphi B

Érotomanie, histoire vécue

Nathalie Richa (Beyrouth, Liban)

Objectifs pédagogiques

- Rappeler l'existence de l'érotomanie, ses rouages et ses différentes facettes dangereuses dans l'évolution du trouble
- Mieux comprendre les différentes phases à travers une histoire vécue
- Mieux comprendre le trouble à travers les lettres d'amour

Mme J. est une patiente d'une quarantaine d'année, mariée depuis plus de 20 ans et ayant 3 enfants. Après plusieurs années de consultations psychiatriques, elle a été amenée en 2007 par son mari chez un psychiatre qui l'a suivie pour des troubles obsessionnels atypiques qui ne répondaient pas réellement au traitement. En 2010, elle fut hospitalisée dans le service de son psychiatre et à sa sortie de l'hôpital, elle lui annonce son amour, croyant que lui aussi l'aimait. Le psychiatre lui annonce son incapacité de continuer à la prendre en charge et lui demande de poursuivre sa prise en charge chez quelqu'un d'autre. Mais ceci ne fut pas le cas. Elle poursuit ses visites médicales en prenant des rendez-vous avec différents pseudonymes afin de voir l'objet de son amour qui lui demandait à chaque fois poliment de ne plus revenir. Une longue chaîne de péripéties suit son incapacité de le voir. Pendant la longue phase d'espoir, elle lui envoie des lettres d'amour et des cadeaux qu'elle jetait devant sa secrétaire quand elle refusait de les prendre, puis des messages téléphoniques quotidiens sans répit. Durant la phase de dépit, ses messages changent d'allure. Elle chancelle entre une attitude d'espoir et de désespoir, entre des promesses de respect de son mutisme, de sa distance et une attitude d'incompréhension à son égard, d'attente d'une réponse positive de sa part. Cette phase de déception engendre une phase de rancune et de vengeance qui se nourrit rapidement par un passage à l'acte délirant : elle parvient à aller rencontrer sa femme, la menace de ne pas le laisser en vie, lui envoie des messages de menace, porte plainte à l'ordre des médecins et l'attaque à l'hôpital au couteau. L'absence de loi libanaise reconnaissant ce trouble et imposant les soins nécessaires pousse le psychiatre à tenter un procès en 2016 pour se protéger, protéger sa famille et demander une injonction des soins.

Bibliographie

- COVELLO A., DALLE B. & GOUGOULIS N., 1987, A Propos de l'érotomanie. Histoire de lettre d'amour perdu, l'Evolution Psychiatrique, 52, 2 : 453-470.
- RACAMIER P.C., Délire d'adulte, délire d'enfant : hier et aujourd'hui, 1989, Neuropsychiatrie de l'enfance, Paris : (37) ; 2-3 : p 87.
- DE CLÉRAMBAULT Gaëtan Gatian, 2002, L'Érotomanie, Editions Empêcheurs De Penser En Rond.

• Homicide suicide : De l'amour à la mort

Anne-Hélène Moncany (Toulouse)

Objectifs pédagogiques

- Connaître les définitions, les chiffres et les classifications d'homicides-suicides
- Connaître les facteurs de risque
- Comprendre les différentes dynamiques du passage à l'acte

L'homicide-suicide se définit comme un suicide (abouti ou non) précédé d'un meurtre ou d'une tentative de meurtre. Ce phénomène, relativement rare mais qui suscite toujours beaucoup d'émotions et d'interrogations, est parfois également appelé "suicide altruiste" : cependant peut-on expliquer ce phénomène par l'amour porté à la victime et "l'altruisme" de celui ou celle qui veut emporter avec lui dans la mort son/sa conjoint(e), ses enfants, ses parents... ? Et que penser des homicides-suicides extra-familiaux tels que les tueries de masse ? En effet, parmi les homicides suicides, Malphurs et Cohen

retrouvent en 2002 une majorité d'uxoricides-suicides (70,5%), mais également 10,5% d'infanticides-suicides, 8,7% d'homicides-suicides extrafamiliaux et 6,5% de familicides-suicides (1). Ces proportions reposent sur l'utilisation d'une classification des homicides-suicides proposée par Marzuk en 1992 (2), fréquemment utilisée dans les études, qui s'appuie sur la relation entre la victime et l'auteur. De fait, les données épidémiologiques montrent que l'auteur est le plus fréquemment un homme, âgé de 40 à 50 ans, déprimé, présentant peu d'antécédents judiciaires, qui tue sa conjointe dans un contexte de conflit conjugal ou de séparation récente (3). Ainsi, si la connaissance des données épidémiologiques et psychopathologiques nous apporte des éléments de compréhension et nous permet de distinguer différentes formes d'homicides-suicides, la prévention de tels passages à l'acte est-elle possible ? Ces phénomènes doivent être analysés avec rigueur, à la lumière du savoir psychiatrique et psychologique, mais également sociologique et criminologique, dans le but d'une prise en charge globale et pluridisciplinaire.

Bibliographie

- (1) Malphurs JE, Cohen D. A newspaper surveillance study of homicide-suicide in the United States. Am J Forensic Med Patthol, Juin 2002 ;23(2) :142-8.
- (2) Marzuk et al. The epidemiology of murder-suicide. JAMA. JAMA network 1992
- (3) Dubroca O. L'homicide-suicide : une revue de la littérature. 2018. Thèse de psychiatrie de la faculté de médecine de Bordeaux.

• De la passion à la perversion

Mathieu Lacambre (Montpellier)

Objectifs pédagogiques

- reconnaître les caractéristiques cliniques de la perversion et du sujet pervers
- identifier le continuum du normal au pathologique autour de la relation amoureuse
- poser le cadre d'un soin dans le champ de la perversion

Depuis leurs origines, la médecine puis la psychiatrie ont tenté de caractériser les comportements humains à partir de la philosophie des passions. De l'antique théorie de humeurs (Hippocrate) à la la perversion des instincts (Dupré) et l'aliénation morale (Printchard), la sémiologie s'est progressivement structurée pour rendre compte des déclinaisons de comportements humains déraisonnables, mais non délirant. Et c'est tout particulièrement au cours du 20ème siècle sous l'impulsion de la Justice et plus précisément dans le champ des comportements violents et de la sexualité, que l'élaboration et la construction d'un savoir psychiatrique a été particulièrement prolifique au contact de la criminologie, de la sexologie et de la sociologie. Nécessaire élaboration d'un corpus de connaissances et structuration de concepts pour rendre compte au tribunal, de la complexité de comportements humains extrêmes.

Sur le plan psychopathologique, la motivation pour un comportement violent ou la domination, sur fond d'égoïsme et d'absence d'empathie, permet d'envisager un noyau passionnel commun au psychopathe, au paranoïaque et au pervers. L'impulsivité, l'intolérance à la frustration, le détachement émotionnel, l'absence de culpabilité, l'agressivité sont les dimensions qui caractérisent l'organisation psychopathique. Les traits du paranoïaque sont définis par la méfiance, la réticence, la surestimation de soi, et la fausseté du jugement. Du côté de la perversion, la tendance à la manipulation et l'utilisation froide d'autrui permet d'envisager trois déclinaisons selon les modalités du contrat pervers : le pervers de caractère, le pervers sexuel et le pervers narcissique.

Sur le plan nosographique, les dimensions pertinentes sont identifiables au sein des troubles de la personnalité (antisociale, paranoïaque et narcissique) mais aussi des troubles paraphiliques. Les critères cliniques permettent d'établir un diagnostic et d'envisager une prise en charge sur mesure, dans un cadre inter-contenant sécurisé articulé avec les champs social et judiciaire.

Bibliographie

- 1.Coutanceau R, Lacambre M. De l'évaluation pluridisciplinaire aux stratégies thérapeutiques. In : R Coutanceau, C Damiani, M Lacambre. Victimes et auteurs de violences sexuelles. Malakoff, Dunod, 2016 :145-160.
- 2.Bergeret J., Actes de violence : réflexion générale, in Passage à l'acte Ed. Elsevier Masson, Paris, 2009 pp3-8.
- 3.Foucault M., Les anormaux, cours au Collège de France 1974-1975, Hautes Etudes EHESS Gallimard Seuil 1999.

S30 - L'angoisse chez le dentiste ♦ Salle B4

• Les spécificités de l'anxiété dentaire

Jihad Fakhoury (Beyrouth, Liban)

Objectifs pédagogiques

- Identifier l'origine de l'anxiété chez le dentiste
- Décrire le vécu du patient anxieux
- Souligner les conditions de la prise en charge dentaire qui peuvent atténuer l'anxiété

La bouche avec le nez, les oreilles et les yeux définissent les cinq sens qui permettent à l'individu d'interagir avec le monde environnant. Sa place au sein du visage lui confère une symbolique toute particulière. La bouche est un élément dynamique essentiel du visage. Avec les lèvres et les dents, elle dessine le sourire et permet la parole, véritables interfaces de la relation

avec autrui. Le regard d'une personne, sa bouche et son sourire, supports de l'expression, animent l'être par son visage, le définissent et lui donnent son caractère vivant.

La psychanalyse met en avant le rôle primordial de la bouche dans la construction de chaque individu. Le nouveau-né interagit avec son environnement dès les premiers instants par le cri signe de vie. De plus, l'allaitement est une source de satisfaction des besoins primaires chez l'enfant. Elle est un moyen de réconfort et joue un rôle dans l'équilibre affectif du nouveau-né. Tous ces rôles lui confèrent une place essentielle de carrefour des sens.

Le dentiste doit respecter l'importance de cette entité et appréhender le rapport d'intimité imposé par les soins au sein de la sphère oro-faciale. Plusieurs personnes souffrent de la dentophobie, nom qu'on donne à la peur de visiter le dentiste, à l'angoisse face à un contrôle régulier et à l'anxiété vis-à-vis des traitements dentaires.

Cette phobie se manifeste à travers des angoisses passagères, de légères appréhensions, et s'accompagne de plusieurs types de symptômes, qui font obstacle au suivi adéquat de la santé bucco-dentaire de ceux qui en souffrent.

Bibliographie

- Médecine et santé, février 2013

- Evaluation de l'anxiété vis-à-vis des soins dentaires, thèse Lucie Bodot, Toulouse juin 2015

- Outils thérapeutiques dans la prise en charge de l'anxiété au cabinet dentaire: le MEOPA et l'hypnose Luc Guignon, 2014

• La pédodontie : Un exercice psychologique complexe

Jad Nasr (Beyrouth, Liban)

Objectifs pédagogiques

- Catégoriser la peur et l'anxiété de l'enfant.
- Etablir une bonne communication.
- Offrir une expérience unique et individualisée.

Pour un adulte les soins dentaires sont des interventions longues, invasives et douloureuses. Elles stimulent chez eux leurs 5 sens d'une façon agressive tel que le bruit de l'aspire et des turbine, l'odeur et le goût des produits dentaires, les instruments en contact avec la bouche et bien sûr le regard, c'est d'être capable de tout voir.

Chez les enfants les choses se compliquent beaucoup plus. La pédodontie est complexe à cet âge-là parce qu'elle fait appel à plusieurs facteurs :

1. Pour un enfant la visite dentaire lui rappelle les visites du pédiatre, donc les vaccins, l'allongement sur le chariot et les piqûres.
2. La peur d'une nouvelle expérience, de l'inconnu surtout à un bas âge.
3. Les mauvaises expériences dentaires, douloureuses ou agressives.

Un bon traitement dentaire à l'âge jeune implique impérativement une bonne coopération de l'enfant donc une bonne communication.

Cette communication varie avec chaque patient et chaque facteur cité préalablement. Elle peut être verbale ou non verbale. Elle se fait sous forme de jeux, tour de magie, chansons, des actes de théâtre et parfois des pleurs et larmes chez les tous jeunes.

Cette communication permet aux enfants de s'exprimer ; exprimer leur joie, leur peur, leur anxiété donc d'avoir un rôle dans cette relation dentiste-patient.

L'approche psychologique chez le pédodontiste est personnalisée : elle diffère selon l'âge, le caractère, les parents, la famille (présence ou pas de frères et sœurs), les antécédents et expériences dentaires.

Cette approche se fait dans un environnement propice et différent à ce que l'enfant s'attend, beaucoup plus différent que l'environnement du pédiatre : une salle d'attente à thème, des jeux à disposition, des tenus du personnel assistant et dentiste plus animées.

Mais le plus important parmi tout, faire ressentir aux enfants qu'on fait notre travail avec amour.

• Origines comportementale et génétique de la peur du dentiste

Nadia Zioui (Alger, Algérie)

Objectifs pédagogiques

- Connaître les origines de la phobie du dentiste afin d'avoir une approche thérapeutique ciblée et personnalisée ; donc meilleur accès aux soins.

On trouve souvent une origine psychologique à la peur du dentiste et même une empreinte génétique de cette dentophobie, l'image du dentiste est encore très symbolique – l'arracheur de dents – et toujours liée à la crainte et l'idée de la souffrance est encore présente ; les origines les plus fréquentes sont cognitivo-comportementales : de mauvaises expériences ou des traumatismes directs ou indirects sont à l'origine de la peur du dentiste ; la composante organique génétique à la dentophobie, y'a-t-il des facteurs prédisposants au développement d'une dentophobie ? ; l'intérêt de connaître ces origines est de pouvoir développer des stratégies thérapeutiques afin de pouvoir gérer cette angoisse du dentiste, car hormis les méthodes classiques de relaxation et gestion de stress, les thérapies cognitivo-comportementales pour la composante psychologique (croyances) trouvent largement leur place, par contre pour la composante organique (neurologique) une nouvelle approche a fait surface depuis une dizaine d'années : l'optogénétique ! cette dernière ouvre de nouveaux horizons thérapeutiques dans la stimulation cérébrale profonde via une technique de modification génétique des neurones au sein du circuit neuronal impliqué dans cette

phobie spécifique par des impulsions lumineuses pour l'excitation et inhibition de cette population neuronale (pour l'instant cette technique n'est pas encore appliquée chez l'homme) mais des résultats prometteurs chez les rats donnent un grand espoir aux neurosciences humaines, notamment dans l'approche thérapeutique génétique de la dentophobie.

Bibliographie

- psychiatrie clinique, approche bio-psycho-sociale 4e édition Dr PierreLalonde, 2016
- collection : psychopharmacologie clinique de Pierre Schultz
- médecine /science-Inserm 2015

AFF4. Ateliers de formation de la francophonie

Contention et isolement en psychiatrie ♦ Amphi A

• La contention et l'isolement entre pratique, soin et éthique

Asma Souad Mezoued & Mohammed El Amin Bencharif (Blida, Algérie)

Objectifs pédagogiques

- Revenir sur les pratiques d'isolement et de contention d'un point de vue évolution et éthique.
- Décrire les particularités cliniques et culturelle de la pratique Algérienne.
- Comparer cette pratique aux données de la littérature.

Même s'il n'est pas toujours aisé de les aborder, les mesures thérapeutiques d'isolement et de contention sont des pratiques courantes, voire parfois incontournables de la gestion de crise dans les services de psychiatries. Si Pinel a libéré les aliénés de leurs chaînes, il rappelle qu'il est parfois nécessaire d'immobiliser les patients qui présentent un danger. [1]. Dès 1938, le règlement intérieur des hôpitaux psychiatriques français, citait son usage parfois nécessaire [2]. Mais même si la question a été largement abordée, avec des tentatives de codifications [3], le flou reste encore assez présent. La contention au-delà de l'acte thérapeutique pose un problème d'éthique ; Le fait de soumettre l'autre par la force, même si le but reste de le préserver d'un danger imminent, soulève la question de la liberté du patient mais aussi celle de l'omnipotence du thérapeute. Les réactions émotionnelles des deux parts, décrites autour de ces gestes en expriment toute la complexité ; la sécurité et la réassurance, l'angoisse et l'impuissance mais aussi la colère et l'incompétence

L'angle des soignants est largement cité dans la littérature, le ressenti des patients l'est beaucoup moins, probablement du fait du tabou qui entoure la question et de la difficulté d'aborder le sujet rétrospectivement avec le patient. Les particularités culturelles qui vont influencer la relation thérapeutique, ainsi que les lois inhérentes aux sociétés vont offrir une diversité d'appréhensions et de pratiques de l'isolement et de la contention. Dans cette présentation, nous parlerons de notre expérience Algérienne dans un service de placement sous contrainte où la gestion de la dangerosité est une pratique courante. Nous choisissons de l'aborder sous l'angle le moins documenté qui est celui du vécu du patient.

Bibliographie

[1] Fisher WA. Restraint and seclusion: a review of the literature. Am J Psychiatry. 1994 Nov;151(11):1584-91.

[2] Règlement intérieur des hôpitaux psychiatriques français. Ministère de la Santé, 1938.

[3] M.J. Guedj, Ph. Raynaud, A. Braitman, D. Vanderschooten. Pratique de la contention dans un service d'urgences psychiatriques L'Encéphale, 2004 : 32-9.

• Quelle place pour la contention en pratique d'urgence ?

Moulay Ali Amani (Oran, Algérie) & Mohammed El Amin Bencharif (Blida, Algérie)

La contention est un moyen thérapeutique utilisé dans un but de sécurité pour un patient dont le comportement présente un risque grave pour son intégrité ou celle d'autrui. La contention physique est le maintien ou l'immobilisation du patient en ayant recours à la force physique. La contention mécanique est l'utilisation de tous moyens, méthodes, matériels ou vêtements empêchant ou limitant les capacités de mobilisation volontaire de tout ou partie du corps (1).

L'objectif de ce travail est d'évaluer l'utilisation de la contention au niveau du service des urgences psychiatriques du centre hospitalier universitaire d'Oran (Algérie). Ainsi, une étude descriptive rétrospective sur 100 cas d'hospitalisations au niveau de ce service a été réalisée.

Les résultats ont montré que le recours à la contention physique à l'admission a été fait dans 58% des cas (N=58). L'isolement a été utilisé dans 33% des hospitalisations (N=33). La contention mécanique a été utilisée chez 3% des patients hospitalisés (N=3). L'utilisation de la contention mécanique était indiquée pour un état d'agitation résistant au traitement pour le premier cas, un comportement désorganisé avec refus alimentaire pour le deuxième cas et un comportement suicidaire pour le 3e cas.

Ainsi, le recours à la contention est indispensable en pratique d'urgence. Par ailleurs, il existe des schémas différents en matière d'utilisation de l'isolement et de la contention selon les études (2, 3, 4, 5). L'utilisation des différentes méthodes varie de manière significative avec le sexe, l'âge et le diagnostic du patient mais aussi selon les habitudes des soignants (6).

Bibliographie

(1) Isolement et contention en psychiatrie générale. Haute autorité de la santé (HAS). Février 2017.

(2) Thompson P. The use of seclusion in psychiatric hospitals in the Newcastle area. Br J Psychiatry. 1986;149:471-4.

- (3) Needham I, Abderhalden C, Dassen T, Haug HJ, Fischer JE. Coercive procedures and facilities in Swiss Psychiatry. *Swiss Med Wkly.* 2002;132:253–58.
- (4) Kaltiala-Heino R, Korkeila J, Tuohimäki C, Lehtinen V, Juokamaa M. Coercion and restrictions in psychiatric inpatient treatment. *Eur Psychiatry.* 2000;15:213–19. doi: 10.1016/S0924-9338(00)00223-6.
- (5) Ketelsen R, Zechert, Klinitz H, Rauwald C. Entwicklung eines Kooperationsmodells zwischen drei psychiatrischen Kliniken mit dem Ziel der Qualitätssicherung bei Zwangsmaßnahmen am Beispiel der Fixierungsdokumentation. *Psychiat Prax.* 2001;28:69–74. doi: 10.1055/s-2001-11581.
- (6) Wynn R. Medicate, restrain or seclude ? Strategies for dealing with violent and threatening behaviour in a Norwegian university psychiatric hospital. *Scand J Caring Sci.* 2002;16:287–91.

S31 - De l'enfant à l'adolescent : Quel sommeil, quel rythme ? ♦ Salle C9

• Le sommeil à la base du développement chez l'enfant

Madjid Tabti (Chéraga, Algérie)

Objectifs pédagogiques

- Importance du sommeil dans le développement de l'enfant
- Faire connaître les principaux déterminants du sommeil
- Analyse et autopsie du sommeil

Le sommeil représente plus d'un tiers de notre vie. Il est déterminant pour la croissance, la maturation cérébrale, le développement et la préservation de nos capacités cognitives. Il est essentiel pour l'ajustement de nombreuses sécrétions hormonales et pour le maintien de notre température interne. Le sommeil nécessaire à la croissance des enfants et à la maturation de leur système nerveux ; pendant qu'ils dorment, l'hormone de croissance est sécrétée, les informations acquises pendant la journée s'organisent, la mémoire se construit. Les enfants ont donc besoin de bien dormir pour grandir, apprendre, se développer harmonieusement. On sait aujourd'hui que la réduction du temps du sommeil ou l'altération de sa qualité favorise probablement la prise du poids et l'obésité qui constituent aujourd'hui un défi universel pour la lutte contre les maladies émergentes. Enfin, la mise au repos de notre système cardiovasculaire et autres au cours du sommeil est l'un des enjeux de prévention des années à venir. Difficultés à s'endormir, réveils nocturnes ou réveil matinal précoce... Les troubles du sommeil sont fréquents chez l'enfant et constituent une préoccupation majeure des parents. Les troubles du sommeil sont la réalité de bien des enfants et des adolescents. Les sources peuvent être nombreuses et il importe de considérer tant les événements de vie que les causes physiques. Au besoin l'intervention précoce des professionnels dès les premiers mois de vie est capitale pour installer un meilleur sommeil et une meilleure qualité de vie.

Bibliographie

- Claustrat B. Mélatonine et troubles du rythme veille-sommeil. *Médecine Sommeil.* janv 2009;6(1):12-24. 11.
- Petit A, Karila L, Estellat C, Moisan D, Reynaud M, D'Ortho M-P, et al. Les troubles du sommeil dans l'addiction à Internet. *Presse Médicale.* 1 déc 2016;45(12, Part 1):1170-7. 12.
- De Leeftsnnyder, Quoi de neuf dans les troubles du sommeil de l'enfant ? Les résultats d'une enquête menée auprès des mamans, *Pédiatrie Pratique*, n°264 - Janvier 2015.

S32. Session de Neurologie ♦ Salle C8

• Nouveautés dans le traitement de la phase aiguë de l'infarctus cérébral

Halim Abboud (Beyrouth, Liban)

Objectifs pédagogiques

La thrombectomie dans l'infarctus cérébral (sans ou avec le rT-Pa IV) est devenue le nouveau traitement de référence de l'infarctus cérébral.

Le développement des stratégies endovasculaires a révolutionné la prise en charge à la phase aiguë de l'infarctus cérébral avec un effet positif sur le pronostic fonctionnel, également chez les patients les plus âgés. Plusieurs études ont démontré l'efficacité de cette procédure si elle est réalisée dans les 6 heures suivant l'infarctus cérébral, avec pour objectif une revascularisation aussi rapide que possible d'une grosse artère cérébrale. Les données récentes de l'imagerie vont permettre de traiter des AVC au-delà des fenêtres thérapeutiques actuelles.

Bibliographie

- Vidale S, Longoni M, Valvassori L, Agostoni E. Mechanical Thrombectomy in Strokes with Large-Vessel Occlusion Beyond 6 Hours: A Pooled Analysis of Randomized Trials. *J Clin Neurol.* 2018;14(3):407–412. doi:10.3988/jcn.2018.14.3.407
- Nogueira RG, Jadhav AP, Haussen DC, et al. Thrombectomy 6 to 24 Hours after Stroke with a Mismatch between Deficit and Infarct. *N Engl J Med* 2018; 378:11.
- Josephson SA, Kamel H. The Acute Stroke Care Revolution: Enhancing Access to Therapeutic Advances. *JAMA* 2018; 320:1239.

• A quel point la neuromodulation permet-elle de soulager la souffrance des patients atteints de douleurs neuropathiques chroniques et réfractaires ?

Joseph Maaraoui (Beyrouth, Liban)

Objectifs pédagogiques

- Savoir reconnaître les douleurs de type neuropathique réfractaire chronique et la souffrance engendrée
- Sélectionner les patients candidats à des gestes neurochirurgicaux
- Différencier les techniques neurochirurgicales ablatives versus les techniques conservatrices de neuromodulation
- Identifier les résultats attendus et les limites de la neurochirurgie fonctionnelle
- Repérer les patients ayant besoin de suivi psychiatrique
- Savoir quand référer les patients atteints de douleurs chroniques à la neurochirurgie fonctionnelle

Les douleurs chroniques, surtout de type neuropathique par atteinte ou lésion du système nerveux, peuvent devenir réfractaires au traitement médical ou interventionnel dit conservateur, et engendrer ainsi une souffrance chronique. Dans ce cas, une évaluation de type multidisciplinaire, incluant obligatoirement une évaluation psychiatrique, doit être entamée, afin d'effectuer une sélection des patients pouvant être candidats à un geste neurochirurgical. L'objectif de ce dernier sera de soulager la douleur elle-même en tant que maladie et pas la lésion causale qui est le plus souvent non candidate à un traitement curatif dans ce cadre. Ainsi les maladies pouvant être source de douleurs chroniques rebelles nécessitant le recours à un geste neurochirurgical sont par exemple : cancer, paraplégie, atteinte nerveuse périphérique, membre amputé, colonne lombaire multi-opérée, arrachement du plexus brachial, accident vasculaire cérébral, traumatismes et accidents de guerre, névralgie du trijumeau, céphalées rebelles comme l'algie vasculaire de la face... La neurochirurgie de la douleur peut offrir à ces patients plusieurs options thérapeutiques : I- La Neuro-modulation, la plus couramment utilisée de nos jours, comme la stimulation médullaire et cérébrale ; et la pharmacothérapie intra-thécale par l'implantation de pompes qui injectent des substances antalgiques dans le liquide céphalo-rachidien ; II- Les chirurgies neuro-ablatives bien ciblées, moins utilisées que les techniques de neuro-modulation, comme la Drezotomie (section des radicelles véhiculant la douleur au niveau spinal) et la radiofréquence. Le choix de ces techniques neurochirurgicales doit être effectué en fonction de la maladie causale et sa physiopathologie. Les résultats dépendent surtout de la bonne sélection des patients, la maîtrise des techniques mises à disposition, et surtout d'une bonne prise en charge multidisciplinaire. Ainsi, la neurochirurgie fonctionnelle moderne arrive à soulager de façon concrète environ les 2/3 des patients candidats, avec un soulagement de la douleur oscillant entre 50 et 75 % chez un patient donné.

Bibliographie

- Maarrawi J, Mertens P, Sindou M. Neurosurgical management of refractory neuropathic pain. *Pain Reviews* 2002;9:99-117
- Sindou M, Brinzeu A, Maarrawi J. Neurochirurgie de la douleur. *Encyclopédie médico-chirurgicale* 17-700-B-10. Pp 366-379. 2015
- Grodofsky S1. Chronic Pain in Neurosurgery. *Anesthesiol Clin* 2016;34(3):479-95

CP3. Conférence Warot

• **Sciences et Ethique : Les très riches heures de la psychiatrie arabo-musulmane** ♦ Amphi C

Conférencier : Sami-Paul Tawil (Paris)

Objectifs pédagogiques

- L'objectif de cette conférence est illustré par la citation de M. BOUCEBCI qui affirme que "l'un des dangers essentiels, est la référence à une spécificité globalisante niant à court terme le fond d'universalité que suggèrent toutes les cultures".

La civilisation arabo-musulmane a véhiculé l'héritage scientifique et philosophique des pharaons de la Grèce, de Rome et de Byzance tout en s'enrichissant de l'apport hindou, syriaque, persan voire de la lointaine Chine.

Peu de choses sont connues sur l'apport de la psychiatrie arabo-musulmane à l'Occident ou Avicenne a été enseigné à la Faculté de Médecine de Montpellier au XIIe siècle.

Cet auteur est un porte-drapeau d'une équipe de précurseurs (Avenzoar, Rhazès, Maimonide et Averroès...) fondateurs de la clinique psychiatrique arabo-musulmane et de l'édification des premiers hôpitaux psychiatriques et particulièrement les Bimaristans dont s'inspireront les Occidentaux et plus particulièrement Philippe Pinel.

Bibliographie

- S.P.Tawil « 2000 ans de psychiatrie » Editions NHA200
- S.P.Tawil « Droits des malades et responsabilités des médecins » hachette 2005
- S.P.Tawil « Le miroir de Janus » Editions Robert Laffont 2002

Prix de la Commission Jeunes du CPNLF ♦ Amphi C

Jean-Marie Pairin (Paris) :

Utilité des réseaux sociaux pour la diffusion d'information en psychiatrie : l'exemple d'un compte Twitter

Objectifs pédagogiques

- Information et apprentissage de l'utilisation des réseaux sociaux pour la diffusion d'informations autour de la psychiatrie

Twitter est un réseau social important qui permet de connecter les gens à l'actualité, aux contenus et leur permet d'interagir entre eux. J'ai créé il y a sept ans un compte dédié à la psychiatrie qui a pour but de mettre en valeur notre spécialité et de réaliser de la psycho-éducation. Pour rendre un compte Twitter attractif, il est important d'avoir un bon équilibre entre contenus sérieux, ludiques et de développement personnel. Le contenu ludique permet de diffuser certains messages clés via le biais de l'humour, et de rendre le compte attractif. Le contenu sérieux permet d'informer les professionnels et le grand public sur les dernières évolutions en matière de recherche, et permettre la défense de notre profession et du droit des patients. Le contenu de développement personnel permet l'insertion de citations brèves ou de textes. Contenus ludiques et de développement personnels contribuent à l'augmentation du nombre d'abonnés (ou followers). Dans une deuxième partie nous prendrons un ou deux exemples concrets de chaque domaine (sérieux, ludique et de développement personnel) ayant connu une forme de succès à partir de mon compte Twitter @docteurpairinpsy pour concrétiser ce propos. A la fin, quelques messages clés pour développer une plateforme de psycho-éducation interactive de ce type seront évoqués.

Bibliographie

- Milton P. Huang, M.D., and Norman E. Alessi, M.D. The Internet and the Future of Psychiatry (Am J Psychiatry 1996; 153:861-869)

Sophie Cervello (Lyon) :

Etude PAiR, Pair-Aidance en Réhabilitation psychosociale : contextualisation et étude qualitative auprès des professionnels et usagers de quatre centres de réhabilitation psychosociale

La pair-aidance est basée sur l'entraide et le partage d'expériences entre personnes qui souffrent d'une même maladie psychique ou physique. Elle est fondée sur l'acquisition d'un savoir expérientiel par les personnes concernées. Ces personnes dites « rétablies » et formées utilisent leur compétence auprès des usagers des services de santé mentale pour favoriser l'alliance thérapeutique, transmettre l'espoir, lutter contre l'auto-stigmatisation... (1). Leurs missions peuvent être très diverses en fonction des personnes rencontrées et des contextes professionnels. La pair-aidance professionnelle en santé mentale se développe en France depuis quelques années suite au premier programme national expérimental « Médiateurs de santé – pairs » (2). Cette pratique reste cependant peu étudiée dans le contexte français et pas à notre connaissance dans les centres de réhabilitation psychosociale plus spécifiquement. La réhabilitation psychosociale a pour objectif de favoriser le rétablissement personnel des personnes souffrant de troubles psychiques sévères en renforçant leur pouvoir d'agir grâce à différents outils (remédiation cognitive, psychoéducation, entraînement des compétences sociales, accompagnement vers l'emploi, soutien des aidants, pair-aidance...) (3). L'étude PAiR (Pair-Aidance en Réhabilitation psychosociale) a pour objectifs d'explorer et comprendre, par une exploration pluridisciplinaire (médicale, pair-aidant professionnel et anthropologique/sociologique) les bénéfices pour les usagers à rencontrer et à être accompagné par un pair-aidant professionnel lors de leur parcours de réhabilitation psychosociale et de définir les spécificités du métier de pair-aidant professionnel en psychiatrie dans le contexte d'un centre de réhabilitation psychosociale. Il s'agit d'une étude qualitative, exploratoire, descriptive et analytique, multi sites, pluri disciplinaire, à partir de l'analyse d'entretiens semi-directifs de personnes avec un trouble psychique ayant rencontré un pair-aidant lors de leur parcours en réhabilitation et à partir de l'observation ethnographique auprès des pair-aidants professionnels et leurs collègues professionnels de santé mentale.

Bibliographie

- (1) Davidson, L., Bellamy, C., Guy, K., & Miller, R. (2012). Peer support among persons with severe mental illnesses: a review of evidence and experience. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 11(2), 123–128.
- (2) Staedel, B., & Roelandt, J.-L. (2016). *L'expérimentation des médiateurs de santé/pairs: Une révolution intranquille*. (1st ed.). Montrouge: Doin.
- (3) Franck, N. (2018). *Traité de réhabilitation psychosociale*. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson.

Hélène Buchoul (Nantes) :

Etude SMART'AUTISME Evaluation écologique transversale et pluri-hebdomadaire par application Smartphone des symptômes observés chez des enfants avec autisme et de la qualité de vie des parents sur une durée de 6 mois

Si les symptômes des Troubles du Spectre Autistique sont aujourd'hui mieux connus, leur étude se fait le plus souvent de façon transversale, à un instant donné lors d'un entretien ou dans l'anamnèse du patient. Les études longitudinales sur l'évolution des symptômes sont rares et utilisent toujours des mesures répétées, distantes de plusieurs mois. Or « dans la vraie vie », les symptômes peuvent varier au quotidien et avec eux le retentissement sur la qualité de vie du patient et de sa famille. Aujourd'hui,

la numérisation de la médecine est en cours et nous sommes convaincus que les outils numériques feront partie de la santé de demain. Ils devront être interactifs, intuitifs, et inclure l'intelligence artificielle. Nous développons donc conjointement avec l'INSERM une nouvelle application, baptisée SMART'AUTISME. Elle utilise l'évaluation «EMA» Ecological Momentary Assessment (collecte de données dans une situation naturaliste et écologique, directement du patient à l'application). Le but est de pouvoir étudier les symptômes autistiques comportementaux de l'enfant, du point de vue des parents, ainsi que le niveau d'anxiété et le ressenti de ces derniers. Chaque parent doit installer l'application sur son propre smartphone avec un code (unique pour chaque utilisateur), et a la possibilité d'ajouter des questions personnalisées spécifiques sur le comportement de son enfant. Par la suite, avec une intervention «EMI» Ecological Momentary Intervention, l'application fournira en temps réel au parent des réponses et conseils personnalisés via un algorithme basé sur la technologie des réseaux bayésiens.

Une étude a donc été lancée pour évaluer la faisabilité d'une application EMA dans le cadre de la prise en charge des enfants avec autisme. L'intérêt de l'EMA est double, collecter un grand nombre de données longitudinales naturalistes pour mieux connaître l'évolution des troubles, et permettre d'adapter les prises en charge au plus près des besoins de chaque patient.

Bibliographie

- Baghdadli, A., Pry R., Michelon, C. and Rattaz, C. (2014). "Impact of autism in adolescents on parental quality of life." *Qual Life Res* 23(6): 1859-1868
- Torous, J., Friedman, R. and Keshavan, M. (2014). "Smartphone ownership and interest in mobile applications to monitor symptoms of mental health conditions." *JMIR Mhealth Uhealth* 2(1): e2.
- Walz, L. C., M. H. Nauta and M. Aan Het Rot (2014). "Experience sampling and ecological momentary assessment for studying the daily lives of patients with anxiety disorders: a systematic review." *J Anxiety Disord* 28(8): 925-937

Journée CPNLF "Pharmacien"

JP6. Mésusage des opiacés : comment répondre ♦ Salle C2

• La crise des opioïdes : autopsie d'un scandale sanitaire

Luc Zimmer (Lyon)

Objectifs pédagogiques

- Connaitre l'historique de la crise sanitaire des opioïdes aux USA ;
- Identifier les dérives possibles de l'information médicale des laboratoires pharmaceutiques ;
- Comprendre les mécanismes pharmacologiques sous-jacents à l'addiction aux opioïdes ;
- Être sensibilisé au rôle central des professionnels de santé pour éviter et contrer un tel désastre sanitaire.

La mise en place d'un marketing médical agressif, accompagné d'une demande croissante en opioïdes aux États-Unis ont été parmi les éléments-clés de la réussite commerciale d'un médicament antalgique de palier III, l'oxycodone. L'agence étatsunienne du médicament (FDA) a initialement sous-estimé le risque de dépendance de la spécialité commercialisée, sur la base de données pharmacologiques comparant les effets de l'oxycodone à libération immédiate et prolongées. Dans les faits, depuis 2009, les morts liés aux médicaments opioïdes (oxycodone, fentanyl, ...) sont plus nombreuses que celles liées aux accidents de la route. L'agence du médicament a tenté de faire face à ce désastre sanitaire, sans véritable réflexion de fond sur la gestion des médicaments opioïdes, de la prescription initiale à la délivrance et au suivi. Si ce désastre sanitaire de grande ampleur ne concerne encore pour l'instant que les USA, il doit rendre vigilant aux dérives possibles de certains industriels du médicament mais, surtout, il doit rappeler le rôle central et les responsabilités partagées des médecins et des pharmaciens.

Bibliographie

- Dépendance aux médicaments opioïdes aux États-Unis : une énorme épidémie mortelle par surdose. *Revue Prescrire* 2017 ; 37 (406) : 622-629
- Stoicea N, Costa A, Periel L, Uribe A, Weaver T, Bergese SD. Current perspectives on the opioid crisis in the US healthcare system: A comprehensive literature review. *Medicine (Baltimore)*. 2019, 98(20):e15425.
- Wickramatilake S, Zur J, Mulvaney-Day N, Klimo MC, Selmi E, Harwood H. How States are tackling the opioid crisis. *Public Health Rep*, 2017, 132(2): 171-179.

S33 - Psychiatrie transculturelle ♦ Salle B4

• Les enfants de la double culture

Marie-Rose Moro (Paris)

Objectifs pédagogiques

- Comprendre comment les enfants grandissent en situation transculturelle
- Savoir évaluer un bébé, un enfant ou un adolescent qui a plusieurs langues
- Savoir évaluer un bébé, un enfant ou un adolescent de migrants

Dans notre monde contemporain de nombreux enfants possèdent plusieurs langues, parfois plusieurs cultures ou traversent des mondes et des langues. Il existe des enfants qui naissent dans les lieux où on parle plusieurs langues, des enfants qui naissent

de parents qui ont migré, des enfants de couples mixtes, des enfants ou des adolescents qui arrivent dans nos pays en provenance de pays du sud et qui sont seuls, sans parents, des enfants de l'adoption internationale, des adolescents radicalisés et qui embrassent des causes politiques ou religieuses, des enfants qui rentrent de zones de guerres avec ou sans leurs parents, des enfants expatriés... Plein de situations qui requièrent une expertise transculturelle où le clinicien doit apprendre à reconnaître ce que vivent ces enfants, comment ils grandissent et construisent leur identité en situation transculturelle et la nécessité d'adapter nos outils à cette situation qui suppose qu'on sache contextualiser notre position, nos outils et nos manières de faire aussi bien avec les bébés, les enfants, les adolescents qu'avec leurs parents. Nous montrerons comment il faut prendre en compte aussi bien l'axe filiation que celui des affiliations (appartenances) et comment il faut les aider à maîtriser le risque transculturel. Nous analyserons en particulier un nouveau test de langage pour les enfants allophones, l'Elal d'Avicenne (www.Transculturel.eu).

Bibliographie

- Moro MR. Aimer ses enfants ici et ailleurs. Histoires transculturelles. Paris : Odile Jacob ; 2007.
- Moro MR. Nos enfants demain. Pour une société multiculturelle. Paris : Odile Jacob ; 2010.
- Moro MR, Les enfants de l'immigration. Une chance pour l'école. Paris, Bayard, 2012.

S34 - L'actualité sur le viol et les agressions sexuelles ♦ Amphi B

• Audition publique : Un an après

Mathieu Lacambre (Montpellier)

Objectifs pédagogiques

- connaître les référentiels d'évaluation diagnostic des auteurs de violences sexuelles
- savoir prescrire un traitement adapté à une personne souffrant de paraphilie
- maîtriser les dispositifs médico-judiciaires de prise en charge

La prise en charge des auteurs de violences sexuelles repose principalement en France sur le dispositif de l'injonction de soins, mesure créée par la loi du 17 juin 1998. Vingt ans après la promulgation de cette loi, la Fédération Française des Centres Ressource pour les Intervenants auprès d'Auteurs de Violences Sexuelles (FFCRIA VS) s'est portée promoteur d'une Audition Publique sur le thème "Auteurs de Violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge". Organisée avec l'accompagnement méthodologique de la Haute Autorité de Santé (HAS), L'audition Publique s'est tenue au Ministère de la Santé et des Solidarités les 14 et 15 juin 2018. Ce travail collectif a réuni 15 associations et personnes publiques concernées par le champ. Sur la base des rapports d'experts et de leur audition, il a abouti à la rédaction par la Commission d'Audition d'un rapport de synthèse contenant 35 propositions de nature à renforcer la lutte contre les violences sexuelles.

Outre l'accent mis sur les nouvelles technologies et le renforcement des dispositifs existants associé au développement de la formation des professionnels, la commission d'audition a insisté sur le dépistage des comportements sexuels problématiques chez le mineur, en particulier âgé de moins de 12 ans, un ré équilibrage entre les approches sexologique et criminologique et la mise en place d'un numéro d'appel unique national pour toutes les personnes attirées sexuellement par des enfants. Par ailleurs, l'audition publique a permis d'identifier des besoins spécifiques : la nécessaire labellisation des médecins coordonnateurs et des experts psychiatres, la mise à jour des indications des traitement freinateur de libido et une actualisation des référentiels de bonne pratique concernant le secret professionnel.

Alors que la prise de conscience sociétale poursuit son chemin, un an après l'Audition Publique du 17 juin 2018, nous proposons une mise à jour complète sur les auteurs de violences sexuelles.

Bibliographie

1. Conférence de consensus "Psychopathologie et traitements actuels des auteurs d'agression sexuelle", 22 et 23 novembre 2001. Paris: John Libbey Eurotext; 2002.
2. Delarue JM. et al. Rapport de la Commission d'audition du 17 juin 2018. Paris : Audition Publique, 14-15 juin 2018, Auteurs de Violences Sexuelles : Prévention, évaluation, prise en charge. Les Presses Littéraires, 2019.
3. Langlade A., Vanier C., Biamba LP. Etat des lieux d'un dispositif de soins pénalement ordonnés : l'injonction de soins. Grand Angle, n°49, novembre 2018, ONDRP-INHESJ, 34 p.

• Prévalence et impact des agressions sexuelles auprès de la population requérante d'asile : revue de la littérature et illustration clinique

Rachel Baeriswyl-Cottin, Javier Bartolomei, Natacha Premand (Genève, Suisse)

Objectifs pédagogiques

- acquérir des connaissances sur les données actuelles concernant la prévalence des agressions sexuelles auprès de la population requérante d'asile
- acquérir des connaissances sur les différents signes d'appels cliniques pouvant résulter de ce type d'événement traumatique, à court ou moyen terme
- acquérir des connaissances sur la prise en soin des personnes requérantes d'asile victimes de ce type d'agression

Les agressions sexuelles représentent une problématique majeure de santé mentale publique, ayant des conséquences dramatiques sur leurs victimes, aussi bien au niveau physique, psychique que socio-économique. Elles peuvent concerner

toutes les cultures, tous les niveaux socio-économiques, tous les âges et tous les genres. Néanmoins, elles trouvent un écho tout particulier auprès de la population requérante d'asile, particulièrement exposée à ce type d'événements tout au long de son parcours migratoire : utilisées comme arme de guerre, pouvant prendre la forme de différentes formes d'exploitation sexuelle, elles sont associées à un taux élevé de syndromes de stress post-traumatique, de troubles dépressifs et de conduites suicidaires. Même si les apports de la littérature demeurent épars et insuffisants du fait de manque de données qualitatives et quantitatives comparables, différents travaux font état d'une prévalence préoccupante de ce type d'événements, souvent sous-diagnostiqués dans les pays occidentaux. Plusieurs facteurs expliquent cette sous-évaluation diagnostique, pouvant aussi bien concerner la victime elle-même (mécanismes de défenses intra-psychiques, barrières culturelles, craintes de conséquences négatives sur la demande d'asile en cours) que les dispositifs de soins qui vont l'accueillir (accessibilité aux soins, prise en compte des facteurs transculturels, prise en compte du risque de survenue de l'événement en fonction du trajet migratoire et du statut du patient). A travers une revue de la littérature et une illustration clinique correspondant à notre pratique dans un centre ambulatoire psychiatrique spécialisé à Genève, nous étudierons les éléments anamnestiques et cliniques pouvant évoquer ce type de problématique tout en introduisant une réflexion sur les caractéristiques de leur prise en charge.

Bibliographie

- De Schrijver, L., Vander Beken, T., Krahé, B., & Keygnaert, I. (2018). Prevalence of sexual violence in migrants, applicants for international protection, and refugees in Europe: a critical interpretive synthesis of the evidence. *International journal of environmental research and public health*, 15(9), 1979.
- Keygnaert, I., Vettenburg, N., & Temmerman, M. (2012). Hidden violence is silent rape: sexual and gender-based violence in refugees, asylum seekers and undocumented migrants in Belgium and the Netherlands. *Culture, health & sexuality*, 14(5), 505-520.
- Bastin P., Eytan A., Bartolomei J. Entre asile et renvoi : la femme qui ne tenait plus debout. *Psychothérapies*, 2016, 36 (3) : 173-178.

S35 - Le Trouble Déficitaire de l'Attention avec Hyperactivité (TDAH) de l'enfance à l'âge adulte ♦ Amphi A

• Les traitements médicamenteux dans le Trouble Déficitaire de l'Attention avec Hyperactivité (TDAH)

Cédric Galera (Bordeaux)

Objectifs pédagogiques

- Connaître les caractéristiques et indications des principales molécules utilisées dans le TDAH
- Savoir prescrire le méthylphénidate

Les traitements psychostimulants et non psychostimulants font partie des interventions pharmacologiques spécifiques du TDAH, à côté des interventions non médicamenteuses. Selon les pays et les recommandations, ils représentent une intervention de 2ème (e.g. France) ou 1ère intention (e.g. Royaume Uni). Connaître les principales molécules indiquées dans le TDAH est indispensable aux cliniciens devant prendre en charge les enfants, adolescents et les adultes présentant un TDAH. Dans notre exposé nous présenterons les principales molécules utilisables dans le trouble en particulier le Méthylphénidate, l'Atomoxétine, et la Guanfacine. Les indications, les différentes modalités de prescription, la surveillance, les effets secondaires, ainsi que les bilans préthérapeutiques et les examens de suivi préconisés seront abordés. Différentes stratégies d'ajustement thérapeutique seront considérées notamment dans les situations de comorbidité psychiatrique qui sont fréquentes dans le TDAH.

Bibliographie

- CADDRA - Canadian ADHD Ressource Alliance : Lignes directrices canadiennes pour le TDAH, quatrième édition, Toronto (Ontario); CADDRA 2018.
- National Institute for Clinical Excellence. Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management | Guidance and guidelines | NICE [Internet]. 2018. Disponible sur :www.nice.org.uk/guidance/ng87/chapter/Recommendations#medication

• La comorbidité entre le Trouble Déficitaire de l'Attention avec Hyperactivité (TDAH) et l'Autisme

Eric Acquaviva (Paris)

Objectifs pédagogiques

- Exposé des liens entre TSA et TDA/H sur le plan clinique, neurobiologique et génétique
- Exposé de l'expression clinique, du pronostic et des approches thérapeutiques spécifiques à la comorbidité TSA-TDA/H

C'est avec la publication de la 5ème version du DSM en Mai 2013 qu'est officiellement reconnue la comorbidité entre le Trouble du Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité (TDA/H) et les Troubles du Spectre de l'Autisme (TSA). Le DSM IV rendait en effet difficile le diagnostic concomitant. Or, il existe un fort recouvrement sémiologique, neuropsychologique et génétique entre ces deux troubles. Ainsi, 30 à 80% des patients souffrant de TSA ont les critères diagnostiques de TDA/H et chez 20 à 50% des patients souffrant de TDA/H sont retrouvés les critères diagnostiques de TSA. Ces observations posent la question du lien entre TDA/H et TSA :

Le TDA/H ne serait-il qu'une forme mineure de TSA ? TSA et TDA/H seraient-ils les variants phénotypiques d'un seul et même trouble neuro-développemental ? Enfin, ne s'agirait-il pas tout simplement de deux troubles développementaux distincts dont les expressions cliniques se rapprocheraient ?

Quoiqu'il en soit, lorsque TDA/H et TSA sont associés, il existe des spécificités de l'expression clinique, des trajectoires développementales et du pronostic. Ainsi, ce sont des patients qui souffrent plus fréquemment d'autres troubles psychiatriques, ont une moins bonne qualité de vie, un moins bon fonctionnement adaptatif et dont l'expression clinique est plus persistante dans le temps.

Les modalités de prise en charge des patients comorbides peuvent associer des approches psychoéducatives, psychothérapeutiques et médicamenteuses spécifiques.

Bibliographie

- Antshel KM, Russo N. Autism Spectrum Disorders and ADHD: Overlapping Phenomenology, Diagnostic Issues, and Treatment Considerations. *Curr Psychiatry Rep.* 2019 Mar 22;21(5):34
- Van der Meer JM, Oerlemans AM, van Steijn DJ, Lappenschaar MG, de Sonnevile LM, Buitelaar JK, Rommelse NN. Are autism spectrum disorder and attention-deficit/hyperactivity disorder different manifestations of one overarching disorder? Cognitive and symptom evidence from a clinical and population-based sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2012 Nov;51(11):1160-1172
- Yerys BE, Bertollo JR, Pandey J, Guy L, Schultz RT. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Symptoms Are Associated With Lower Adaptive Behavior Skills in Children With Autism. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2019 May;58(5):525-533

S36 - Santé mentale, orientation sexuelle et genre ♦ Salle C8

Présidents : Richard Montoro (Montréal, Québec), & Agnès Gras-Vincendon (Strasbourg)

• L'enjeu d'exister : la sexualité au Liban

Pascale Kolakez (Beyrouth, Liban)

Objectifs pédagogiques

- Souligner les taux élevés de détresse psychologique chez les personnes de minorités sexuelles (LGBQ).
- Comprendre ces indices de détresse en se basant sur le modèle du stress minoritaire de Meyer.
- Partager l'expérience des personnes LGBTQ libanaises et réfugiées (palestiniennes, syriennes, iraqiennes) vivant au Liban.

Plusieurs études mettent en évidence des taux élevés de détresse psychologique tels que des symptômes dépressifs, de l'anxiété, des idéations suicidaires, etc. chez les personnes de minorités sexuelles. Des méta-analyses signalent des disparités statistiquement significatives pour ces personnes par rapport aux individus hétérosexuels. Le modèle du stress minoritaire de Meyer nous aide à comprendre cette détresse psychologique due à une forme de stress chronique ayant pour source les préjugés et la discrimination basés sur l'orientation sexuelle.

Dans un pays où le combat pour les droits de l'homme reste quotidien et dont les lois incriminent jusqu'à ce jour les relations non-hétéro-normatives, la vie des personnes de minorités sexuelles reste précaire. Ces personnes font souvent face à l'exclusion sociale, la discrimination et la violence. Les réfugiés de minorités sexuelles ayant échappé une zone de conflit trouvent rarement la sécurité qu'ils recherchaient en s'enfuyant de leur pays et peuvent se trouver dans des positions particulières de vulnérabilité.

Les barrières pour accéder aux services de santé et de santé mentale sont nombreuses. Parmi ces barrières, nous retrouvons le manque d'information, la stigmatisation et la discrimination de la part des professionnels de la santé et de la santé mentale dont certains considèrent toujours l'homosexualité comme un trouble mental et qui utilisent les thérapies de conversion pour " guérir" l'homosexualité.

Bibliographie

- Meyer, I.H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence. *Psychol Bull;* 129(5):674-97.
- Myrntinen, H. and Daigle, M. (2017, February). When merely existing is a risk. Sexual and gender minorities in conflict, displacement and peacebuilding. *International Alert*. Retrieved from https://www.international-alert.org/sites/default/files/Gender_SexualGenderMinorities_2017.pdf
- Plöderl, M. Tremblay, P. (2015). Mental health of sexual minorities. A systematic review. *International Review of Psychiatry,* 27(5) :367–385

• Accompagnement des parents et des familles dans le cadre d'une trajectoire de transition d'adolescent.

L'expérience d'un Groupe Parents

François Medjkane (Lille)

Objectifs pédagogiques

- Circonscrire les conditions de mises en place et les effets attendus de la mise en place d'un groupe d'auto-support à destination des parents d'adolescents accompagnés dans le cadre d'une trajectoire de transition.

L'accompagnement des personnes transidentitaires dans leurs trajectoires de transition, et, le cas échéant dans leur parcours de soins entendus comme supports à leur trajectoire personnelle fait l'objet aujourd'hui de nombreuses discussions dans le cadre de leurs mises en place sur le territoire français (1).

Alors que les standards de soins proposés par la World Professional Association of Transgender Health (2) et que l'ensemble des reports d'expérience des équipes engagées dans l'accompagnement des adolescents transidentitaires soulignent l'importance de pouvoir organiser un accompagnement individuel et familial, les données actuelles dans la littérature ne permettent pas encore aujourd'hui de pouvoir définir des modalités de prises en charge consensuelles (3)

A partir de la question de l'accompagnement à la transition sociale en termes d'accueil du vécu transidentitaire et d'un travail portant sur les aspects d'affirmation de soi tant vis-à-vis de soi-même que des autres, notre expérience dans le cadre du Dispositif Transidentité(s) a été de pouvoir proposer et mettre en place un groupe de travail à destination des parents des adolescent(e)s suivis et accompagnés dans le cadre de leur parcours de transition. Nous exposerons les différents facteurs qui nous ont conduit à proposer cet espace d'accompagnement, les modalités de leur mise en place ainsi que les effets observés tant auprès des parents que des adolescents pris en charge.

Bibliographie

1. Zeggar H. Evaluation des conditions de prise en charge médicale et sociale des personnes trans et du transsexualisme. Paris: Inspection Générale des Affaires Sociales; 2011. 197 p.

2. Meyer WJ. World Professional Association for Transgender Health's Standards of Care Requirements of Hormone Therapy for Adults with Gender Identity Disorder. Int J Transgenderism. 20 juill 2009;11(2):127-32.

3. Dierckx M, Motmans J, Mortelmans D, T'sjoen G. Families in transition: A literature review. Int Rev Psychiatry. 2 janv 2016;28(1):36-43.

• Pourquoi et comment accueillir en pédopsychiatrie les adolescents avec dysphorie de genre ?

Agnès Gras-Vincendon (Strasbourg)

Objectifs pédagogiques

- Savoir prendre en charge en pédopsychiatrie les adolescents avec dysphorie de genre

La dysphorie de genre, telle que décrite dans le DSM5, est un motif de plus en plus fréquent de consultation dans les services de pédopsychiatrie. Ces adolescents sont amenés par leurs parents soit pour ce motif, soit pour des troubles associés tels que des troubles anxio-dépressifs, du comportement alimentaire, des idées suicidaires, une auto-agressivité ou une phobie scolaire. Il y a parfois des comorbidités telles que des Troubles du Spectre de l'Autisme, des Troubles Obsessionnels Compulsifs ou des Troubles de l'Attention/Hyperactivité. Le rôle du pédopsychiatre est d'évaluer la situation clinique, de confirmer le diagnostic puis d'accompagner l'adolescent dans son développement psychoaffectif, de faciliter son insertion sociale et scolaire et de réduire la souffrance psychique. L'accompagnement de l'entourage (parents, fratrie, famille au sens large) est essentielle pour aider l'adolescent à retrouver sa place avec son "nouveau" genre.

Nous avons créé à Strasbourg en 2016 une consultation dédiée au sein du Centre Médico-Psychologique pour Adolescents du Service de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent des Hôpitaux Universitaire de Strasbourg et avons reçu à ce jour une vingtaine d'adolescents. Nous avons également créé un groupe de paroles pour les parents.

Nous avons organisé depuis 2018 des Réunions de Concertation Pluridisciplinaires qui réunissent différents professionnels, hospitaliers et libéraux, qui reçoivent ces patients. Ces réunions permettent d'échanger des informations et de confronter les points de vue sur ces situations cliniques parfois complexes. Lors de ces réunions trimestrielles se font les confirmations d'éligibilité aux demandes de traitement hormonal et chirurgical de réassignation. Nous contribuons également à la formation des professionnels de santé et des futurs psychiatres car la dysphorie de genre semble augmenter dans une société occidentale où la "révolution du genre" en en cours.

Bibliographie

• Condat A, Bekhaled F, Mendes N, Lagrange C, Mathivon L, Cohen D. La dysphorie de genre chez l'enfant et l'adolescent : histoire française et vignettes cliniques. Neuropsychiatr Enfance Adolesc 2016 ; 64, 7-15

• Chartre du programme de soins de la Société Française d'Etudes et de prise en Charge de la Transidentité 2015 ; <http://sofact.fr/presentation/chartre.html>

• Thérapie de groupe pour parents de trans adolescents et jeunes adultes

Marjorie Rabiau, Maude Desrochers, Mayte Parada, Richard Montoro (Montréal, Québec)

Objectifs pédagogiques

À la fin de la présentation, le participant sera en mesure de :

- Décrire les enjeux de santé mentale de la population trans adolescente
- Décrire les enjeux familiaux de la population trans adolescente
- Décrire une intervention de groupe pour parents de jeunes trans

La population trans est en expansion, avec une prévalence à l'adolescence d'environ 1%. Ces jeunes trans sont à risque élevé de plusieurs problématiques de santé mentale, non moins les tentatives de suicide (RC : 5,0). Plusieurs études semblent indiquer que les familles plus soutenantes ont une réduction importante de psychopathologie chez leurs enfants trans quand ils sont comparés aux familles les moins soutenantes. Donc les interventions familiales sont de mise. La présentation décrira un projet pilote d'une intervention hebdomadaire de 6 rencontres avec un groupe de parents de jeunes

trans. Le groupe était facilité par des thérapeutes conjugaux et familiaux, et adressait les dynamiques conjugales et familiales. L'objectif du groupe était d'aider les familles à développer un modèle de soins affirmatifs pour leurs enfants en leur offrant un espace pour apprendre et déconstruire les présomptions sur le genre. Le groupe inclut de la psychoéducation, ainsi que des discussions de comment adresser des différences d'opinions entre parents, l'inclusion de la fratrie et de la famille étendue, et négociations avec le réseau sociale plus large. La lentille thérapeutique pour le groupe était surtout systémique avec la famille comme construction de base, ainsi que le contexte socio-écologique. La philosophie du groupe était collaborative et participative pour que les participants se sentent le plus impliqués possible dans le processus. La présentation inclura les leçons apprises et les obstacles rencontrés dans ce projet pilote.

Bibliographie

- Malpas, J. (2011). Between pink and blue: A multi dimensional family approach to gender nonconforming children and their families. *Family Process*, 50(4), 453-470.
- Dierck, M., Motmans, J., Mortelmans, D., & T'sjoen, G. (2016). Families in transition: A literature review. *International Review of Psychiatry*, 28(1), 36-43.
- Smidova, E. (2016) Group therapy program for families with transgender member: Propelling Gender Differentiation. *Psychology Research*. 6(12), 735-747.

S37 - Remédiation cognitive ♦ Salle C3

• Jamais sans ma famille !

Dominique Willard (Paris)

Objectifs pédagogiques

- Intérêt de l'intervention auprès des familles
- La psychoéducation familiale, qu'est ce que c'est ?
- Programme de psychoéducation Profamille

Une des pathologies importantes que prend en charge la psychiatrie publique est la schizophrénie qui occupe environ un tiers des lits et qui a un impact économique et sociétal significatif, avec des prises en charges qui sont loin d'être optimales. Une littérature scientifique abondante a montré que la psychoéducation des familles est une intervention très efficace dans la schizophrénie qu'elle réduit d'un facteur 2 le nombre de ré-hospitalisations, soit autant que le traitement médicamenteux, la conjugaison des deux approches la réduisant d'un facteur 4.

En France depuis les années 2000 le retard en termes de psychoéducation des familles a commencé à être rattrapé avec le programme Profamille, qui est offert sur le territoire national par une soixantaine d'équipes. Il s'agit d'un programme qui a été co-construit par des familles militantes et des professionnels de santé mentale militants. Profamille est le seul programme psychoéducatif qui pratique une évaluation continue et systématique de ses résultats sur des critères représentant des enjeux fondamentaux de santé publique.

Un des objectifs du programme Profamille est de redévelopper chez les participants une capacité et une motivation à agir dans plusieurs domaines : par rapport à leur proche, par rapport à leur propre confort et leur vie personnelle, par rapport à la société. Plus de la moitié des participants au programme Profamille ont des troubles dépressifs qui atteignent un niveau clinique prédisant une mortalité doublée et une détérioration des fonctions cognitives. Le programme montre une efficacité sur l'amélioration de l'humeur des familles, sur la réduction du nombre de jours d'hospitalisation du malade et du nombre de jours d'arrêt de travail des familles. Moins la psychiatrie a de moyens, plus les familles prennent le relais par défaut. Plus les familles prennent le relais, plus il est urgent de les former avec des programmes efficaces

Bibliographie

- Hodé Y, Krychowski R, Beck N, Vonthron R, et al. Effet d'un programme psychoéducatif sur l'humeur des familles des malades souffrant de schizophrénie. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*. 2008; 18 (3): 104-107
- Valladier E., Willard D., Romo L., Hodé Y., Morvan Y. La dépression chez les proches de patients souffrant de schizophrénie : effets longitudinaux sur 8 mois du programme ProFamille. *Encéphale*. 2018; 44(2):128-133.
- Pharoah F , Mari J , Rathbone J , et al; Family intervention for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* 2010; 12:CD000088

• Adaptation à l'enfant de la CRT : l'expérience tunisienne

Asma Bouden (Manouba, Tunisie)

Objectifs pédagogiques

1. Souligner l'intérêt de la CRT et ses bénéfices dans la prise en charge des dysfonctionnements cognitifs dans la pathologie psychiatrique.
2. Expliquer l'intérêt de l'adaptation de l'outil à l'enfant et ses portées thérapeutiques.
3. Montrer les travaux de validation de cet outils dans le trouble déficit de l'attention/hyperactivité, le trouble du spectre de l'autisme et les troubles spécifiques des apprentissages.

La thérapie par remédiation cognitive est une méthode papier-crayon utilisée pour la première fois en psychiatrie afin

d'améliorer les fonctions cognitives de patients adultes souffrant de schizophrénie. Son champs d'indication s'est étendu à l'enfant depuis une dizaine d'années à partir de la réflexion d'un groupe de chercheurs tunisiens (équipe du Pr. A. Bouden, Service de Pédiopsychiatrie de l'Hôpital Razi) qui a adapté l'outil à cette population et validé son efficacité dans de nombreuses populations cliniques : le Trouble Déficit de l'Attention/Hyperactivité (Hamza et al, 2018), le Trouble du spectre de l'autisme (Hajri et al, 2017) et le Trouble spécifique des apprentissages (Boumedi et al, 2019). Cette technique avait pour objectif d'améliorer chez ces patients, les fonctions neuro-cognitives défaillantes dans le domaine de la mémoire, l'attention, la flexibilité et la planification.

A l'origine, la CRT (Cognitive Remediation Therapy) a été créée par Delahunty et Morice en 1993 pour prendre en charge les séquelles cognitives des patients cérébro-lésés. Puis en 2002, Wykes et Reeder ont développé et validé l'outil pour des patients schizophrènes. A partir de 2008 et après la parution de la version française (Franck, Amado et al), la technique a été largement diffusée en France dans de nombreuses indications.

Cette thérapie constitue un gold standard pour les raisons suivantes :

- Elle offre à l'enfant un étayage suffisamment bon pour le guider progressivement vers l'autonomie, l'individuation, l'adaptation et la réhabilitation psycho-sociale.
- Elle s'adapte à ses besoins à travers une prise en charge personnalisée de ses déficits, évalués au préalable par un bilan neuropsychologique.
- Elle permet un transfert à la vie quotidienne (familiale, scolaire et ludique) de tous les acquis obtenus au terme des séances. Cette capacité de généralisation est garante de l'amélioration du fonctionnement du sujet.
- Elle permet des résultats rapides et notables car son efficacité repose sur le phénomène de la plasticité cérébrale, particulièrement opérant chez l'enfant.
- Elle est accessible à tous les professionnels de la santé mentale de l'enfant : médecins, psychologues, infirmiers, éducateurs spécialisés, orthophonistes, ergothérapeutes, psychomotriciens, etc.

Bibliographie

- Place of cognitive remediation therapy in the management of autism spectrum disorder. M. Hajri, Z. Abbes, H. BenYahia, A. Mrabet, M. Hamza, A. Bouden, I. Amado. *Revue: International Journal of Psychosocial Rehabilitation* 2017; 21:55-66
- The Cognitive Remediation Therapy Program among Children with ADHD: Tunisian experience ; M. Hamza, Z. Abbes, H. Ben Yahia, R. Fakhfakh, I. Amado, A. Bouden ; *La Tunisie Médicale*-2018; vol 96 (n°01): 30-35
- Remédiation cognitive et fonctionnement scolaire chez les enfants avec trouble du spectre autistique
Cognitive remediation therapy and school functioning in children with autism spectrum disorder ; Hajri M, Abbes Z, Ben Yahia H, Boudali M, Bouden A, Mrabet A, Amado I ; *Revue : Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence* 2019; 19-24

• Dimension culturelle de l'évaluation neuropsychologique

Pierre Abdel Ahad (Paris)

Objectifs pédagogiques

- Comprendre les facteurs socioculturels pouvant influencer l'évaluation neuropsychologique.
- Connaître les recommandations méthodologiques pour l'élaboration ou l'adaptation de tests neuropsychologiques tenant compte de la dimension culturelle.

L'évaluation neuropsychologique permet d'évaluer finement le fonctionnement cognitif, comportemental, émotionnel et social afin d'aider au diagnostic, de proposer une prise en charge adaptée et d'évaluer l'évolution d'une maladie et l'efficacité d'un traitement proposé à travers des évaluations répétées. A moins de se contenter d'une appréciation clinique qualitative, cette évaluation nécessite des outils de qualité, fiables, précis, valides et standardisés, ayant des caractéristiques psychométriques solides, sensibles à la dimension linguistique et socio-culturelle du patient et administrés par des spécialistes formés. Le développement et l'implantation de la neuropsychologie vont de pair avec l'élaboration ou l'adaptation de tests pour des groupes socio-culturels bien définis, partageant des facteurs démographiques similaires. Cette tâche devient encore plus complexe lorsqu'il existe des disparités importantes entre les différents sous-groupes d'une société, tant linguistiques, économiques, éducatives que culturelles, invitant à multiplier les normes de référence et soulevant de ce fait – quant à la mesure des capacités cognitives et des normes établies – des questions éthiques, anthropologiques, voire politiques. Quels sont les facteurs qui sous-tendent la disparité des scores entre différents groupes socio-culturels ? Quelle serait la méthodologie à suivre afin de créer ou d'adapter un test neuropsychologique pour que l'évaluation soit sensible à la dimension culturelle du patient ? Quelles sont les limites de l'évaluation neuropsychologique lorsque des tests sont utilisés sans tenir compte des caractéristiques de l'échantillon ayant permis l'élaboration des normes de référence ? Nous tenterons de répondre à ces questions à la lumière des recommandations et des standards des sociétés savantes et des données de la littérature, en soulignant la complexité de la tâche et la nécessité d'une collaboration entre neuropsychologues, médecins, psychométriciens, linguistes, épidémiologistes, voire sociologues et anthropologues.

Bibliographie

- Pedraza, O., & Mungas, D. (2008). Measurement in cross-cultural neuropsychology. *Neuropsychology review*, 18(3), 184-193.
- Troadec, B., & Bellaj, T. (2011). *Psychologies et cultures*. Editions L'Harmattan.
- Uzzell, B. P., Ponton, M., & Ardila, A. (2007). The impact of culture on neuropsychological test performance. In *International handbook of cross-cultural neuropsychology* (pp. 33-54). Psychology Press.

S38 - Actualités neuroscientifiques et thérapeutiques dans les troubles bipolaires ♦ Salle C9

• Nouvelle place du lithium dans le traitement des troubles bipolaires

Marc Masson (Garches)

Objectifs pédagogiques

- Préciser le nouveau positionnement du lithium dans les recommandations actuelles (ISBD, CANMAT 2018)
- Préciser les situations de la surveillance rénale, de la grossesse sous lithium et de la prescription chez le sujet de plus de 65 ans.

Si le lithium est resté le traitement de référence dans les troubles bipolaires, sa prescription avait connu un déclin durant les trois dernières décennies. Depuis quelques années, à la lumière de l'élévation du niveau de preuves de son efficacité (dans la prévention des rechutes et dans celle du risque suicidaire) et de l'éclaircissement de ses mécanismes d'action grâce aux avancées neuroscientifiques, le lithium retrouve dans les récentes recommandations internationales (Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments and International Society of Bipolar Disorder 2018) une juste place. Celle-ci sera présentée et discutée dans cette communication. L'accent sera mis sur trois situations particulières qui ont pu freiner sa prescription : la conduite du traitement par le lithium en cas de grossesse, la gestion de survenue de l'insuffisance rénale et l'introduction du lithium chez le sujet de plus de 65 ans.

Bibliographie

- MALHI Gin, BELLIVIER Frank, MASSON Marc (eds). The Science and Practice of Lithium Therapy. Springer publishing, 2017.
- CANMAT and ISBD 2018 guidelines for the management of patients with bipolar disorder. Bipolar disorders 2018 ; 20 : 97-170.

• De l'humeur aux émotions : pour une meilleure compréhension de la physiopathologie des troubles bipolaires

Chantal Henry (Paris)

Objectifs pédagogiques

- Comprendre l'intérêt de l'approche dimensionnelle pour les cliniciens. Proposer une nouvelle lecture des perturbations émotionnelles dans les troubles bipolaires

Du fait des limites des systèmes de classification actuels pour définir les troubles psychiatriques et comprendre leur physiopathologie, un nouveau domaine de recherches propose de revisiter la nosographie à partir d'une approche dimensionnelle. Cette approche consiste à regrouper des symptômes en dimensions ou domaines qui sont des comportements simples, quantifiables, pouvant aller de caractéristiques non pathologiques à des perturbations majeures au cours des troubles psychiatriques. L'un des domaines les plus affectés dans le trouble bipolaire (TB) est le traitement des processus émotionnel, qui est sous-tendu par un circuit cortico-limbique impliquant l'amygdale. Une émotion est une réponse brève, caractérisée par un arousal physiologique, déclenchée par des stimuli (externes via nos perceptions sensorielles ou internes) afin de conduire à un comportement adapté. La perception de ces stimuli (plaisant ou déplaisant) ainsi que leur intensité influenceront directement les réponses émotionnelles. Nous présenterons une synthèse de travaux et un modèle montrant l'intérêt d'étudier les réponses émotionnelles et non l'humeur pour mieux prendre en charge et mieux comprendre la physiopathologie des troubles bipolaires.

Bibliographie

- 1- Malhi GS, Irwin L, Hamilton A, Morris G, Boyce P, Mulder R, Porter RJ. Modelling mood disorders: An ACE solution? Bipolar Disord. 2018 Nov;20 Suppl 2:4-16. doi: 10.1111/bdi.12700. Review
- 2- Henry C. Can a dimensional approach be useful in clinical practice? Bipolar Disorders, in press
- 3- Dargél AA, Volant S, Saha S, Etain B, Grant R, Azorin JM, Gard S, Bellivier F, Bougerol T, Kahn JP, Roux P, Aubin V, Courtet P, Leboyer M; FACE-BD collaborators, Scott J, Henry C. Activation Levels, Cardiovascular Risk, and Functional Impairment in Remitted Bipolar Patients: Clinical Relevance of a Dimensional Approach. Psychother Psychosom. 2019;88(1):45-47. doi: 10.1159/000493690. Epub 2018 Oct 11

• La souffrance désarmée, le récit d'une guérison

Yara Chamoun & Myriam Zarzour (Beyrouth, Liban)

Objectifs pédagogiques

- Présenter le vécu et de la perspective d'une patiente souffrant d'un trouble bipolaire
- Sensibiliser à la souffrance des patients présentant un trouble bipolaire
- Comprendre le processus d'acceptation de la maladie

« Guérir, ce n'est pas ne plus être malade, c'est être dans la Vie, être vivant jusqu'à l'incandescence de la fragilité ». À partir de l'expérience d'une maladie psychique, la bipolarité, Véronique Dufief dans son livre "La Souffrance Désarmée" propose une réflexion concrète sur le chemin intérieur que permet de faire l'épreuve décapante, mais aussi régénératrice, de la souffrance. Une joie libératrice communicative ressort de ce témoignage qui manifeste, avec une force qui transperce les mots, la réalité d'une présence vivifiante.

Véronique Dufief se bat en effet depuis vingt-cinq ans avec le trouble bipolaire. Cette maladie lui a fait connaître l'hospitalisation longue, les traitements chimiques et surtout le sentiment d'être « psychologiquement brisée en mille morceaux ».

Au fil de son témoignage au quotidien, Véronique Dufief nous livre comment elle est arrivée à sortir de cette souffrance par un regard porté vers la spiritualité... sortir de la maladie et non pas en guérir, mais se diriger vers une confiance en la vie. Ce livre à l'écriture fluide permet aux lecteurs de mieux comprendre cette maladie et apporte un immense espoir à ceux ou à celles qui en souffrent, ainsi qu'à leur entourage.

Bibliographie

• La Souffrance Désarmée. Véronique Dufief ; Édition Salvator, 2013

S39 - Le syndrome du décalage horaire (*jetlag*) : comment mettre les pendules à l'heure ? ♦ Salle C9

• Décalage horaire – recalage lumière : comment remettre l'heure interne en phase avec l'heure externe ?

Claude Gronfier (Lyon)

Objectifs pédagogiques

- comprendre les principes de base de l'horloge biologique circadienne
- comprendre les effets de la lumière sur l'horloge et les fonctions non-visuelles
- comprendre les mécanismes et les approches de resynchronisation photique de l'horloge

Les rythmes biologiques proches de 24h sont observés aussi bien chez les bactéries, que les champignons, les plantes et les animaux. Chez l'humain, le sommeil, les performances cognitives, la puissance musculaire, le cycle veille-sommeil, l'humeur, la division cellulaire et la réparation de l'ADN, présentent un rythme de 24h, contrôlé par une horloge biologique interne, qu'on appelle " l'horloge circadienne".

Ces rythmes sont exprimés de manière appropriée au cours des 24h (au bon moment) lorsque l'horloge biologique est remise à l'heure quotidiennement, de manière à ce que l'heure interne soit en phase avec l'heure externe. La synchronisation est principalement réalisée par la lumière, via des photorécepteurs rétiniens spécifiques (les cellules ganglionnaires à mélanopsine).

Une mauvaise synchronisation de l'horloge, ou une exposition à la lumière au mauvais moment, se traduit par des troubles du sommeil, de la vigilance, de la mémoire, des systèmes immunitaire et cardiovasculaire, et du métabolisme. Dans le décalage horaire, surtout s'il est chronique, comme dans travail de nuit, on observe une plus grande prévalence de certains troubles, du sommeil, de la veille, du métabolisme, de l'humeur, et de certains cancers.

La prise en charge efficace du décalage horaire ne peut se faire sans connaître les mécanismes de régulation du sommeil, les propriétés chronobiologiques et non-visuelles de la lumière, et les notions d'hygiène de sommeil et de lumière. Ces points seront abordés durant la présentation.

Bibliographie

- Khalsa SB1, Jewett ME, Cajochen C, Czeisler CA. A phase response curve to single bright light pulses in human subjects. *J Physiol*. 2003 Jun 15;549(Pt 3):945-52. Epub 2003 Apr 25.
- Prayag AS, Münch M, Aeschbach D, Chellappa SL, Gronfier C. Light Modulation of Human Clocks, Wake, and Sleep. *Clocks & Sleep* 2019, 1(1), 193-208; <https://doi.org/10.3390/clockssleep1010017>
- Prayag A, Najjar R., Gronfier C. Melatonin suppression is exquisitely sensitive to light and primarily driven by melanopsin in humans. *J Pineal Res* 2019 Jan 29:e12562. doi: 10.1111/jpi.12562.

• Décalage entre temporalité interne et temporalité externe dans les troubles de l'humeur

Pierre Alexis Geoffroy (Paris)

Objectifs pédagogiques

- Connaître les différents troubles de rythmes veille-sommeil
- Repérer les troubles des rythmes veille-sommeil dans les troubles de l'humeur
- Savoir introduire une chronothérapie comme la luminothérapie ou la mélatonine

Les altérations des rythmes biologiques sont centrales dans la pathogenèse et les manifestations des troubles chroniques de l'humeur (1). En phase de dépression par exemple, les plaintes du sommeil touchent plus de 90% des personnes atteintes de trouble unipolaire ou bipolaire (2). Ces plaintes recouvrent les troubles de type insomnie et hypersomnie, mais également des troubles des rythmes veille-sommeil moins connus, malheureusement sous-diagnostiqués, mais pourtant fréquents et pour lesquels il existe des traitements efficaces. Ces troubles rythmes veille-sommeil (appelés aussi circadien) peuvent définir comme un décalage entre la période de sommeil dictée par l'horloge et le cycle veille-sommeil souhaité. En chef de file, le syndrome de retard de phase du sommeil (SRPS) qui se caractérise par un retard de la période de sommeil et une incapacité à s'endormir ou à s'éveiller à des heures socialement acceptables. Le SRPS peut ainsi entraîner des symptômes tels qu'une insomnie d'endormissement et une somnolence matinale excessive, et affecte par exemple environ 20% des patients avec trouble bipolaire. Différentes chronothérapies sont efficaces pour resynchroniser les rythmes circadiens, telles que les habitudes des rythmes veille/sommeil et traitements comportementaux, la luminothérapie, et la mélatonine. La luminothérapie (ou photothérapie) par lumière vive avec exposition matinale est un traitement efficace du SRPS, mais qui

nécessite des précautions de prescription, notamment dans les troubles de l'humeur (3). La mélatonine exogène est également un synchroniseur des rythmes veille-sommeil, dont cette communication résumera les indications et les modalités de prescription dans les troubles de l'humeur.

Bibliographie

1. Geoffroy PA. Clock Genes and Light Signaling Alterations in Bipolar Disorder: When the Biological Clock Is Off. *Biological Psychiatry*. 2018 Dec 1;84(11):775–7.
2. Geoffroy PA, Hoertel N, Etain B, Bellivier F, Delorme R, Limosin F, et al. Insomnia and hypersomnia in major depressive episode: Prevalence, sociodemographic characteristics and psychiatric comorbidity in a population-based study. *J Affect Disord*. 2018 Jan 15;226:132–41.
3. Maruani J, Geoffroy PA. Bright light as a personalized precision treatment of mood disorders. *Front Psychiatry*. 2019 Mar 1;10:85.

• Insomnie ou décalage horaire ? Deux façons de remettre les pendules à l'heure

Isabelle Poirot (Lille)

L'insomnie chronique est un trouble du sommeil fréquent, touchant environ 19,8% de la population française, et 10% présentant une insomnie sévère. Depuis 2014, l'insomnie chronique est définie par l'existence d'une plainte de sommeil (troubles de l'endormissement, troubles du maintien de sommeil) associée à des plaintes de dysfonctionnement diurne alors que les conditions de sommeil sont respectées. Les pathologies de l'horloge en sont dès lors un des principaux diagnostics différentiels. La physiopathologie de l'insomnie chronique est caractérisée par un état d'hyperéveil, et par un déséquilibre de la balance entre systèmes d'éveil et systèmes de sommeil au profit des premiers. Le concept d'insomnie se complique quand les décalages horaires surviennent et accentuent l'interaction de l'horloge biologique sur les mécanismes d'insomnie. Les décalages horaires peuvent être d'origine diverses : jet lag social, travail posté, voyages trans-méridiens ou décalages de phases avérés. On en connaît les conséquences sur la santé : risque accru de troubles dépressifs, décompensations psychopathologiques, troubles cardio-vasculaires dont l'hypertension artérielle. La physiopathologie de ces troubles du sommeil est spécifique. Si les plaintes restent similaires, les prises en charge diffèrent et répondent à une remise à l'heure de l'horloge, différentes. Le but de cette présentation est de répertorier les différences, les indications et les mécanismes psycho-physiologiques des différentes techniques que sont la chronothérapie, la restriction de sommeil, la lumbinothérapie ou le contrôle du stimulus proposées dans l'insomnie et le décalage de phase et de déterminer la place de la mélatonine dans ces prises en charge.

Journée CPNLF "Pharmacien"

JP7. Dopage à l'officine ♦ Salle C3

• Prévention du dopage : le pharmacien, allié du sportif

Diane Antonios Gholam (Beyrouth, Liban)

Objectifs pédagogiques

- Reconnaître les principales molécules dopantes vendues en officine (sous prescription ou en vente libre)
- Discuter du rôle essentiel du pharmacien d'officine dans le réseau de protection de la santé des sportifs.

Le dopage consiste en l'utilisation de produits dopants, substances permettant d'augmenter de manière artificielle les performances sportives d'un individu. La pratique du dopage est de plus en plus fréquente dans le milieu sportif. Le dopage est susceptible de toucher n'importe quel sportif quel que soit son niveau et quel que soit son âge.

Le plus souvent, les dopants sont des médicaments détournés de leur usage normal : stimulants, analgésiques, hormones, bêta-bloquants, etc. Ils permettent d'atténuer la fatigue, d'augmenter le volume et la force musculaire. En effet, un grand nombre de médicaments, nécessitant une prescription par le médecin et/ou disponibles en libre accès, appartiennent à la liste des substances dopantes. Les effets indésirables observés sont nombreux et graves et varient selon la nature des substances. Les sportifs peuvent être confrontés à deux types de dopage : volontaire et involontaire. Le dopage involontaire est principalement causé par une méconnaissance des produits dopants. Or, les substances dopantes peuvent être retrouvées dans les médicaments listés (prescription obligatoire par le médecin), mais également dans les médicaments en libre accès. Le sportif peut ainsi être victime de dopage involontaire lorsqu'il est traité pour différentes pathologies. En effet, le prescripteur n'a pas toujours connaissance de la pratique sportive en compétition du patient. Il pourra ainsi prescrire des médicaments dopants au patient, sans que celui-ci soit au courant.

Le pharmacien d'officine, de par sa proximité, sa disponibilité et sa relation de confiance établie avec le patient, est constamment en contact avec des sportifs. Il peut facilement jouer un rôle fondamental dans le réseau de protection de la santé des sportifs. A l'heure actuelle, la plupart des pharmaciens d'officines sont insuffisamment formés sur la thématique du dopage et leur investissement peut être grandement amélioré.

Bibliographie

1. Vlad RA, Hancu G, Popescu GC, Lungu IA. Doping in Sports, a Never-Ending Story? *Adv Pharm Bull*. 2018 Nov;8(4):529–34.
2. Thieme D, Hemmersbach P, editors. *Doping in Sports* [Internet]. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag; 2010 [cited 2019 May 28]. (Handbook of Experimental Pharmacology). Available from: <https://www.springer.com/gp/book/9783540790877>

3. Fourcroy JL, editor. Pharmacology, Doping and Sports: A Scientific Guide for Athletes, Coaches, Physicians, Scientists and Administrators. 1 edition. London ; New York: Routledge; 2008. 240 p.

S40 - La session de l'Association des Médecins Psychiatres du Québec (AMPQ) ♦ Salle C8

• Électro convulsivothérapie (ECT) : perspectives québécoises

Simon Patry & Morgane Lemasson (Québec, Québec)

Objectifs pédagogiques

Au terme de cette activité, le participant sera en mesure de :

- Comparer les différentes pratiques du consentement à l'ECT
- Décrire les normes actuelles de la pratique ECT au Québec
- Assurer un traitement ECT optimal par la mise en place d'un registre national ECT

L'ECT est un traitement sécuritaire qui s'est avéré efficace dans le cas de certaines formes de maladies psychiatriques résistantes et s'utilise plus rarement dans le cas de certains troubles de santé graves. Utilisé pour la première fois en 1938, le traitement par ECT a suscité un regain d'intérêt depuis qu'il est pratiqué sous anesthésie générale et que l'on comprend mieux les aspects cliniques du stimulus électrique. Selon le récent rapport 2016 de l'INSPQ sur l'utilisation de l'ECT au Québec, 750 personnes ont reçu de l'ECT soit 10,8 personnes/100 000 habitants entre 2012 et 2013 et 17% des médecins-psychiatres du Québec ont utilisé l'ECT dans leur arsenal thérapeutique. Le Québec se situe parmi les juridictions canadiennes et les états ayant le moins recours à l'ECT. Néanmoins, existent des variations interrégionales importantes. L'amélioration de la formation des médecins-psychiatres, du personnel infirmier, de même que l'information aux patients et aux proches, aux comités et organismes de défense des droits des usagers permettraient une utilisation encore plus optimale de l'ECT.

Bibliographie

- Lesage A, Lemasson M, Medina K, Tsopmo J, Sebti N, Potvin S, Patry S (2016) The Prevalence of Electroconvulsive Therapy Use Since 1973: A Meta-analysis. J ECT 2016 Dec;32(4):236-242
- Institut national de santé. Publique du Québec (INSPQ). Profil d'utilisation de l'ECT au Québec auteurs : Lemasson M, Patry S, Rochette L, Pelletier E, Lesage A. INSPQ, 2016. 18 p.
- Agence d'évaluation des technologies et modes d'intervention de santé (AETMIS). L'utilisation des électrochocs au Québec. Auteur : Reiner Banken. AETMIS, 2002. 103p.

AFF5. Ateliers de formation de la francophonie ♦ Salle C2

• La psychiatrie moderne face au risque d'une dé-civilisation

Paul Lacaze (Montpellier) & Michel Jurus (Lyon)

Objectifs pédagogiques

- Comprendre le contexte mondial de la décivilisation
- Comprendre la baisse de l'accès aux soins psychiatriques.
- Montrer que la psychiatrie est un signe positif de civilisation

La mondialisation a fait fausse route puisqu'elle creuse davantage l'écart entre riches et pauvres, favorisant ainsi toutes sortes d'abus au détriment des catégories vulnérables et engendrant une décivilisation.

La déshumanisation de la médecine touche singulièrement la psychiatrie et la politique de santé mentale. La médecine, de par sa conception actuelle, a tendance à omettre une mission pourtant élémentaire : être à l'écoute du malade. Ce qui repose sur le respect de l'autorité est aujourd'hui dévitalisé. D'où le retour de la violence dans le quotidien dans les hôpitaux. En France, la psychiatrie est maltraitée et nous voyons de plus en plus des psychiatres en situation d'épuisement professionnel. L'anti-civilisation est palpable par de nombreuses manifestations inhumaines, comme l'altération grandissante de la classe moyenne et des valeurs morales. Le profil sociétal mute vers une régression de garantir aux malades mentaux une assise d'affection, de consolation et de soutien. Les paradigmes sociaux, économiques et moraux sont chapeautés par le recul de l'éthique au profit du matériel.

Le coût des traitements psychiatriques est trop souvent considéré comme excessif en raison de la faible priorité accordée à la santé mentale, et à l'écoute du malade, par nos gouvernements. La déshumanisation de la psychiatrie est une réalité avec une régression de l'accès aux soins.

À ce jour il apparaît que la psychiatrie est apparue dans l'histoire comme une volonté de privilégier les valeurs humaines. Sa régression, et peut être sa disparition, est le signe du recul de la civilisation.

Bibliographie

- Aurélien Aramini et Florian Gulli, « Du concept de "décivilisation" », Philosophie [En ligne], 19 | 2016 URL : <http://journals.openedition.org/philosophique/966> ; DOI : 10.4000/philosophique.966
- Camus R. (2011), Décivilisation, Paris, Fayard.
- Sartorius N. (2010) Mon combat pour la Santé Mentale, Paris, Odile Jacob.

• **Anxiétés et sociétés hyperconnectées : quels liens et quels enjeux ?**

Othmane Lorabi (Casablanca, Maroc)

Objectifs pédagogiques

- Appréhender le rôle des troubles anxieux dans la souffrance psychique
- Comprendre l'impact de l'utilisation des nouvelles technologies sur l'anxiété
- Réfléchir sur la pertinence des prises en charge thérapeutiques

Les troubles anxieux représentent une part prépondérante au sein des troubles psychiques. Ils constituent une plainte grandissante au sein de la population, avec un recours fréquent aux consultations médicales motivées par une souffrance aussi bien physique que psychique.

Malheureusement, et surtout en cas de comorbidité psychiatrique plus préoccupante, ces troubles restent insuffisamment diagnostiqués, et rarement pris en charge de manière spécifique. Cela est d'autant plus dommage que la présence de certains de ces troubles, dont la phobie sociale, est positivement corrélée à la survenue d'autres maladies psychiatriques.

L'utilisation excessive de réseaux sociaux, de jeux vidéo en ligne, de flux d'information en continu, entre autres, et la mondialisation de l'utilisation d'appareils personnels connectés paraissent être des facteurs favorisant l'augmentation de la prévalence des troubles anxieux et l'émergence de nouvelles entités nosographiques, telles que l'addiction aux jeux vidéo sur internet, la nomophobie, la cybercondrie etc...

Ces éléments nous incitent à réfléchir quant à la validité de ces nouveaux concepts pathologiques et du lien avec les troubles anxieux classiques, mais aussi à repenser la prise en charge médicale et psychologique. Si le traitement préférentiel repose presque toujours sur l'association d'antidépresseurs et d'une psychothérapie, le plus souvent cognitive et comportementale codifiée, il convient de repenser l'utilisation que nous avons des outils technologiques de communication et d'information, et de nous interroger quant aux rapports que nous entretenons avec soi, avec autrui et avec le monde.

Bibliographie

- Transdiagnostic psychiatry: a systematic review. Paolo Fusar-Poli, Marco Solmi, Natascia Brondino, Cathy Davies, Chungil Chae, Pierluigi Politi, Stefan Borgwardt, Stephen M Lawrie, Josef Parnas, Philip McGuire. *World Psychiatry* 18 (2), 192-207, 2019
- High Anxieties: The Social Construction of Anxiety Disorders. Ian R Dowbiggin, *Can J Psychiatry*. 2009;54(7):429-436

S41 - Comprendre les troubles des conduites alimentaires ♦ Amphi A

• **Une approche par grade dans les TCA : quel intérêt pour la prise en charge ?**

Sébastien Guillaume (Montpellier)

Objectifs pédagogiques

- Comprendre ce qu'est l'approche par grade
- Définir les principaux grades actuellement proposés dans les TCA
- Connaître les spécificités thérapeutiques associées à chaque grade d'évolution

A l'instar de ce qui est observé dans de nombreux troubles psychiatriques, l'approche des TCA par les classifications traditionnelles a des limites. Ces classifications n'incluent pas, par exemple, la sévérité de la maladie, les effets des troubles comorbides ou la durée d'évolution, pour différencier des patients pour lesquels un même diagnostic est porté. C'est dans ce contexte que se développe l'approche par grades ou "staging", déjà largement développée dans d'autres champs médicaux. Les données récentes soulignent l'existence d'une véritable "trajectoire neurobiologique" dans les TCA soulignant l'intérêt d'un ajustement des stratégies thérapeutiques aux différents stades de la maladie pour en optimiser l'efficacité. Ainsi, il existe dans l'anorexie, quatre stades peuvent être individualisés, en fonction de la durée d'évolution de la maladie allant d'une phase prémorbide de sujet à haut risque jusqu'à une phase chronique et installée. Chacun de ces stades présente des spécificités clinique et biologique justifiant des spécificités dans les prises en charges qui seront développées.

Bibliographie

- Treasure J, Stein D, Maguire S. Has the time come for a staging model to map the course of eating disorders from high risk to severe enduring illness? An examination of the evidence. *Early Interv Psychiatry*. 2015 Jun;9(3):173-84
- Maguire S, Surgenor LJ, Le Grange D, Lacey H, Crosby RD, Engel SG, Fromholtz KM, Bamford B, Touyz S. Examining a staging model for anorexia nervosa: empirical exploration of a four stage model of severity *J Eat Disord*. 2017 Nov
- Cosci F, Fava GA. Staging of mental disorders: systematic review. *Psychother Psychosom*. 2013

• **Neurobiologie des troubles du comportement alimentaire et de l'état de stress post-traumatique : deux faces d'une même monnaie?**

Rami Bou Khalil (Beyrouth, Liban)

Objectifs pédagogiques

- Décrire la relation entre troubles du comportement alimentaire (TCA) et état de stress post-traumatique (PTSD) d'un point de vue épidémiologique, clinique et neuropsychologique.
- Décrire les aspects neurobiologiques communs aux TCA et au PTSD notamment les données de l'épigénétique et les perturbations de l'axe hypothalamo-hypophysaire-surrénalien et de la fonction du cortex préfrontal.
- Décrire l'addiction alimentaire comme un nouveau paradigme menant au déclenchement des deux types de psychopathologies.

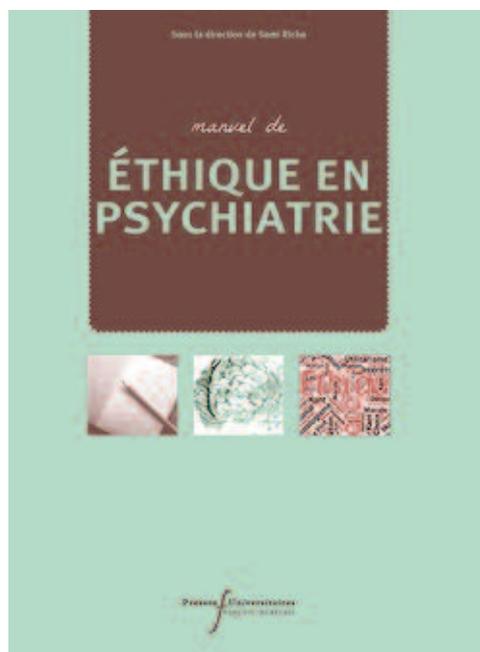
La relation potentielle entre l'exposition à un traumatisme psychologique et les troubles du comportement alimentaire (TCA) a été d'un grand intérêt pour les cliniciens et les chercheurs vu le taux élevé d'antécédents de traumatismes chez les personnes atteintes de TCA ainsi qu'une interaction apparente entre TCA et les symptômes de l'état de stress post-traumatique (PTSD) chez les personnes présentant des symptômes concomitants. Au niveau neuropsychologique, la relation entre la maltraitance au cours de l'enfance et le développement ultérieur d'un TCA pourrait être médiée par la dysrégulation émotionnelle, l'impulsivité, les sentiments de colère et les expériences dissociatives plus marquées dans la population de sujets ayant vécu une maltraitance. Les données neurobiologiques sur le PTSD et les TCA montrent la présence d'une diminution de l'activation de l'axe hypothalamo-hypophysé-surrénalien dans les situations stressantes. De même, une méthylation de certains gènes, notamment ceux codant pour les récepteurs D2 de la dopamine et pour le facteur neurotrophe dérivé du cerveau (BDNF) pourrait faire le lien entre les expériences traumatisantes au cours de l'enfance et le développement de TCA ainsi qu'un PTSD dans l'avenir. D'autre part, il a été démontré que les porteurs de l'allèle court du transporteur de la sérotonine (5-HTTLPR) présentent une résilience moins marquée par comparaison aux individus qui portent l'allèle long du gène de ce transporteur. La perturbation des circuits de récompense chez les sujets ayant été exposés à des traumatismes psychologiques explique, d'une autre perspective, la relation entre TCA et PTSD en fonction de la présence d'une addiction aux aliments calorifiques. La région corticale préfrontale classiquement responsable de la maîtrise des émotions présente, à cause de l'exposition aux traumatismes psychologiques, un rôle défaillant dans la stabilisation des comportements alimentaires impulsifs et les régions du système limbique et du striatum activées induisent une recherche de la récompense par la nourriture.

Bibliographie

- Trottier K, MacDonald DE. Update on Psychological Trauma, Other Severe Adverse Experiences and Eating Disorders: State of the Research and Future Research Directions. *Curr Psychiatry Rep.* 2017 Aug;19(8):45.
- Brewerton TD. Food addiction as a proxy for eating disorder and obesity severity, trauma history, PTSD symptoms, and comorbidity. *Eat Weight Disord.* 2017 Jun;22(2):241-247.
- Sinha R. Role of addiction and stress neurobiology on food intake and obesity. *Biol Psychol.* 2018 Jan;131:5-13

À lire...absolument

Manuel d'éthique en psychiatrie Sami Richa



Cet ouvrage répond aux nombreuses interrogations éthiques que se posent non seulement les acteurs de la santé dans le domaine de la psychiatrie, mais aussi celles et ceux qui à des titres divers, familial, professionnel, administratif, judiciaire, social, voisinage... sont confrontés à ces personnes souffrantes qui trop souvent désarment les praticiens et travailleurs sociaux en les renvoyant à leurs propres fragilités.

Ce livre décrit en profondeur les dimensions spécifiques à la psychiatrie des fondements mêmes de l'éthique, et plus particulièrement de la bioéthique. Le lecteur peut ainsi approfondir les principes classiques et universellement admis d'autonomie du patient, de bienfaisance, de non-malfaisance, de justice, mais aussi les questions relatives à l'information du patient, à son consentement "éclairé" aux soins, à l'implication de ses proches, à la confidentialité, au respect du secret médical...

Sont abordés successivement, dans un langage clair et didactique, les problèmes éthiques du lien, de l'information du malade, de la contention et de l'isolement, de la stigmatisation, de la recherche, de la confidentialité et du secret professionnel, de la réhabilitation psychosociale, de la génétique, du handicap, de l'addictologie, de la psychothérapie, de la démence et des stimulations cérébrales.

232 pages • 978-2-86906-707-3 • 20€

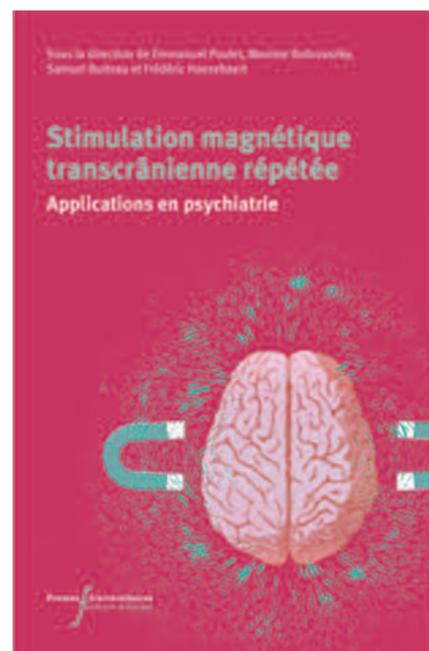
Stimulation magnétique transcrânienne répétée Applications en psychiatrie

Emmanuel Poulet, Frédéric Haesebaert, Maxime Bubrovsky, Samuel Bulteau

Depuis l'invention, en 1985 par Antony Barker, du premier appareil permettant de stimuler de manière non invasive le cortex cérébral au moyen d'un champ magnétique focalisé, la rTMS connaît un essor considérable comme outil thérapeutique en psychiatrie. C'est aujourd'hui une option de traitement à l'efficacité clairement établie, qui doit encore prendre sa place dans les propositions thérapeutiques en santé mentale.

Cet ouvrage didactique dresse l'état de l'art de l'usage et des applications de la rTMS, en particulier dans le domaine de la psychiatrie, des aspects historiques, pratiques et techniques jusqu'aux questions de modulation du fonctionnement cortical dans le cadre des applications en recherche. Il détaille également l'ensemble des données disponibles dans les principales applications thérapeutiques, de la dépression (dorénavant reconnue comme une indication au niveau international) à d'autres applications thérapeutiques pour lesquelles la rTMS représente une voie de traitement prometteuse.

390 Pages • 978-2-86906-706-6 • 28€



<https://pufr-editions.fr>
60, rue du Plat d'Étain
37020 Tours cedex 1 - France
pufr@univ-tours.fr

PuFR



Les communications par affiche (posters)

Écholalie comme seule manifestation du statut non convulsif de l'épilepsie : à propos d'un cas

Amani Alem, Alger (Algérie)

Alempsy7@gmail.com

L'écholalie est un comportement de parole pathologique relativement rare et a été rapportée dans divers troubles neurologiques et psychiatriques. C'est une sorte de persévérance motrice impliquant la parole, consistant en une répétition continue de mots ou d'expressions, ou des deux. Il survient rarement dans les troubles épileptiques en tant que manifestation critique ou post-critique.

Nous avons rencontré un cas de d'écholalie en tant que phénomène critique de l'épilepsie du lobe frontal gauche. Nous rapportons un cas d'écholalie épileptique chez une patiente de 36 ans ayant des antécédents d'épilepsie guérie à l'âge de 6 ans, caractérisée par la répétition continue de la même séquence de parole pendant 48h.

Les enregistrements EEG au cours du sommeil et de la veille ont montré des paroxysmes épileptiformes subcliniques focaux récurrents et prolongés dans la région frontale gauche.

Nous proposons que, dans notre cas, l'écholalie puisse être interprétée comme une désinhibition motrices essentiellement intactes préexistantes en raison de lésions du lobe frontal.

Déstigmatiser le schizophrène, une démarche citoyenne avant tout

Nadjib Ali Pacha, Béjaia (Algérie)

nadjib.alipacha@gmail.com

Ait Mebarek, Djellali

De tout temps le schizophrène a alimenté peur, crainte et curiosité dans l'esprit des personnes. L'omniprésence de la folie dans l'imaginaire de la population induit souvent à tort une perception négative du schizophrène d'autant qu'à l'ère contemporaine, la presse et les médias ont souvent véhiculé une fausse image voire parfois caricaturale de cette frange fragile.

Nous nous sommes donc posé la question de connaître le degré de connaissances de cette maladie de la part de citoyens invités au hasard parmi la population de Béjaia (Algérie). Pour cela, un quizz de type autoquestionnaire a été élaboré et diffusé en séance publique à la cinémathèque de Béjaia avec recueil des réponses par vote électronique et exposition des résultats en direct. Un corrigé du quizz par la suite a été diffusé pour permettre la remise en cause de chaque participant sur ses représentations et a priori sur cette maladie.

Nous nous sommes interrogés sur la pertinence de l'usage de ce type d'outil et méthode dans la vulgarisation du trouble mental dans

sa globalité et plus spécifiquement pour la schizophrénie et ainsi avoir un retour sur la facilitation de la compréhension de la symptomatologie schizophrénique.

Cette expérience était destinée à un large public sans restriction particulière ou exclusion ce qui a mis en avant l'intérêt majeur de la population participante sur le sujet et a permis d'éclairer et corriger certains biais.

Parmi les présents : des journalistes, des représentants de l'ordre public, des familles de schizophrène, des étudiants en médecine, de simples citoyens, etc...

Passage à l'acte agressif chez le schizophrène, à propos d'une étude au CHU Béjaia

Nadjib Ali Pacha, Béjaia (Algérie)

nadjib.alipacha@gmail.com

Halim Menaouel / Lyria Yasmine Taibi / El Hamid Adja

Nous nous sommes interrogés sur les raisons du passage à l'acte agressif chez le schizophrène afin d'essayer d'établir certains facteurs de risque pour pouvoir prévenir éventuellement d'autres passages à l'acte en agissant en amont.

Notre démarche s'est appuyée sur une étude prospective, descriptive et comparative. Nous nous sommes intéressés aux différents incidents de passage à l'acte agressif chez des patients atteints de schizophrénie, selon les critères du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux dans sa cinquième édition (DSM V) avant leurs admissions en institution.

Ces actes ayant été commis sur la période du 21 janvier au 20 avril 2019 au niveau des urgences de psychiatrie du CHU de Béjaia.

Dans cette étude, nous identifierons les facteurs de risque de passage à l'acte chez les schizophrènes lors d'épisodes de décompensation psycho-pathologique.

Il s'agira aussi :

- d'établir un profil socio-démographique et clinique du malade susceptible de commettre un acte agressif.

- de faire une comparaison avec les données de la littérature.

Cette étude a été réalisée, prospectivement, auprès de 30 patients des deux sexes, âgés entre 23 et 64 ans. Ils ont été recrutés à l'admission dans les services d'hospitalisation au CHU de Béjaia durant une période de trois mois pour motif d'auto ou d'hétéro-agressivité dans les quelques jours précédant leur hospitalisation.

La participation à cette enquête reposait sur le volontariat des patients, la confidentialité et le respect de l'anonymat.

La procédure de passation a été identique pour chaque patient et l'évaluateur a toujours été le même. Un entretien préliminaire nous a permis de remplir auprès de la famille et du patient dans la mesure du possible, le questionnaire établi à partir de l'étude de la littérature sur l'agressivité chez le schizophrène.

Nous exposons nos résultats ici.

La symptomatologie dépressive sévère est associée à un pourcentage de masse grasse plus élevé à 2 ans de la chirurgie bariatrique

Hussein El Ayoubi, Tours

hussein.elayoubi@univ-tours.fr

Introduction Les études évaluant l'association entre symptomatologie dépressive pré-opératoire (DPO) et efficacité de la chirurgie bariatrique retrouvent des résultats contradictoires^{1,2}. L'objectif était d'étudier le lien entre DPO et pronostic postopératoire deux ans après la chirurgie (pourcentage de perte d'excès de poids [%PEP] et pourcentage de masse grasse [%MG]).
Méthodes Étude longitudinale chez des patients opérés de 2011 à 2016 au CHRU de Tours. Chaque participant a rempli en préopératoire (t0) la Beck Depression Inventory. Un recueil dans le dossier patient a été réalisé pour les données socio-démographiques, les chirurgies bariatriques antérieures, l'IMC et le %MG mesuré par absorptiométrie biphotonique à t0 et à 2 ans (t24).
Résultats Ont été inclus 165 patients opérés (bypass =54% ; sleeve = 46%) et 8.5% avaient une DPO sévère. Ceux avec DPO sévère avaient plus d'antécédents de chirurgie antérieures (p=.007) et avaient un %mg plus élevé à t24 (p=.03). Il n'y avait pas de différences statistiques en termes d'IMC à t0 et t24, ni en termes de %PEP.

Conclusion Les patients présentant une DPO sévère ont un %MG plus élevé mais pas la %PEP comparé aux autres patients. Le %MG pourrait être un indicateur plus précis de l'efficacité de la chirurgie bariatrique chez les patients avec DPO sévère.

Impact de l'addiction aux substances psychoactives sur la qualité de vie

Salma Hentati, Sfax (Tunisie)

salma_hentati86@yahoo.fr

Sallemi R, Baati I, Zahaf A., Feki I, Masmoudi J.

La qualité de vie (QDV) est de plus en plus reconnue comme une mesure importante dans les études de santé mentale et notamment dans le domaine des addictions. L'objectif de notre étude était d'identifier l'impact de la toxicomanie sur la QDV.

Patients et méthodes : Etude transversale de type cas/témoins, réalisée en collaboration entre le centre "Aide et Ecoute" de l'association Tunisienne de Prévention de la Toxicomanie (ATUPRET) et le service de Psychiatrie « A » du CHU Hédi Chaker de Sfax entre Octobre 2015 et Décembre 2015.

Les données ont été recueillies auprès du malade et du dossier médical. La QDV a été évaluée par l'échelle «36 item Short-Form Health Survey» (SF-36).

Les critères d'inclusion: Accord préalable du patient, un âge compris entre 18 et 65 ans et une seule tentative de sevrage.

Résultats : L'âge moyen des patients a été de 30,86 ± 8,07 ans et la majorité ont été célibataires. L'âge moyen de début de la consommation a été de 22,42 ± 6,91 ans. Les produits consommés étaient le subutex (52%), le cannabis (30%) et l'héroïne (18%). La poly addiction a été notée chez 42% des sujets.

La QDV a été significativement meilleure chez les témoins que chez les patients addicts avec p=0,000. Plus le sujet est âgé plus la composante physique est altérée (p=0,026). De plus, plus la durée de la consommation de substance psychoactive est longue, plus elle influe de façon significative et négativement la QDV (p=0,021), la composante physique (p=0,002) et le domaine de la douleur (p=0,02).

Conclusion : Le phénomène d'addiction représente un véritable problème de santé publique dans notre société. Il peut affecter négativement les différentes composantes de la QDV des usagers

des substances psychoactives d'où l'intérêt des mesures préventives.

Le syndrome de Frégoli, trouble de mésidentification délirante : à propos d'un cas

Salma Hentati, Sfax (Tunisie)

salma_hentati86@yahoo.fr

Dawed M., Sellami R., Baati I., Feki I., Masmoudi J

Introduction : Le syndrome de Frégoli fait partie des troubles d'identifications délirantes et qui se manifestent par la conviction qu'une personne familière est déguisée en une personne étrange en prenant une des apparences physiques différentes. Il s'agit d'un état mental peu étudié et très peu documenté. Nous rapportons, ici, le cas d'une femme qui présente un syndrome de Frégoli.

Observation : Il s'agissait de Madame F. âgée de 52 ans, veuve et mère d'une fille âgée de 16 ans. Elle nous a été adressée par son médecin traitant pour « nervosité et angoisse ».

L'histoire de la maladie remontait à plusieurs années, quand la patiente avait l'âge de 34 ans. Elle est devenue persuadée que des collègues de travail prenant la forme de diverses personnes d'aspects physiques différents, la poursuivaient pour coucher avec elle. Leur but est de forcer la patiente à changer de religion pour devenir juive. Pour les éviter, la patiente a arrêté de travailler et a quitté sa maison pour aller vivre chez sa sœur. Mais, elle les voyait partout. Récemment, elle est convaincue que l'un des persécuteurs a pris l'apparence du fiancé de sa fille pour se marier avec elle ainsi que sa fille. Ceci a créé beaucoup de conflits familiaux.

A l'examen, la patiente était voilée et le visage caché pour que les persécuteurs ne la connaissent pas, selon ses dires. Elle était anxieuse. Elle verbalisait un délire à thèmes de persécution et mystique, de mécanismes illusionnel et imaginatif et de thymie congruente, avec des conséquences néfastes sur le plan social et familial. Ainsi, la patiente a été mise sous traitement neuroleptique (risperidone 2mg/j) avec une évolution favorable.

Conclusion : Du fait du faible dépistage systématique, le syndrome de Frégoli reste sous-diagnostiqué et par conséquent peu étudié. Des outils standardisés pour le diagnostic restent, donc, à explorer scientifiquement.

Comorbidité psychiatrique et qualité de vie chez les patients atteints de psoriasis

Salma Hentati, Sfax (Tunisie)

salma_hentati86@yahoo.fr

Sellami R, Turki H, Baati I., Feki I., Masmoudi J

Introduction : Le psoriasis est une dermatose chronique affichante avec une comorbidité psychiatrique importante. De plus, l'impact négatif sur la qualité de vie (QDV) est une conséquence centrale de cette pathologie. Nos objectifs étaient d'évaluer la dépression, l'anxiété ainsi que la QDV et déterminer les facteurs y déterminants chez des patients atteints de psoriasis.

Méthodologie : Etude transversale, descriptive et analytique, portant sur des patients atteints de psoriasis suivis au service de dermatologie du CHU Hédi-Chaker de Sfax, durant la période allant du mois de Janvier au mois de Février 2017.

Une fiche a été établie contenant les données sociodémographiques et cliniques. Nous avons utilisé le SF-36 (36 item Short-Form Health Survey) pour évaluer la QDV et le HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) pour l'évaluation des symptômes anxio-dépressifs.

Résultats : L'âge moyen était de 47,11± 11,7. Le sex-ratio était de 1,46. La durée moyenne de l'évolution du psoriasis était de 8,84±5. L'atteinte cutanée était sévère chez 21,9% des cas et elle était

affichante chez 78,1% parmi eux. Une atteinte rhumatismale a été associée chez 34,4% des patients.

La QDV était de altérée chez 34,4% des patients. La prévalence de la dépression était de 15,6% et celle de la symptomatologie anxieuse était de 28,1. Une atteinte rhumatismale était associée à une symptomatologie dépressive et à une altération de la QDV avec respectivement $p=0,037$ et $p<0,001$.

Conclusion : La maladie psoriasique est pourvoyeuse de risque assez important de dépression, de troubles anxieux et d'altération de la QDV. Ainsi, un dépistage systématique de ces troubles semble recommandé afin d'en tenir compte dans la prise en charge globale des patients.

Ontogenèse du sommeil chez l'enfant et l'adolescent

Imène Benali Khodja, Alger (Algérie)

benalikhodjaimene@gmail.com

N. Zioui, K. Saidane, S. Sehim, M. Nedjari

Hormis la sécrétion d'hormone de croissance pendant le sommeil, et la prolactine qui stimule le système immunitaire, le sommeil sert à la mise en place de circuits nerveux depuis la vie fœtale, il assure aussi toutes les fonctions mentales de mémorisation, d'organisation des informations et la résolution des tensions.

Comment évaluer un bon sommeil chez l'enfant et l'adolescent ou un sommeil suffisant ?

Stades d'évolution des cycles du sommeil.

Rêve, imagerie, insomnies et pathologies du sommeil chez l'enfant et l'adolescent.

L'importance des rythmes accordés à chaque enfant ; la qualité et la quantité de sommeil dont il a besoin est fondamentale en respectant le rythme de chacun.

Les variations, les pathologies et les troubles du sommeil seront revus. Quelles attitudes thérapeutiques et quels plans de suivi des situations courantes.

Anxiété de séparation et personne âgée : diagnostic et prise en soin

Jennifer Dainesi, Nice

palazz@free.fr

Antonin Rossanino-Lods, Roxane Bartoletti, Alexandre Rodrigues, André Quaderi, Jérôme Palazzolo

Les troubles anxieux sont les troubles les plus fréquents chez la personne âgée, devant la dépression dont ils accentuent le risque de développement et dont ils sont hautement comorbides. Ils sont associés à une augmentation des affections invalidantes, de la dépendance, des troubles cognitifs, ainsi qu'à une altération de la qualité de vie et d'une hausse de l'utilisation des services de santé. Considérant le vieillissement de la population, il semble essentiel de s'intéresser aux troubles anxieux chez les personnes âgées et plus particulièrement à l'anxiété de séparation, très peu étudiée dans cette population. Sa prévalence décroît avec l'âge alors même que les troubles anxieux semblent suivre une évolution chronique. Nous nous interrogeons sur cette prévalence : considérant le manque d'outils diagnostics spécifiquement adaptés pour la personne âgée et notant d'une part que les symptômes d'une anxiété chez celle-ci sont le plus souvent atypiques (s'expriment principalement du côté somatique) et d'autre part que les troubles anxieux sont fréquemment attribués à des affections physiques, des difficultés existent dans la détection précise des troubles anxieux chez l'âge. L'anxiété de séparation a été décrite par des cas cliniques chez des personnes âgées, dont deux l'ont développé après la perte d'un enfant. En considérant le développement fréquent de l'anxiété de séparation en réponse à un événement traumatisant ou plus largement à une

perte, il semble pertinent de questionner l'apport possible du protocole EMDR pour désensibiliser l'évènement « source » de l'anxiété de séparation. En ce sens, un cas clinique montre des résultats encourageants dans le soulagement de cette anxiété par une psychothérapie EMDR chez un enfant. Ainsi, nous rejoignons Silove et Rees (2014) quant à la nécessité d'établir des plans de traitement spécifiquement adaptés à l'anxiété de séparation et à chacune des populations, ainsi que des critères et outils diagnostiques adaptés pour la personne âgée.

Protocole de soins spécifique aux problématiques boulimiques

Judith Dereau, Bruxelles (Belgique)

j.dereau@epsilon.be

Le traitement des problèmes de boulimie nécessite une prise en charge à court, moyen et long terme, ambulatoire et sur indication médicale, hospitalière.

Dans les troubles du comportement alimentaire, nous insistons toujours sur la nécessité d'une pluridisciplinarité : un psychiatre qui coordonnera les divers intervenants, un médecin somaticien (garant de l'état physique et des limites d'une poursuite du travail ambulatoire), un diététicien et la mise en place d'un travail psychothérapeutique individuel, et de couple ou de famille lorsque cela s'indique.

Parfois, le travail ambulatoire est suffisant. Mais lorsque les problèmes de boulimie sont trop graves, trop aigus ou mettent gravement en jeu la santé, ou lorsque le patient.e en adresse la demande, nous proposons un "contrat de temps", de 5 semaines à l'hôpital.

Depuis 8 ans, notre unité propose un protocole de soins hospitaliers spécifiques, dès l'adolescence, qui permet de fixer un cadre et une structure très clairs, indispensables à ces problématiques. Il est néanmoins important de laisser certaines modalités plus souples, qui seront évaluées au cas par cas.

Une ou plusieurs consultations préalables sont nécessaires avant d'envisager toute prise en charge hospitalière.

Au cours de ce séjour, seront proposées de façon précise diverses activités obligatoires, qui ont été pensées autour de la problématique boulimique.

A la fin de cette éventuelle hospitalisation, il y aura reprise/relance indispensable du suivi ambulatoire.

Dans certains cas, il sera parfois proposé d'envisager des hospitalisations « séquentielles », c'est-à-dire la répétition d'hospitalisations d'une semaine toutes les six semaines, permettant au processus boulimique de s'apaiser petit à petit.

Le fait d'envisager et de s'engager dans un suivi au long cours garantit de façon plus favorable une évolution clairement positive.

Le poster développera à la fois la prise en charge sur la durée et ce dispositif.

La formation des internes à la communication pour le développement de partenariat médecin-patient aux urgences

Benjamin Fontaine (Nice)

palazz@free.fr

Laure Yazdi, Souad Krid, Camille Moretti, Alizée Appelhans, Jennifer Dainesi, André Quaderi, Alain Percivalle, Jérôme Palazzolo

Dans la clinique de l'urgence retrouvée au sein du complexe hospitalier, la prise en soin est marquée par une dichotomie entre l'aspect médical et l'aspect relationnel. Or, la qualité relationnelle a un impact primordial sur le vécu des soins et est peu enseignée

dans le cursus universitaire des internes, les privant d'un outil pour favoriser l'alliance thérapeutique. De plus, la simulation relationnelle permet d'analyser ses pratiques (1) et de s'autocorriger en prenant conscience des bonnes pratiques appliquées (2). La formation par le jeu de rôle permet alors aux médecins de se sensibiliser aux outils de communication relationnelle (verbaliser l'empathie, synthétiser etc.) afin de remplir les deux fonctions de la communication (transmettre une information et entrer en relation) (3). Il est donc essentiel de réassocier le domaine purement somatique au domaine psychologique, ce dernier étant impacté lors de l'annonce du diagnostic, et du temps de prise en soin (4). Ainsi notre hypothèse de travail postule que la formation des médecins aux outils de communication relationnelle par le biais de la simulation (i.e. jeux de rôle), favoriserait l'élaboration d'une alliance thérapeutique efficace dans une clinique de l'urgence.

Références

- (1) Tosello, B, Blanc, J., Kelway, C., Pellegrine, V., Quarello, E., et al. (2018). La simulation médicale comme outil dans la formation des professionnels de la périnatalité. *Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie*, 46(6), 530-539.
- (2) Galland, J., Abbara, S., Terrier, B., Samson, M., Tesnières, A., et al. (2018). Simulation en santé et médecine interne : quel avenir ? *La Revue de Médecine Interne*, 39(6), 414-420
- (3) Richard, C., Lussier, M. T., Galarneau, S., & Jamouille, O. (2010). Compétence en communication professionnelle en santé. *Pédagogie médicale*, 11(4), 255-272.
- (4) Galichon, B. (2014). Le service des Urgences aujourd'hui. *Laennec*, tome 62,(1), 25-35.

Bénéfices de la musicothérapie active pour personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer

Julia Garcia, Nice

palazz@free.fr

Xaxier Corveleyn, Jérôme Palazzolo, A. Di Pastena

La Maladie d'Alzheimer (MA) est la plus fréquente des maladies neurodégénératives (~75%). La gériatrie s'intéresse aux thérapies non médicamenteuses (TNM) pour leurs effets bénéfiques sur la qualité de vie de personnes atteintes de la MA. Une des TNM est la musicothérapie, qui utilise la musique comme outil avec pour objectif de diminuer les états anxieux, dépressifs des personnes atteintes de la MA et d'améliorer leurs fonctions cognitives exécutives. L'objectif de cette étude est de montrer les bénéfices de la musicothérapie active. 2 séances d'ateliers hebdomadaires pendant 6 semaines sont réalisées avec 9 personnes âgées (>65 ans), atteintes de la MA. L'étude est composée de 13 bilans psychologiques, de 12 séances d'ateliers et de post-bilans psychologiques. Les bilans abordent des aspects cognitifs, thymiques et comportementaux. Les analyses ont porté sur 6 des 13 épreuves : Le Mini Mental State Examination (MMSE), le Memory Impairment Screen (MIS), l'échelle d'Agitation de Cohen-Mansfield (CMAI), l'échelle de Dépression Gériatrique (GDS), l'Inventaire d'Apathie (IA) et la Batterie rapide d'efficacité frontale (BREF). Pour les ateliers, des instruments de percussions sont proposés aux participants. Les séances comportent une phase d'ancrage spatio-temporelle, un exercice de gnose auditive ou de rythme et un recueil du vécu de la séance par participant. Les résultats ont porté sur la différence des performances aux épreuves pré et post atelier. Alors que pour le MMSE, la différence entre les tests, réalisés avant et après les 12 séances, n'est pas significative ($p > 0,1$), pour le MIS, le CMAI, la GDS, l'IA et la BREF, une différence entre le pré-test et post-test est observée ($p < 0,05$). Bien que préliminaire, ceci met en

avant un bienfait des ateliers de musicothérapie active avec des répercussions positives sur plusieurs domaines (mnésique, troubles du comportement, dépression, apathie, fonctions exécutives). De futures recherches permettront de confirmer et généraliser ces résultats.

Méthode Hamaidia de l'art thérapie moderne

Ali Hamaidia, Sétif (Algérie)

hamaidiali@yahoo.fr

Le recours à d'autres techniques psychothérapeutiques est de mise suite à l'affirmation de limites des méthodes thérapeutiques jusque-là classiques. Et l'art thérapie consiste à l'usage de la création artistique et les supports plastiques comme outils médiateurs permettant aux patients d'exprimer leurs angoisses ; dans une conception qui vise à détourner le symptôme psychique vers une création artistique et/ou l'interprétation d'un choix fait dans ce domaine et déterminer les causes appropriées.

La méthode Hamaidia en art thérapie, présentée dans le poster, est le résultat de quelques années de recherche empirique de son auteur, et est inspirée des travaux de Richard Forestier et Bernard Chouvier sur l'usage des activités artistiques à des fins thérapeutiques. Dans cette méthode nous devons élaborer un protocole thérapeutique pour chaque patient. Le protocole en question comporte les points suivants (développés dans le poster) : l'objectif général de l'atelier thérapeutique ; le cheminement (Ch) thérapeutique avec les sites d'action (SA) et les niveaux d'organisation (NO) qui peuvent faire apparaître des cibles thérapeutiques (C); puis, la nature de l'activité. Cela dans le but d'user l'art de façon plus méthodique dans le champ clinique, et sortir de l'aspect "loisir" ou encore interprétatif de la production artistique du patient, donc utiliser l'art à titre curatif et non pas de diagnostic.

Bibliographie :

1. BRUN A. (2003), « Historique de la médiation artistique dans la psychothérapie psychanalytique », *TOPIQUE*, Paris, n° 10, pp. 01-25.
2. BRUN A., CHOUVIER B., ROUSSILLON R. (2013), *Manuel des médiations thérapeutiques*, Paris, Dunod.
3. CHOUVIER B. & Coll. (2002), *Les processus psychiques de la médiation*, Paris, Dunod.

Génétique et suicide : données récentes et perspectives

Marine Le Floch, Angers

leflochm@laposte.net

G. Ifrah, B. Gohier, D. Le Gal

Introduction : la genèse du suicide s'inscrit dans le modèle stress-vulnérabilité. La part génétique du processus est encore mal connue. L'objectif de cette revue de la littérature est de réunir les données génétiques récentes impliquées dans l'apparition du processus suicidaire et d'identifier les perspectives cliniques que nous offrent ces nouvelles connaissances.

Méthode : nous avons effectué une revue de la littérature via un outil de recherche avancée sur PubMed, The Cochrane Library et ScienceDirect en utilisant les mots clefs : genetic variations, suicides, ideation suicidal, process epigenetic. Au total, 19 articles publiés entre 2001 et 2019 ont été retenus avec une médiane de publication en 2016.

Résultats : aucune étude recensée dans cette recherche n'a identifié l'implication significative d'un gène spécifique dans la genèse du processus suicidaire. En revanche, plusieurs polymorphismes de gènes codants dans des voies du métabolisme

enzymatiques de la sérotonine (tryptophane hydroxylase et monoamine oxydase de type A) et des voies d'acheminement (récepteur et transporteur) sont significativement plus présents chez les patients présentant un phénotype suicidaire. De plus, la dérégulation du stress oxydatif intracérébral par un polymorphisme de ACP1 favorise le passage à l'acte suicidaire. Discussion : l'implication de la génétique dans l'apparition de conduites suicidaires est complexe et passe principalement par la modulation de la réponse sérotoninergique intracérébrale. Les limites notables des études recensées sont liées à leur manque de puissance et aux biais d'attrition et de confusion.

L'épigénétique permet de faire le pont entre génétique et environnement et répond au caractère inconstant des idées suicidaires. Le dosage des marqueurs issus des modifications transitoires de l'ADN permet de suivre l'évolution des idées suicidaires et la réponse au traitement antidépresseur, ce qui peut représenter un intérêt pratique au quotidien.

Dépression et axe hypothalamo-hypophysaire : à propos de deux illustrations cliniques

Abdelkrim Messaoudi, Tizi-Ouzou (Algérie)

akmessaoudi@yahoo.fr

La survenue de troubles mentaux au cours de pathologies endocriniennes est un fait établi depuis plus d'un siècle.

Les mécanismes sous-jacents de la dépression demeurent incompris. La pharmacothérapie actuelle, largement basée sur l'hypothèse monoaminergique.

La notion de stress, d'anxiété, d'angoisse, et de dépression en hormonologie est vraiment d'une importance fondamentale.

Hypothèses neurobiologiques de la dépression :

1- l'hypothèse monoaminergique (noradrénergique et sérotoninergique) proposée par Schildkraut en 1965.

2- Dérégulation de l'axe hypothalamo-hypophysaire,

3- Facteurs neurotrophiques

A travers cette communication, nous avons deux illustrations cliniques de l'hypothèse hypothalamo-hypophysaire.

Impact des antipsychotiques atypiques sur la qualité de l'observance thérapeutique chez les Schizophrènes

Abdelkrim Messaoudi, Tizi-Ouzou (Algérie)

akmessaoudi@yahoo.fr

Dans le domaine de la pathologie psychotique, les rechutes représentent une problématique importante dans la trajectoire des patients schizophrènes.

À l'origine de nombreuses réhospitalisations, ces rechutes sont généralement liées à un défaut d'observance thérapeutique.

On désigne par observance: adhésion au traitement, ou compliance, l'adéquation existant entre le comportement du patient et les recommandations de son médecin concernant un programme thérapeutique.

Les travaux prenant en compte la trajectoire des sujets schizophrènes confirment qu'une mauvaise observance et que l'abus de substances associées sont des éléments fréquemment retrouvés et corrélés à des taux de rechute importants, quels que soient l'origine sociale et l'environnement des patients.

S'il est évident que la qualité de vie des patients est améliorée par l'arrivée sur le marché de molécules de mieux en mieux tolérées et de plus en plus efficaces, la problématique de l'adhésion du patient au traitement reste toujours non résolue.

Les supports neuro-anatomiques des troubles anxieux

Abdelkrim Messaoudi, Tizi-Ouzou (Algérie)

akmessaoudi@yahoo.fr

Les troubles anxieux figurent parmi les troubles mentaux les plus répandus. Ils ont des répercussions individuelles, socio-économiques et sociétales énormes sur le plan de la perte de revenu, de la baisse de productivité, de la diminution de la qualité de vie et de la fréquence d'utilisation des services de santé, ce qui a encourager les chercheurs à approfondir leurs enquêtes étiologiques.

Une multiplicité d'études issues de différentes disciplines de recherche (neurobiologie, psychologie cognitive, épidémiologie), a pu présenter entre temps des résultats convaincants sur l'importance de certaines composantes des modèles.

Les supports neuro-anatomiques restent parmi les explications les plus adoptées, justifiant les méthodes pharmacologiques dans la prise en charge. Malgré des efforts immenses de recherche, il n'y a jusqu'à nos jours encore aucune explication complète et satisfaisante concernant l'étiologie et la pathogenèse probablement très complexe des troubles anxieux.

Selon l'état actuel des connaissances, les troubles anxieux sont à ramener tant aux facteurs d'influence neurobiologiques que psychologiques. Cependant, la nature de l'effet commun des facteurs supposés reste encore inconnue. Ce point de vue suggère un choix de méthodes de traitement clinique psychologiques et aussi médicamenteux orienté vers la caractéristique individuelle du trouble.

La toxicomanie et les conduites suicidaires

Abdelkrim Messaoudi, Tizi-Ouzou (Algérie)

akmessaoudi@yahoo.fr

Depuis quelques années, on observe une recrudescence de certains comportements autodestructeurs. Les comportements suicidaires et la consommation de drogue apparaissent de façon de plus en plus précoce. La littérature met en évidence plusieurs similitudes entre la consommation de drogue et le suicide.

De nombreuses recherches ont démontré que la consommation de drogue est fréquente chez les personnes qui ont tenté de se suicider ou qui ont des idées suicidaires

Les suicides dus à la toxicomanie passent pour un des indicateurs les plus pertinents pour évaluer la dimension et la gravité de ce problème social ; il sert également de critère à l'évaluation des politiques nationales en matière de drogue.

Facteurs associés à l'épilepsie: étude cas-témoins dans la population libanaise

Lara Mroueh, Limoges & Hadath (Liban)

laramroueh@outlook.com

Farid Boumediene, Jeremy Jost, Voa Ratsimbazafy, Pierre-Marie Preux, Pascale Salameh, Amal Al-Hajje

Introduction: Les facteurs de risque liés à l'épilepsie au Liban ne sont pas connus par manque de données épidémiologiques. L'identification de ces facteurs est une étape importante pour prévenir et réduire le risque de l'épilepsie.

Objectifs: L'objectif de cette étude est d'identifier les facteurs associés à l'épilepsie dans la population Libanaise.

Méthodes: Une étude cas-témoins est réalisée en recrutant des personnes épileptiques chez des neurologues et des témoins à partir des médecins généralistes à Beyrouth durant une période

de 12 mois. La collection des données est basée sur un questionnaire standardisé rempli durant un entretien avec chaque patient. Une analyse bivariée, suivie par une régression logistique sont effectuées à l'aide du logiciel SPSS version 20.

Résultats: Quatre cent quatre cas et huit cent huit témoins sont recrutés dans cette étude. Les tumeurs cérébraux (OR=4.8; 95%CI 1.9-11.7; $p=0.001$), les accidents cérébrovasculaires (OR=4.4; 95%CI 2.4-8.1; $p<0.001$), les antécédents familiaux épileptiques (OR=3.7; 95%CI 2.5-5.5; $p<0.001$), les méningites (OR=2.7; 95%CI 1.1-6.6; $p=0.03$), et les traumatismes crâniens (OR=2.3; 95%CI 1.6-3.2; $p<0.001$) sont des facteurs associés fortement à l'apparition de l'épilepsie. La rougeole sévère (OR=2.0; 95%CI 1.3-3.0; $p=0.001$), l'accouchement par césarien (OR=2.0; 95%CI 1.3-3.1; $p=0.002$), l'habitat en milieu rural (OR=2.0; 95%CI 1.3-2.9; $p<0.001$), la consommation excessive d'alcool (OR=1.9; 95%CI 1.2-2.9; $p=0.004$), la consanguinité parentale (OR=1.6; 95%CI 1.1-2.3; $p=0.008$), et la dépression (OR=1.51; 95%CI 1.05-2.19; $p=0.03$) sont aussi des facteurs trouvés associés à l'épilepsie.

Conclusion: Les tumeurs cérébrales, les accidents cérébrovasculaires, et les méningites doivent être traités d'une manière efficace pour réduire le risque des complications. Le développement des stratégies de prévention est nécessaire pour diminuer le risque des traumatismes crâniens et des infections du système nerveux central.

Mots-clés: Epilepsie, Facteurs de risque, Prévention, Liban

Facteurs affectant l'observance médicamenteuse des épileptiques libanais

Lara Mroueh, Limoges & Hadath

laramroueh@outlook.com

Farid Boumediene, Jeremy Jost, Voa Ratsimbazafy, Pierre-Marie Preux, Pascale Salameh, Amal Al-Hajje

Introduction: L'épilepsie reste un problème de santé majeur. L'observance médicamenteuse est nécessaire pour augmenter l'efficacité du traitement.

Objectifs: Cette étude vise principalement à évaluer l'observance aux antiépileptiques et secondairement à trouver les facteurs associés à l'observance et au contrôle de l'épilepsie.

Méthodes: Une étude transversale est réalisée avec des patients recrutés des cliniques des neurologues à Beyrouth. L'observance est évaluée à l'aide de l'échelle de Morisky (MMAS-4). Une épilepsie est contrôlée en cas d'absence de crises durant les 6 derniers mois.

Résultats: Parmi 250 personnes épileptiques recrutés, la durée moyenne de l'épilepsie est de 13.7 ± 12.8 années. Le valproate est l'antiépileptique oral le plus prescrit. Près de 60.8% des patients présentent une épilepsie partielle. Une épilepsie non contrôlée est présente chez la majorité des participants (55.2%), avec seulement 32.4% observants à leur traitement. L'observance médicamenteuse augmente en cas d'un traitement efficace (OR=4.9; 95%CI 1.2-20; $p=0.03$), d'une épilepsie contrôlée (OR=3.4; 95%CI 1.6-7.1; $p=0.001$), et chez les patients diagnostiqués à l'âge de l'adolescence (12-20 ans) (OR=3.1; 95%CI 1.1-8.4; $p=0.03$). Au contraire, l'observance diminue quand le traitement est un fardeau économique (OR=0.2; 95%CI 0.1-0.4; $p<0.001$), et chez les patients dépressifs (OR=0.4; 95%CI 0.2-0.9; $p=0.04$). En outre, le contrôle d'une épilepsie augmente chez ceux qui contactent le neurologue lors d'apparition d'une crise, chez les observants, et après une longue durée de la maladie, mais il diminue chez ceux qui ne respectent pas les recommandations du neurologue durant le jeûne.

Conclusion: L'observance au traitement antiépileptique est sous-optimale dans la population libanaise, ce qui aboutit à une

épilepsie non contrôlée. L'identification des facteurs affectant l'observance et le contrôle de l'épilepsie aide les cliniciens à élaborer des

Les jeunes adultes : enjeux psychopathologiques et sociologiques

Paul du Roy, Bruxelles (Belgique)

p.duroy@epsylon.be

L'allongement des études, les difficultés d'accès au logement, les problèmes financiers et un sentiment d'incertitude face à l'avenir semblent prolonger la dépendance des jeunes soit à leurs parents soit aux institutions sociales en cas de rupture familiale. Une nouvelle catégorie d'âge dénommée "jeunes adultes" voit le jour avec ses difficultés propres. Plus tout à fait adolescents et pas encore adultes, ces jeunes sont confrontés à l'injonction de l'autonomie sans en avoir les outils. C'est un âge critique du point de vue de la psychopathologie car les premières décompensations psychotiques notamment peuvent survenir durant cette période. C'est l'âge de l'acquisition de la majorité légale, du choix des études, des premiers engagements amoureux et de la séparation de la famille d'origine. Si un premier contact avec la psychiatrie est nécessaire, celui-ci est déterminant du point de vue du diagnostic et de l'orientation thérapeutique. La définition du jeune adulte, les caractéristiques sociales de cette population, les concepts de majorité, maturité, autonomie et hétéronomie sont abordés lors de la présentation. L'objectif est de sensibiliser les soignants à travers l'expérience d'un réseau de soins multimodal (unité d'hospitalisation, hôpital de jour, communautés thérapeutiques, appartements supervisés et traitement ambulatoire) dédié aux jeunes de 18 à 25 ans qui se développe dans un milieu citadin (Bruxelles).

Références :

Veilleux, C. & Molgat, M. (2010). Que signifie être jeune adulte aujourd'hui? Les points de vue de jeunes adultes ayant reçu un diagnostic de maladie mentale. *Reflets*, 16, (1), 152-179. <https://doi.org/10.7202/044446ar>

Vincenzo Cicchelli, *Recherches et Prévisions* n° 68-2001. Les jeunes adultes comme objet théorique

Mots clés : jeunes adultes-autonomie-premier épisode psychotique- réseau de soins

Dépistage du syndrome d'apnée obstructive du sommeil chez les patients hospitalisés pour un trouble de l'usage d'alcool

Ecaterina Sandu, Tours

katy_sandu@yahoo.com

S.Barrault, N. Ballon, E. Mollat, M.E. Raymond, W. El-Hage, P. Brunault, H. El Ayoubi

Introduction : Le risque de syndrome d'apnées obstructives du sommeil (SAOS) (Simou et al. 2018) est augmenté de 25% chez les consommateurs d'alcool mais le dépistage du SAOS n'est pas systématique. L'objectif était (1) d'estimer la prévalence du SAOS et (2) de déterminer le profil psychiatrique et addictologique associé à un dépistage positif.

Méthode : Étude transversale monocentrique (Centre Hospitalier Louis Sevestre) réalisée de novembre 2018 à avril 2019 chez 116 patients, deux semaines après leur admission pour TUA. Les patients ont répondu au questionnaire de Berlin (Chiu et al. 2017), et rempli l'AUDIT (Alcohol Use Disorder Identification Test), le CAST (Cannabis Abuse Screening Test), le FTND (Fagerstrom Test for Nicotine Dependence) et l'HAD (Hospital Anxiety and Depression scale).

Résultats : Le risque de SAOS est évalué à 40,2%. Les patients à risque de SAOS sont plus souvent des femmes (65% vs. 37%, $p=,014$), avec un IMC plus élevé ($p=,001$) et des symptômes dépressifs ($p=,02$) et anxieux plus sévères ($p=,07$), mais sans différence statistique pour les variables addictologiques (scores AUDIT, FTND, CAST).

Conclusion : La prévalence de 40,2% du SAOS pointe l'intérêt d'un dépistage systématique et d'une collaboration entre addictologues et spécialistes du sommeil. Les symptômes anxieux et dépressifs doivent orienter vers la recherche d'un SAOS chez les patients hospitalisés pour un TUA.

Références

Simou et al. Alcohol and the risk of sleep apnea: A systematic review and meta-analysis. *Sleep Med* 2018;42:38-46.

Chiu et al. Diagnostic accuracy of the Berlin questionnaire, STOP-BANG, STOP, and Epworth sleepiness scale in detecting obstructive sleep apnea: A bivariate meta-analysis. *Sleep Med Rev* 2017;36:57-70.

Enjeux de la prise en charge psychiatrique des patients porteurs du syndrome de microdélétion 22q11 : Revue de littérature

Nathalie Sfeir, Angers

nathsfeir@hotmail.com

E. Riquin, E. Colin, P. Duverger, D. Bonneau

Il s'agit du syndrome microdélétionnel le plus fréquent. Il existe une très grande variabilité phénotypique, et notamment psychiatrique. Des retards de diagnostics et de prise en charge sont fréquemment observés. De même, un constat est fait d'un manque de formation des soignants, et de structures adaptées. L'objectif de ce poster est de rappeler brièvement sa fréquence et sa variabilité phénotypique. Puis, un schéma résume les données de prévalence des troubles psychiatriques. Ensuite, à l'aide d'une revue de la littérature, j'aimerais proposer : 1) un résumé sur les facteurs prédictifs de transition psychotique spécifique à ce syndrome, 2) évoquer les traitements à proposer (tenant compte des mécanismes de résistance fréquents), 3) terminer par les thérapeutiques non médicamenteuses approuvées chez ces patients.

La conclusion porte sur l'intérêt d'un dépistage précoce de troubles psychiatriques chez les enfants porteurs de cette délétion.

La catatonie n'est pas qu'une affaire de vitamine B12

Silviu Tomulescu

reda.boukakiou@hcuge.ch

Flora Koegler, Reda Boukakiou

La catatonie est un syndrome psychomoteur aux étiologies multiples, aussi bien psychiques qu'organiques, et dont dépend le traitement [1, 2]. Elle est associée à la carence en vitamine B12 dans la littérature [4-6].

Une femme de 45 ans est hospitalisée pour un alitement prolongé au domicile et un indice de masse corporelle (IMC) à 12,8 kg/m². L'examen clinique met en évidence une catatonie et une cachexie sévère avec un Nutrition Risk Screening (NRS) à 5. Après levée de la catatonie par lorazépam, un syndrome démentiel apparaît avec un Mini-Mental State à 16/30. Sur le plan biologique, une polycarence vitaminique est constatée : B1, B3, B6, B9, vitamine C et vitamine D. La vitamine B12 est normale. Aucun syndrome carenciel spécifique n'est retenu, hormis un scorbut. Un traitement par complexes vitaminiques et oligoéléments IV permet une rémission rapide et spectaculaire du tableau clinique. Les bilans

d'exclusion sont normaux. L'évaluation psychiatrique conclut à une restriction volontaire de l'alimentation en raison de croyances alimentaires bizarres sur un trouble schizotypique de la personnalité. Un traitement neuroleptique est instauré et la patiente quitte l'hôpital avec un IMC à 17,9. Le score MoCA (Montreal Cognitive Assessment) de sortie est à 30 vs 21/30 au début de l'administration des vitamines.

Ce cas illustre la complexité clinique d'une carence vitaminique globale nécessitant une collaboration entre psychiatres et internistes. Un tel état de dénutrition est rare dans les pays développés mais la piste d'une restriction volontaire dans un contexte de trouble psychiatrique ne doit pas être oubliée.

1. Fink et al (2006), Cambridge University Press ; 2. Serraj et al (2007), Médecine thérapeutique ; 3. Catalano et al (1998), Psychosomatics ; 4. Berry et al (2003), Acta Psychiatrica Scandinavica ; 5. Bram et al (2015), General hospital psychiatry ; 6. Proenca et al (2016), BMJ case reports

Mots-clés : catatonie, vitamin

Association entre Trouble Déficit de l'Attention/Hyperactivité et addiction à l'alimentation en service d'alcoologie

Julia Verbe, Tours

missia.verbe@gmail.com

H. El Ayoubi, N. Ballon, E. Mollat, J. Frammery, F. Bonnet-Brilhault, M. Grall-Bronnec, P. Brunault, S. Barrault

Introduction. Le Trouble Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité (TDAH) est un facteur de risque connu des troubles addictifs (1). De même, l'addiction à l'alimentation (AA) est associée au TDAH chez les patients souffrant d'obésité (2). Qu'en est-il des TDAH qui souffrent d'un trouble de l'usage de l'alcool (TUA) ?

Méthodes. Étude transversale mono-centrique, effectuée de novembre 2018 à avril 2019 chez 155 patients hospitalisés en Addictologie pour un TUA. Chaque participant a rempli par auto-questionnaire les données socio-démographiques, la modified Yale Food Addiction Scale, la Binge eating Scale, l'Adult ADHD Self-report scale et la Wender Utah Rating Scale. Ont également été mesurés l'IMC et les critères DSM-5 du TUA.

Résultats. Les prévalences auto-rapportées de TDAH étaient de 19,4% et d'AA de 9,7%. 80% des patients avec AA n'avaient pas de comportement boulimique à risque. Le TDAH était associé avec l'AA ($p=,005$). Le nombre de symptômes d'AA ($p<,01$) et le score de BES ($p=,05$) étaient significativement associés au TDAH. Les patients avec TDAH présentaient un TUA significativement plus sévère. L'IMC n'était pas associé au TDAH.

Conclusion. L'AA est fortement associée au TDAH. Il y a un intérêt à explorer le phénotype AA et son impact en population addictologique et dans des populations avec des complications somatiques communes.

• Luo SX, Levin FR. Towards Precision Addiction Treatment: New Findings in Co-morbid Substance Use and Attention-Deficit Hyperactivity Disorders. *Curr Psychiatry Rep.* 2017 Mar;19(3):14.

• Brunault P, Frammery J, Montaudon P, De Luca A, Hankard R, Ducluzeau PH, et al. Adulthood and childhood ADHD in patients consulting for obesity is associated with food addiction and binge eating, but not sleep apnea syndrome. *Appetite.* 2019 May 1;136:25-32.

Mots clefs : trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité, addiction à l'alimentation, trouble de l'usage de l'alcool.



Prix "Première communication" de l'association du CPNLF

La schizophrénie, une pathologie de la conscience ?

Lucie Berkovitch

Centre Hospitalier Sainte-Anne

lucie.berko@hotmail.com

La schizophrénie est une pathologie psychiatrique protéiforme, sévère et fréquente, dont la physiopathologie est encore mal connue. De nombreux travaux ont décrit les symptômes cliniques, les anomalies cognitives et les perturbations cérébrales de ce trouble, mais le lien entre ces différents niveaux de description demeure difficile à établir. La conscience peut être définie comme la capacité à avoir des représentations mentales accessibles et rapportables.

Or l'un des symptômes caractéristiques de la schizophrénie est le délire, ensemble de croyances anormales et envahissantes, imperméables à la réalité. Les idées délirantes rapportées par les patients peuvent ainsi être considérées comme des représentations conscientes anormales. Plusieurs études ont montré que les personnes avec schizophrénie avaient une élévation du seuil de perception consciente, c'est-à-dire qu'elles avaient besoin d'être exposées plus longtemps à une information pour pouvoir la percevoir consciemment. En revanche, le traitement inconscient des informations et son retentissement sur le comportement ou l'activité cérébrale est préservé. D'après le modèle du global neuronal workspace, une information devient consciente lorsqu'elle est amplifiée par l'attention et diffusée à un réseau cérébral recrutant des aires disséminées et interconnectées. A l'aide de techniques d'imagerie cérébrale et d'électroencéphalographie, nous avons observé des perturbations de connectivité cérébrale anatomique et d'amplification attentionnelle chez les patients, qui pourraient expliquer les anomalies électives de l'accès conscient qu'ils présentent. Le défaut d'accès conscient pourrait en outre être à l'origine de l'émergence d'idées délirantes et d'autres symptômes psychotiques tels que la désorganisation psychique. Les voies glutamatergiques, connues pour être impliquées dans la connectivité longue-distance et l'amplification attentionnelle pourraient constituer un mécanisme neurobiologique de ces anomalies. Le prisme de la conscience permet de proposer une description unifiée des anomalies cognitives et cérébrales de la schizophrénie en les reliant à la phénoménologie et à la clinique de la psychose, et d'ouvrir la voie à de nouvelles pistes thérapeutiques.

Mots-clés : schizophrénie, conscience, attention, connectivité cérébrale

Le trouble stress post-traumatique est très comorbide du trouble du déficit de l'attention/hyperactivité chez des patients hospitalisés pour un trouble de l'usage d'alcool

Hussein El Ayoubi

CHRU de Tours

h.elayoubi@chu-tours.fr

102

Introduction : Plusieurs études montrent une association entre le trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH) et le trouble stress post-traumatique (TSPT). Il existe néanmoins très peu de littérature sur cette association chez des patients hospitalisés pour un trouble de l'usage d'alcool (TUA). Notre objectif était de confirmer cette association et d'explorer les spécificités des symptômes du TSPT chez des patients TDAH dans cette population clinique.

Méthodes : Ont été inclus 551 patients hospitalisés pour un TUA au Courbat (Centre de soins, de suite et de réadaptation addictologique) de janvier 2016 à octobre 2017. Ont été transversalement recueillis les données socio-démographiques, les événements de vie traumatisants, les symptômes du TSPT, les symptômes du TDAH adulte (Adult ADHD self-report scale) et le TDAH de l'enfant (Wender Utah Renter Scale). Le diagnostic de TDAH de l'adulte était retenu lorsque les patients étaient positifs aux deux questionnaires.

Résultats : La prévalence du TSPT était plus élevée chez les patients avec TDAH de l'adulte (84% contre 40% ; $p < .001$). Les patients TDAH étaient également plus jeune ($p < .001$), plus fréquemment des femmes ($p = .015$). Ils avaient également vécu plus d'événements traumatiques ($p < .001$) et les événements de type agression étaient associés avec le TDAH de l'adulte. Une corrélation entre symptômes du TDAH et sévérité du TSPT a été retrouvée.

Discussion : Les patients présentant un double-diagnostic TDAH de l'adulte et TSPT pourraient représenter une sous-population clinique spécifique. Les futurs travaux devront explorer l'impact du double-diagnostic sur l'évolution du TUA.

Mots-clés : Trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité de l'adulte ; Trouble stress post traumatique ; trouble de l'usage d'alcool ; double-diagnostic

Approche méthodologique de l'identification aux personnages de fiction : comment standardiser le risque de contagion suicidaire ?

Christophe Gauld

CHU Grenoble

chrisgauld@hotmail.fr

Contexte. La représentation cinématographique d'un suicide pourrait influencer le taux de suicide, par le biais d'un phénomène d'identification au personnage visualisé à l'écran. Lorsqu'elle conduit à l'imitation du geste suicidaire, cette projection identificatoire est nommée "effet Werther" (EW) ; son corollaire, responsable d'une prévention potentielle du phénomène suicidaire, s'intitule "l'effet Papageno" (EP). La vocation de ce travail est de fournir aux chercheurs et acteurs de santé publique un outil valide pour évaluer le retentissement des scènes de ce type sur le spectateur, tout en détaillant les processus émotionnels et cognitifs sous-jacents à l'oeuvre.

Objectifs et Méthode. Comprendre le rôle de l'identification au cinéma dans l'appropriation émotionnelle et cognitive de scènes de suicide. Élaborer et valider une grille d'analyse permettant, pour chaque long

métrage comportant au moins une scène de suicide, de quantifier le risque d'EW et le potentiel EP.

Résultats. Nous nous sommes appuyés sur trois bibliographies scientifiques : celles portant sur la contagion suicidaire, sur les études de communication, et sur les études sur le cinéma.

Concernant la grille, la fiabilité inter-juge a été évaluée lors de 2 séries successives de films ; la fidélité s'est appuyée sur la cohérence interne du construit. La validité convergente a été testée par l'administration conjointe d'une échelle d'empathie, d'éveil émotionnel et de valence émotionnelle, et d'un score d'identification. Notre hypothèse partait du principe que l'identification pourrait prédire les scores à la grille construite.

Conclusion. Nous avons pu analyser les effets jugés positifs et négatifs du film sur les comportements. Il s'avère également que la grille d'évaluation constitue un outil valide, fiable et utile pour mesurer le potentiel effet contagieux d'un acte suicidaire d'un personnage (EW), dans le cadre de la présentation cinématographique d'une scène de suicide.

Mots-clés : identification ; suicide ; effet Werther ; effet Papageno ; cinéma.

Une trologie perdante : hyperactivité physique, rigidité cognitive et anorexie mentale

Laura Di Lodovico

Centre Hospitalier Sainte-Anne

laura.dilodovico@yahoo.com

L'anorexie mentale se caractérise par une tendance persistante à l'hyperactivité physique malgré un état de dénutrition sévère. Tout en étant un facteur pronostic péjoratif avéré dans l'anorexie mentale,

l'hyperactivité physique a été explorée par peu de recherches et ses corrélats cognitifs sont encore mal connus. Cette étude pilote vise à fournir un modèle explicatif du rapport entre hyperactivité physique et rigidité cognitive dans cette pathologie. Un échantillon de primo-consultantes pour anorexie mentale et une population de contrôles sains ont été évalués en termes de rigidité cognitive et des multiples dimensions de l'activité physique, au moyen (1) de l'échelle de l'addiction au sport pour une évaluation qualitative, (2) du questionnaire « GLTEQ » pour une évaluation quantitative, rétrospective et déclarative, et (3) d'un monitoring de la fréquence cardiaque en continu par holter-ECG sur 72 heures pour une évaluation quantitative, prospective, objective et écologique. Après une comparaison entre les deux échantillons de la flexibilité cognitive et des attitudes envers l'activité physique, la nature de la corrélation entre rigidité cognitive et dimensions de l'activité physique est recherchée dans les deux populations. Une corrélation significative entre rigidité cognitive (score TMTb-a) et la quantité d'activité physique objectivement mesurée a été trouvée uniquement dans la population de patientes anorexiques ($p < 0,01$), qui montrent une flexibilité cognitive effondrée et une vulnérabilité majeure à l'addiction au sport par rapport aux contrôles sains ($p < 0,05$). L'analyse en composantes principales montre l'existence d'un construct multidimensionnel de l'activité physique, significativement corrélé avec la rigidité cognitive dans l'anorexie mentale ($p < 0,01$). Cette étude pilote montre une relation significative entre rigidité cognitive et activité physique qui pourrait justifier la persistance de cette dernière malgré la sévérité de la maladie. L'activité physique est évaluée ici de manière exhaustive et multidimensionnelle, montrant que l'évaluation objective de l'activité physique (monitoring holter-ECG sur 72h) offre une approche différente et utile.

À lire...aussi

Stratégies thérapeutiques des traumatismes

Sous la direction

de Mathieu Bilodeau et Wissam El-Hage

Liés à des événements divers (accidents, violences physiques ou sexuelles, guerres...), les traumatismes psychiques sont fréquents et augmentent la vulnérabilité psychologique et somatique. Ils constituent un facteur de risque majeur de trouble de stress posttraumatique et de dépression mais aussi d'addiction et de conduites suicidaires.

La recherche actuelle montre l'efficacité des psychothérapies dans le traitement des troubles de stress

post-traumatique. Quelles sont ces thérapies ? Dans quels cas se montrent-elles le plus efficaces ?

Ce livre a pour objectif d'offrir au lecteur les données cliniques et scientifiques sur les stratégies thérapeutiques disponibles pour la prise en charge des patients souffrant de troubles secondaires à des traumatismes psychiques.

978-2-86906-662-5 · 256 pages · 28 €

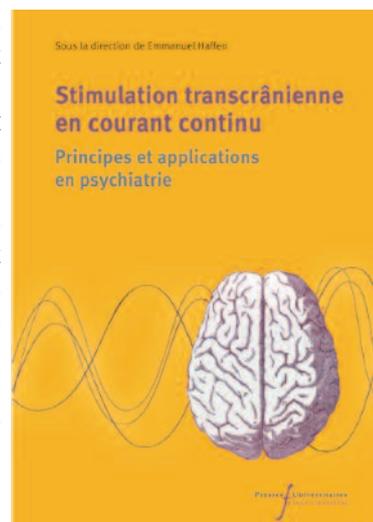


Stimulation transcrânienne en courant continu

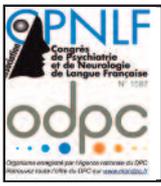
Emmanuel Haffen (dir.)

Sûre et peu coûteuse la stimulation transcrânienne en courant continu (tDCS) est en passe de connaître un essor considérable dans le traitement des pathologies neuropsychiatriques. Remise au-devant de la scène au début des années 2000 sous l'impulsion des neurophysiologistes, la tDCS est une technique relativement ancienne et non invasive. Sans effets indésirables connus, elle permet de moduler de manière transitoire l'activité et la connectivité du cerveau et possède de nombreuses applications cliniques. L'objectif de cet ouvrage collectif est de proposer un état des lieux des applications cliniques actuelles de la tDCS et de discuter des futures directions non seulement en termes d'indications thérapeutiques, mais aussi comme outil de recherche en neuroscience.

978-2-86906-662-5 · 256 pages · 28 €



<https://pufr-editions.fr>



Programmes de Développement Professionnel Continu de l'association du CPNLF

L'Organisme de DPC, Collège National pour la Qualité des Soins en Psychiatrie (ODPC-CNQSP) et l'association du CPNLF, proposent 4 programmes de DPC. Ces programmes de DPC comprennent deux étapes : une première étape d'apport de connaissances par la participation aux sessions spécifiques à chaque thème, sélectionnées par les comités scientifiques de l'ODPC-CNQSP et de l'association du CPNLF, puis, une seconde étape d'analyse des pratiques professionnelles après le 117e Colloque. La réalisation de ces 2 étapes, dont les modalités sont définies par la HAS, vous permet de valider vos obligations en matière de DPC

Information sur le Développement Professionnel Continu (DPC) que vous trouverez sur le site de l'association du CPNLF (<https://cpnlf.fr>)

Suivant le mode d'exercice des professionnels de santé, les grandes étapes de DPC sont les suivantes :

Pour un professionnel libéral ou exerçant en centre de santé conventionné (médecin, pharmacien, infirmier, orthoptiste et médecin exerçant en centre de santé conventionné) :

- Création d'un compte personnel
- Inscription à un programme sur www.mondpc.fr
- Participation au programme mis en oeuvre par un organisme de DPC
- Évaluation du programme suivi sur www.mondpc.fr
- Demande d'indemnisation (RIB obligatoire) en ligne sur www.mondpc.fr
- Contrôle du respect de l'obligation annuelle de DPC par l'ordre dont ils dépendent (médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, pharmaciens, masseurs-kinésithérapeutes, infirmiers et pédicures-podologues) ou par l'ARS

Pour un professionnel en établissement de santé

- Consultation de la liste des programmes permettant de valider l'obligation annuelle de DPC et des ODPC sur www.mondpc.fr
- Demande de prise en charge auprès du service formation pour de l'OPCA
- Participation à un programme mis en oeuvre par un organisme de DPC en ac
- Contrôle du respect de l'obligation annuelle de DPC par l'employeur ou l'instance ordinaire (médecins, pharmaciens)

Programmes de DPC proposés en marge du 117e colloque International de l'association du CPNLF

• Atelier DPC1 : L'entretien motivationnel ou l'art de la compréhension : Sa philosophie et sa mise en place

Suivi d'une évaluation des pratiques professionnelles (EPP)

Coordinateurs du programme : René Maarek, Président de l'union des pharmaciens (UPRP) & Patrick Martin (Paris)

• Atelier DPC2 : Troubles du sommeil et ses traitements

Suivi d'une évaluation des pratiques professionnelles (EPP)

Coordinateurs du programme : Carmen Schröder (Strasbourg) & Isabelle Poirot (Lille)

• Atelier DPC3 : Prendre en charge les enfants souffrant de trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH)

Suivi d'une évaluation des pratiques professionnelles (EPP)

Coordinateurs du programme : Cédric Galera (Bordeaux) & Manuel Bouvard (Bordeaux)

• Atelier DPC4 : Catastrophes et crises sanitaires

Suivi d'une évaluation des pratiques professionnelles (EPP)

Coordinateurs du programme : Cédric Galera (Bordeaux) & Manuel Bouvard (Bordeaux)

En pratique : modalités d'inscription et de prise en charge

Les inscriptions au programme de DPC sont à réaliser directement auprès de l'ODPC-CNQSP <http://www.odpc-cnqsp.org>

Par mail : eric.ducos@odpc-cnqsp.org ou solene.cirodde@odpc-cnqsp.org ; Par téléphone : 09 83 73 00 17



ACCREDITATION UEMS-EACCME (Union Européenne Des Médecins Spécialistes)

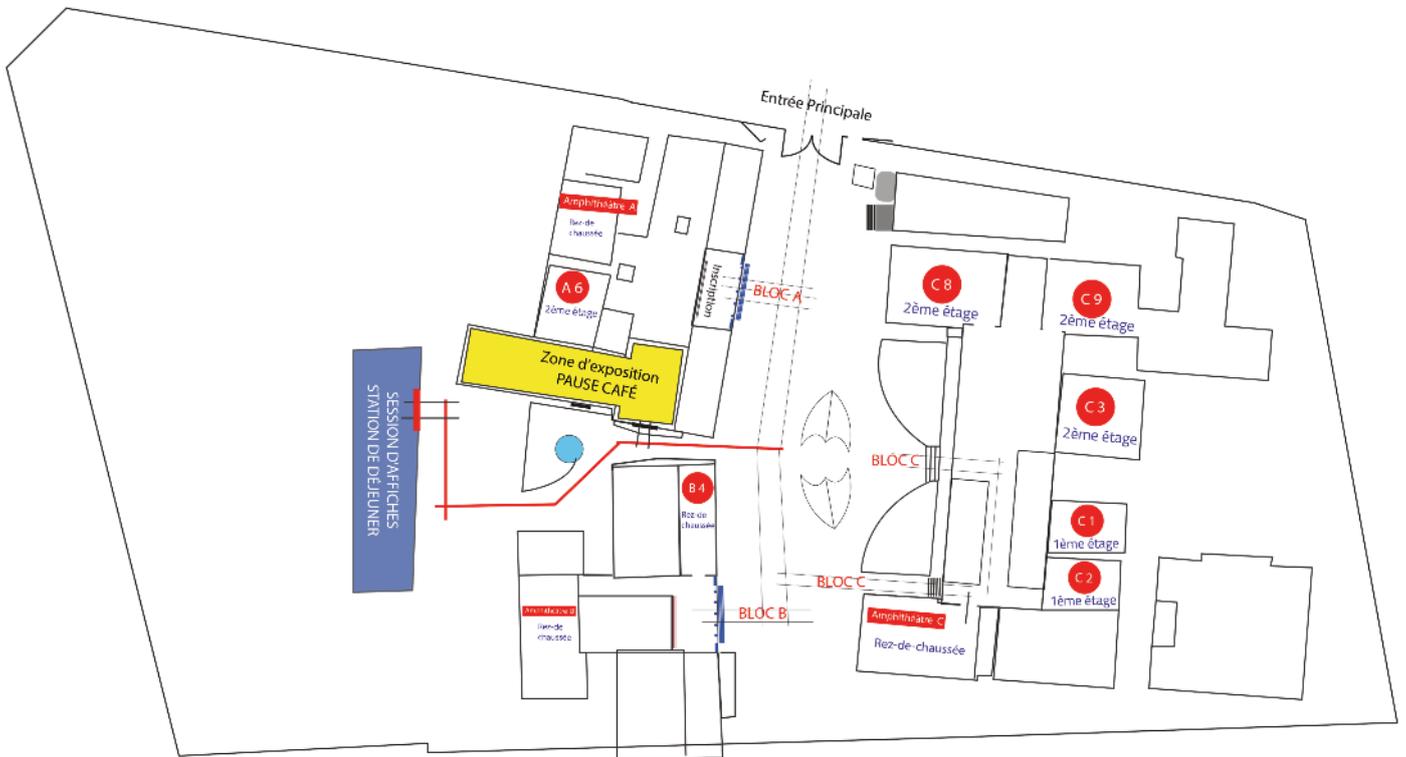
A l'attention des médecins n'exerçant pas en France : dans le cadre du 117e colloque international de l'association du CPNLF le programme scientifique de ces journées (19 au 21 juin 2019) bénéficie d'une accréditation UEMS-EACCME équivalent de 10 points de FMC.

L'attestation des points FMC / UEMS-EACCME est téléchargeable sur le site de l'association du CPNLF (cpnlf.fr) selon les modalités suivantes :

- Valider et obtenir votre attestation de présence aux sessions scientifiques (Thématique, débats, confrontations des pratiques, etc) hors symposium identifiés des partenaires de l'industrie du médicament.
- Réaliser l'évaluation des sessions auxquelles vous avez participé : à partir du questionnaire en ligne sur le site de l'association du CPNLF

Une fois ces étapes réalisées, vous pourrez obtenir votre attestation par mail auprès du secrétariat d'organisation et coordination : cpnlf.secret.coord@gmail.com

Plan du Campus et des Salles



Entrée Principale

BLOC, A

- Salles De Conférences
- 1-Amphithéâtre A, Rez-de-chaussée
- 2-Inscription, Rez-de-chaussée
- 3-Déjeuner, Rez-de-chaussée
- 4-Exposants, Rez-de-chaussée
- 5-Pause Café, Rez-de-chaussée
- 6-A 6, 2ème étage

BLOC, B

- Salles De Conférences
- 1-Amphithéâtre B, Rez-de-chaussée
- 2-B 4, Rez-de-chaussée

BLOC, C

- Salles De Conférences
- 1- Amphithéâtre C, Rez-de-chaussée
- 2- C1, C2, 1er étage
- 3- C3, C8, C9 2ème étage

Toilettes

Informations pratiques

LIEU DU 117e COLLOQUE

Campus des Sciences médicales - Faculté de Médecine - Université Saint-Joseph, Beyrouth



Née en 1875, l'Université Saint-Joseph, université de tradition jésuite, enseigne en français la médecine depuis 1883. Elle a diplômé en médecine plus de la moitié des médecins libanais puisqu'elle compte 6000 anciens issus de ses rangs. Sur les 7 facultés de médecine au Liban, elle est la dernière à enseigner exclusivement en français. Son hôpital d'application, l'Hôtel-Dieu de France de Beyrouth, est né en 1923 et est considéré le plus grand CHU du Liban, avec 450 lits. Le campus, plus que centenaire, qui se trouve situé en plein cœur de Beyrouth.

ACCUEIL

Inscription sur place : si vous n'êtes pas encore inscrit, présentez-vous à l'Accueil. Nous vous rappelons que l'inscription au 117e colloque international de l'association du CPNLF donne droit à l'adhésion gratuite en tant que membre de l'Association du Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de Langue Française pour un an.

Dès votre arrivée à l'Accueil, il vous sera remis :

- votre badge dont, pour des raisons de sécurité, le port est obligatoire pendant toute la durée du colloque .
- le livre scientifique du 117 colloque international de l'association du CPNLF
- la sacoche du colloque.

Les droits d'inscription incluent : Accès aux sessions scientifiques ; Documents du programme du 117e colloque ; Accès à l'exposition commerciale et zone poster ; Accès aux pauses-café ; Accès aux déjeuners

STAND DE L'ASSOCIATION DU CPNLF

Vous trouverez le stand de l'association du CPNLF près de l'accueil. Vous pourrez vous renseigner sur l'association, comment adhérer et payer votre cotisation si vous n'avez pas eu l'occasion de le faire.

Vous avez l'occasion de vous procurer les rapports de l'association du CPNLF à un tarif préférentiel.

STAND DE L'ODPC-CNQSP

Gestion des inscriptions 117e colloque international et DPC/Formation .

Vous trouverez sur ce stand l'emplacement ODPC . Vous pouvez y obtenir les renseignements et procédures DPC. Pour vous inscrire sur place aux DPC de votre choix : M. Eric Ducos (eric.ducos@odpc-cnqsp.org) & Mme Solène Cirodde (solene.cirodde@odpc-cnqsp.org) ou sur le site de l'association du CPNLF : <https://cpnlf.fr>

Les Programme de DPC mis en place par l'ODPC CNQSP (n° 1587)/CPNLF valorisable au titre du DPC sous réserve de sa publication. Il s'articule en trois temps:

- La participation aux sessions DPC dans les salles exclusivement au DPC
- Un temps d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) en groupe dans les salles dédiées exclusivement au DPC.
- Un temps de mise en œuvre et de mesure de l'action d'EPP suite au congrès sur le lieu de travail. **PARTENAIRES**

PARTENAIRES

L'exposition des partenaires industriels et associatifs se situe à la librairie de l'Université, au Bloc B

INFORMATIONS AUX INTERVENANTS ET AUTEURS

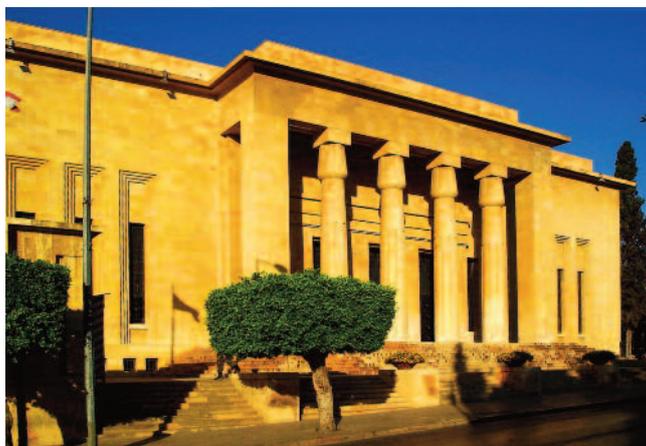
- Président ou modérateur de session : Nous vous remercions de bien vouloir vous rendre en salle de conférence au minimum 10 minutes avant le début de la session que vous présidez ou dont vous êtes le modérateur.

- Orateur : Nous vous remercions de bien vouloir de vous présenter à l'accueil au minimum 30 min avant le début de votre session. Une hôtesse vous indiquera les modalités de téléchargement de votre présentation informatique.

ACTIVITÉS CULTURELLES

• **Le jeudi 20 juin 2019 à 19h** : Amphi C de l'USJ aura lieu un concert dit de Musique Consolatrice par Anne Wischik, concertiste : illustration musicale du deuil, de la dépression, de la mélancolie, de la dépersonnalisation
Vous êtes cordialement invité(e).

• **Le vendredi 21 juin 2019 à 18h30** : Visite commentée du Musée national de Beyrouth.
Rendez-vous en face du bureau de l'inscription située à l'entrée de l'Université.
Vous êtes cordialement invité(e) sur présentation du badge du 117e colloque.



Le Musée national de Beyrouth est le principal musée archéologique du Liban situé rue de Damas à Beyrouth dans le quartier de Badaro. L'inventaire en comprend plus de 100 000 objets, dont la plus grande partie provient des fouilles entreprises par la Direction des antiquités. Environ 1 300 objets sont exposés de façon chronologique, depuis la Préhistoire jusqu'à la période mamelouke. Bien que la collecte des artefacts débutât dès la fin du premier conflit mondial, le musée n'ouvrit officiellement qu'en 1942. Le bâtiment en pierre ocre de style hellénistique a été bâti dans les années 30 par l'architecte Antoine Nahas.

Pendant la guerre civile libanaise, la rue de Damas sur laquelle se trouve le musée constituait la ligne de front séparant les fractions antagonistes baptisée Ligne verte. La bâtisse égyptisante fut alors fermée pendant 22 ans (1975 à 1997) ayant subi de lourds dommages durant la guerre, mais l'essentiel de ses collections ont pu être sauvées.

Après une vaste opération de rénovation, le Musée national a recouvré son importance, en particulier du fait de ses collections phéniciennes. Aujourd'hui, 520 pièces représentant l'art funéraire et datant du paléolithique jusqu'à l'époque ottomane, sont exposées dans le sous-sol du musée.



• **Le samedi 22 juin 2019 à 14h30** : Départ en car pour Byblos.
Rendez-vous en face du bureau de l'inscription située à l'entrée de l'Université

Byblos est une des plus anciennes villes du globe encore habitée. A l'image de son pays, la cité a été le croisement de nombreuses civilisations, croisement qui se traduit par ses nombreux sites historiques aux architectures très diverses. Vous pourrez visiter le site antique de la ville, où vous découvrirez colonnes romaines, murailles phéniciennes, fortifications perses, citadelle croisée. Élément incontournable du site, les tombes des rois de Byblos dont celle d'Ahiram. Son sarcophage possède l'inscription la plus ancienne de Phénicie. Celui-ci est désormais exposé au musée de Beyrouth.

Au-delà du site antique, vous découvrirez son port de pêche, véritable symbole de Byblos.



Visite organisée de la citadelle et repas de clôture du 117e colloque de l'association du CPNLF

Modalités pratiques :

- Dîner de clôture uniquement : 62 dollars US
- Dîner de de clôture avec transport et visite de la citadelle de Byblos : 100 dollars US
- Transport seul et visite de la citadelle de Byblos : 38 dollars US



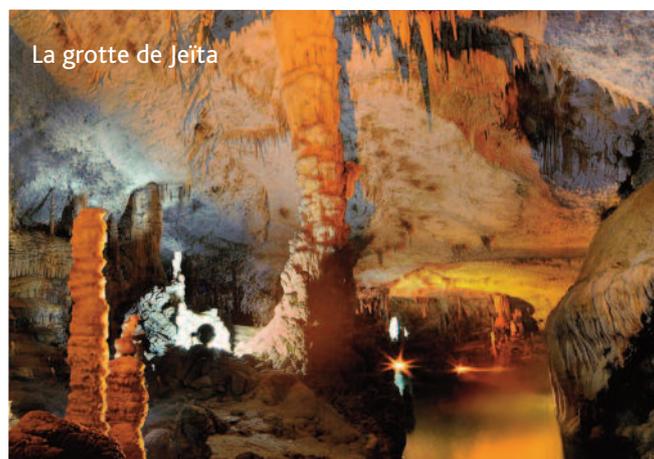
VISITES ORGANISEES OU NON DE BEYROUTH ET SES ENVIRONS

Un bureau de réservation de tour est situé près du bureau d'inscription à l'entrée de l'Université.

A voir à Beyrouth et dans ses environs :



Les roches de Raouche sont une formation naturelle, une série d'arches connues sous le nom de Pigeon Rocks, situées à une cinquantaine de mètres du rivage. La promenade de bord de mer – Avenida Paris – est connue comme la Corniche. Les roches peuvent être vues à partir de la Corniche mais aussi du pied des falaises.



La grotte de Jeïta est un composé de grottes karstiques interconnectées située à Jeïta à 18 kilomètres au nord de Beyrouth. Le complexe se compose de deux grottes. La grotte inférieure peut être visitée en bateau. La partie supérieure de la grotte a été découverte en 1958 par des spéléologues libanais. Située à 60 mètres au-dessus de la grotte inférieure, elle a été équipée d'une série de passerelles pour permettre aux touristes de faire des visites sûres sans perturber le paysage naturel. La caverne supérieure, qui abrite la plus grande stalactite, est composée d'une série de chambres. La plus grande chambre a une hauteur maximale de 120 mètres. La grotte de Jeïta fut l'un des 14 finalistes du concours des Sept nouvelles merveilles de la nature.



Le musée Nicolas Ibrahim Sursock, du nom de son fondateur, est le musée d'art moderne de Beyrouth. Il est situé rue Sursock, en plein cœur du prestigieux quartier historique d'Achrafieh .

Le musée Sursock est un modèle d'architecture libanaise brassant les styles vénitien et ottoman. Le bâtiment a été édifié en 1912 pour être la résidence privée de Nicolas Ibrahim Sursock, riche collectionneur d'art et mécène issu de la dynastie des Sursock et des Serra di Cassano. Selon les vœux testamentaires de son créateur, décédé en 1952, il fut confié à la charge du président du conseil municipal de Beyrouth afin de devenir un musée. Indépendamment d'une importante collection d'art moderne, le musée Sursock est riche d'une collection permanente de gravures japonaises et d'art islamique.

INFORMATIONS PRATIQUES (suite)

Les pauses déjeuners auront lieu aux Jardins des Botaniques.

Le repas est distribué sur présentation d'un coupon déjeuner.

Lors des déjeuners-débats, des Boîtes à Déjeuner seront distribuées.

RESTAURANTS

La ville offre un grand choix de cuisine libanaise réputée l'une des meilleures du bassin méditerranéen. Dans les petites ruelles comme Monot Street, à 5 mn en voiture du lieu du colloque, vous pourrez vous régaler ou encore chez :

- Badaro : à 5 minutes en voiture

+961 3 771 844

- Zaltouna Bay : en bord de mer à 10 minutes en voiture

+961 1 762 814

et bien d'autres...

TRANSPORT

La compagnie de taxi que nous utilisons est MOBI TAXI :
Tél. : +961 9 916 107

D'une manière générale, nous vous conseillons d'utiliser des taxis officiels, reconnaissables à leur macaron.

CHANGE

À Beyrouth 2 monnaies sont utilisées:

- LBP : Lebanese Pound (livre libanaise)

- USD : US Dollars

1 € = ± 1 690 livres libanaises

A FAIRE AUSSI

Nous vous proposons les promenades à pied au centre-ville de Ville de Beyrouth.

Vous pouvez aussi visiter un centre commercial, l'ABC à Achrafieh, à 5 minutes près de l'Université.

COMMUNIQUER...

Les langues parlées à Beyrouth sont l'arabe, le français et l'anglais. Vous trouverez toujours quelqu'un qui vous comprendra !

Première grande enquête sur la psychiatrie française et ses scandales

Les troubles psychiatriques concernent 12 millions de Français chaque année. Il suffit d'égrener le nom des pathologies concernées : dépressions, troubles bipolaires, autisme, schizophrénie, pour prendre conscience qu'elles nous concernent tous, de près ou de loin. Or, face à ces drames humains, un silence assourdissant persiste, qui dit beaucoup de la perception de la psychiatrie dans notre pays. Celle-ci se situe aux confluent de la méconnaissance, des amalgames, des préjugés, du déni, de la honte.

Nous avons ausculté l'organisation des soins en psychiatrie qui, en cinquante ans, est passée d'un idéal d'égalité, sur l'ensemble du territoire, à un dédale dans lequel plus personne ne se retrouve, même les acteurs les plus impliqués.

Nous avons voulu raconter ce système qui craque de toutes parts et engendre de la souffrance pour les malades, leurs proches et les équipes médicales.

Ce livre, rédigé en lien avec des associations de patients, entend dresser un diagnostic de la situation de la psychiatrie française (organisation des soins, inégalités sociales et territoriales, enjeux économiques, recherche), bâti sur les études, les récits des patients, de leurs familles et des soignants. Le système de soins en psychiatrie souffre, mais il recèle d'incroyables richesses humaines, d'initiatives et d'espérances que nous avons à cœur de partager ici. Nous espérons ainsi contribuer à la mutation de la psychiatrie en France pour qu'elle entre de plain pied dans ce siècle porteur de découvertes majeures, afin de mieux comprendre et soigner les maladies psychiatriques..

Marion Leboyer
Pierre-Michel Llorca

PSYCHIATRIE: L'ÉTAT D'URGENCE

PRIX DE
LITTÉRATURE POLITIQUE
EDGAR FAURE 2018

PRIX REGARD D'EDGAR

fayard

L'association du CPNLF

L'association du CPNLF, créée en 1889, reconnue d'utilité publique, est à l'initiative du plus ancien et l'un des plus prestigieux colloques de psychiatries francophones, se tenant chaque année dans une ville de France ou de la communauté francophone.

Elle perpétue ainsi la tradition des liens qu'elle a toujours établis avec les pays de la francophonie en termes d'échanges, en matière de formation, de connaissances scientifiques et de confrontation des pratiques et de par ses actions plurielles.

Elle cristallise cet état de l'art par l'aboutissement d'un travail collaboratif sous forme de deux rapports thématiques d'experts, dans la continuité de ce qui fut initié au XIXe siècle et qui fait partie de son identité et de son patrimoine.

Le développement professionnel continu (DPC) et l'élaboration de référentiels sont des objectifs prioritaires de cette société savante, reconnue pour la qualité de ses programmes de travail et pour la diversité des thématiques abordées.

Les jeunes psychiatres sont à l'honneur et liberté leur est faite de multiplier les initiatives au sein de cette association qui cherche ainsi à susciter et encourager les vocations dans la diffusion de travaux de recherche dans tous les domaines appliqués aux troubles mentaux en accordant différents prix et bourses.

Toujours innovante, l'association a mis en place une "Journée Pharmacien du CPNLF" pour favoriser les échanges et les collaborations entre psychiatres et pharmaciens, qui complétera ainsi celle organisée pour les soins infirmiers.

Cette société savante, c'est aussi ses commissions qui travaillent sur des thématiques spécifiques :



Francophonie



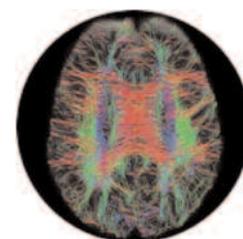
Innovation



Jeunes Psychiatres



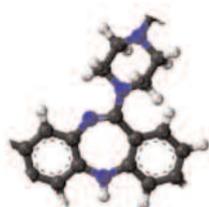
Médico-légale



Neurosciences
et neuropsychiatrie



Pédagogie



Pharmaco-Psychiatrie



Psychiatres Libéraux



Psychiatrie de la personne
âgée et neuropsychiatrie



Sommeil & éveil



Urgences - Psychotrauma
Réseaux de soins

Qu'est-ce que la Francophonie ?

Le terme francophonie est apparu pour la première fois vers 1880, lorsqu'un géographe français, Onesime Reclus, l'utilise pour désigner l'ensemble des personnes et des pays parlant le français. On parle désormais de francophonie avec un « f » minuscule pour désigner les locuteurs de français et de Francophonie avec un « F » majuscule pour figurer le dispositif institutionnel organisant les relations entre les pays francophones.

274 MILLIONS DE LOCUTEURS

La francophonie, ce sont tout d'abord des femmes et des hommes qui partagent une langue commune, le français. Le dernier rapport en date de l'Observatoire de la langue française, publié en 2014, estime leur nombre à 274 millions de locuteurs répartis sur les cinq continents.

Dès les premières décennies du XXe siècle, des francophones prennent conscience de l'existence d'un espace linguistique partagé, propice aux échanges et à l'enrichissement mutuel. Ils se sont constitués depuis en une multitude d'associations et regroupements dans le but de faire vivre la francophonie au jour le jour. Parmi ces organisations, on peut citer les associations professionnelles, les regroupements d'écrivains, les réseaux de libraires, d'universitaires, de journalistes, d'avocats, d'ONG et, bien sûr, de professeurs de français.

LA FRANCOPHONIE INSTITUTIONNELLE

Depuis 1970 et la création de l'agence de coopération culturelle et technique (ACCT) – devenue aujourd'hui **l'Organisation internationale de la Francophonie (OIF)** – les francophones peuvent s'appuyer sur un dispositif institutionnel voué à promouvoir la langue française et les relations de coopération entre les 84 États et gouvernements membres ou observateurs de l'OIF.

Ce dispositif est fixé par la Charte de la Francophonie adoptée en 1997 au Sommet de Hanoi (Vietnam) et révisée par la Conférence ministérielle en 2005 à Antananarivo (Madagascar) :

- Le Sommet des chefs d'État et de gouvernement – le Sommet de la Francophonie –, qui se réunit tous les deux ans, est la plus haute des instances politiques décisionnelles.
- La Secrétaire générale de la Francophonie est la clé de voûte de ce dispositif. Michaëlle Jean est la Secrétaire générale de la Francophonie depuis janvier 2015.
- L'Organisation internationale de la Francophonie met en œuvre la coopération multilatérale francophone au côté de quatre opérateurs :
 - l'Agence universitaire de la Francophonie (AUF)
 - TV5Monde, la chaîne internationale de télévision
 - l'Association internationale des maires francophones (AIMF)
 - l'Université Senghor d'Alexandrie.

Pour sa part, l'association du CPNLF, membre de l'Agence Universitaire de la Francophonie (AUF) d'Europe de l'Ouest, qui accueille traditionnellement à chaque colloque annuel des intervenants de Belgique, Suisse, Québec, Maghreb, Liban, Afrique noire francophone, a créé un Prix de la Francophonie destiné à récompenser un intervenant à son colloque annuel pour son action à promouvoir et à développer la collaboration scientifique entre son pays, la France et notre société savante.

LILLE

Le Nouveau Siècle
Place Pierre Mendès-France
17-19 juin 2020

118^e

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

CPNLF

