



**ASSOCIATION FRANCO-MAGHREBINE
DE PSYCHIATRIE**



CONGRESS BOOK

ASSISTANCE
PUBLIQUE  HÔPITAUX
DE PARIS

Instituts
thématiques  **Inserm**
Institut national
de la santé et de la recherche médicale

36^e Congrès Franco-Maghrebin de Psychiatrie

Jeudi 12 & Vendredi 13 Octobre 2017
Hôpital Européen Georges Pompidou - PARIS

LE DÉFI DES COMORBIDITÉS EN PSYCHIATRIE



Sous la présidence des
Pr Amine BENYAMINA et Dr Mohammed TALEB

36^e CONGRES FRANCO-MAGHRÉBIN DE PSYCHIATRIE

*Sous la présidence des
Pr Amine BENYAMINA et Dr Mohammed TALEB*



Les comorbidités dans le domaine de la psychiatrie sont plus la règle que l'exception. La prévalence des comorbidités est très importante, pouvant être supérieure à 50% dans la plupart des troubles mentaux qui présentent une évolution chronique. De nombreux travaux de la littérature mettent en évidence des dommages inquiétants en matière de santé publique (taux plus élevé d'hospitalisation, plus grande sévérité des troubles et des évolutions, plus grandes résistances aux traitements, plus grande fréquence des suicides...).

L'enjeu est de sensibiliser et d'informer les praticiens sur les nombreux aspects et complexités des expressions cliniques de ces comorbidités, les mécanismes physiopathologiques en jeu, les modèles théoriques qui les sous-tendent, les tableaux trompeurs, les défis et enjeux thérapeutiques et de savoir comment les repérer et comment les prendre en charge.

C'est tout l'objet de ce 36^e congrès Franco-Maghrébin de Psychiatrie, qui permettra de confronter les expériences des équipes de part et d'autre de la méditerranée.



Coordination médicale

ORGANISATION MÉDICALE

- Pr Amine BENYAMINA
- Pr Frédéric LIMOSIN
- Dr Rafik MASMOUDI
- Dr Mohammed TALEB

COORDINATION DU COMITE SCIENTIFIQUE

- Pr Michel Reynaud

Coordination générale - KATANA santé

Annie EGGERMANN

+33 (0) 6 07 78 50 83

a.eggermann@katanasante.com

Mathilde CATTEAU

+33 (0) 1 84 20 11 90

m.catteau@katanasante.com

LE DÉFI DES COMORBIDITÉS EN PSYCHIATRIE

SOMMAIRE

Le mot des présidents	p. 2
Programme.....	p. 4
Abstracts.....	p. 8
Liste des posters	p. 22



N° de formateur : 11922147392
N° de DPC : 15871700056-S1

Avec le soutien de



PROGRAMME Jeudi 12 Octobre 2017

8h45-9h00

ALLOCUTIONS D'OUVERTURE

J. DALERY - A. BENYAMINA - M. TALEB

9h00-9h45

CONFÉRENCE D'OUVERTURE

L'épigénétique et la transmission transgénérationnelle des traumatismes

I. MANSUY - Brain Research Institute (Zürich)

9h45-10h45

PLÉNIÈRE 1

Présidents : *J. DALERY - L. GAHA*

- Les hypothèses neuro-inflammatoires en psychiatrie
N. HAMDANI
- Immunogénétique des pathologies psychiatriques sévères :
l'exemple du trouble bipolaire
R. TAMOUZA

10h45-11h15

Pause

11h15-12h15

PLÉNIÈRE 2

Présidents : *F. KACHA - R. AALOUANE*

- Bouger : un pas vers une bonne santé ... mentale
P. VIDAILHET
- La comorbidité : facteur de risque de dépendance chez le sujet âgé
Situation en Tunisie et spécificités culturelles maghrébines
L. GAHA

12h15-13h15

SYMPOSIUM JANSSEN *présidé par M. TALEB*

Premiers épisodes psychotiques et substances psychoactives : les liaisons dangereuses

- Premier épisode psychotique : place des substances psychoactives
A. BENYAMINA
- Prise en charge des premiers épisodes de schizophrénie :
doit-on accepter la perte de chance ?
A. NIDAL-NABHAN

13h15-14h30

Pause déjeunatoire

14h30-15h30

ATELIER 1 - Auditorium

Etat des lieux de la santé mentale en post-révolution en Tunisie

Présidente : *R. GHACHEM-ATTIA*

- Santé mentale en Tunisie : état des lieux
R. GHACHEM - M. CHEOUR
- Trouble bipolaire et conduites addictives
R. LABBANE - W. HOMRI - S. BEN MUSTAPHA - R. GHACHEM
- Psychiatrie légale en post révolution
R. RIDHA
- Psychiatrie militaire : état des lieux
A. OUMAYA

LE DÉFI DES COMORBIDITÉS EN PSYCHIATRIE

ATELIER 2 - Salle bleue

La violence, manifestation psychique d'un trouble somatique

Présidents : *M-A. BENCHARIF - A. ZIRI*

Assesseur : *A. MESSAOUDI*

- L'examen clinique en psychiatrie et responsabilité du psychiatre
A. MESSAOUDI - A. ZIRI - S. SEKLAOUI - Service de psychiatrie - C.H.U. Nedir de Tizi-Ouzou - Algérie
- La violence ne peut être que psychiatrique ou errements d'un Wilson
E-S. MEZOUEE - L. CHAMI - S. SELAMAT - Service de psychiatrie légale - Hôpital psychiatrique Frantz FANON de Blida - Algérie
- Mère, criminelle malgré elle ?
S. SEKLAOUI - A. MESSAOUDI - A. ZIRI - Service de psychiatrie - C.H.U. Nedir de Tizi-Ouzou - Algérie
- Un processus tumoral criminogène
M-A. BENCHARIF - K. BESSEDIK - Y. SADOUKI - Service de psychiatrie légale - Hôpital psychiatrique Frantz Fanon de Blida - Algérie

ATELIER 3 - Salle verte

Pédopsychiatrie

Présidents : *G. BENJELLOUN - T. BENATMANE*

- Impact des difficultés cognitives / comportementales sur le langage des enfants atteints de paralysie cérébrale (IMOC et polyhandicapés) arabophones
S. BOUAKKAZE-ZAZOUN
- L'optimisme chez les adolescents hémodialysés au CHU Oran
R. OKBANI
- Trouble somatoforme chez le patient dialysé ou douleurs psychiques : quelle prise en charge ?
D.D. BATOUCHE - M. LAHMER - R. OKBANI
- La radicalisation des jeunes
C. PEREIRA

15h30-16h30

SESSIONS POSTERS

16h30-17h30

PLÉNIÈRE 3

Présidents : *D. PRINGUEY - A. AIT-MENGUELLET*

- TDAH de l'adulte : comorbidités addictives et enjeux thérapeutiques
O. KEBIR
- Troubles affectifs, addictions et comorbidités éthyliques
D. PRINGUEY - J-M. AZORIN - F. CHERIKH - F. JOVER

17h30-18h30

PLÉNIÈRE 4

Présidents : *B. BENBRAHIM - R. MANKOUR*

- Thérapie par réalité virtuelle dans les addictions
F. LEVY
- Comorbidités organiques dans les syndromes catatoniques de l'enfant et de l'adolescent
A. CONSOLI

PROGRAMME Vendredi 13 Octobre 2017

9h00-10h30

PLÉNIÈRE 5

Présidents : *G. DARCOURT - A. ZIRI*

- Les risques somatiques en pathologie mentale : utopie ou réalité ?
D. SARAVANE
- La dépression comme facteur de risque / pronostique de pathologies cardiaques ou cancéreuses
C. LEMOGNE
- Que nous apprennent les comorbidités somatiques dans la schizophrénie ?
S. MOUCHABAC

10h30-11h00

Pause

11h00-12h30

PLÉNIÈRE 6

Présidents : *M. REYNAUD - H. RAHIOUI*

- Le polygenic risk score (PGS)
P. GORWOOD
- Inflammation et schizophrénie : cause ou conséquence ?
P-M. LLORCA
- Troubles de l'humeur et Traumas
W. ELHADGE

12h30-14h00

PLÉNIÈRE 7

Présidents : *PM. LLORCA - R. MASMOUDI*

- Comment prendre en charge l'anxiété et la dépression dans les troubles des conduites alimentaires ?
N. GODART
- Dépression et addiction : l'apport de la thérapie interpersonnelle
H. RAHIOUI
- Complications psychiatriques de l'usage des NPS
L. KARILA

14h00-15h00

Pause déjeunatoire

15h00-16h00

ATELIER 4 - Salle bleue

Psychiatrie de liaison

Président : *M-T. BENATMANE*

- Comorbidités métaboliques et schizophrénie
« À propos d'une étude en milieu hospitalier algérois »
R. BELALTA - M-A. BENCHARIF - M-T. BENATMANE - M. NEDJARI
- Quels liens entre dépression, dysfonction érectile et cardiopathies ischémiques ?
À propos d'une collaboration entre psychiatre et cardiologue
F. ASSELAH - M-T. BENATMANE - M. NEDJARI - M-S. ISSAD
- Psychiatrie de liaison : à propos de sa pratique au CHU Mustapha
F. SBAIHI - F. ASSELAH - M. NEDJARI - M-T. BENATMANE

LE DÉFI DES COMORBIDITÉS EN PSYCHIATRIE

ATELIER 5 - Salle verte

Présidents : R. *GHACHEM-ATTIA* - F. *BOUCHENE*

- Impact de l'hépatite B ou C sur la qualité de vie des patients souffrant de troubles psychiatriques
M. BENSAIDA
- Comorbidité schizophrénie et troubles anxieux. Étude épidémiologique et clinique
H. BOUCIF
- Syndrome de Gorlin (Naevomatose baso cellulaire) et manifestations psychiatriques (schizophrénie, déficience mentale) à propos de 3 observations
O. BOUDGHENE-STAMBOULI

ATELIER 6 - Auditorium

Présidents : H. *ZEROUG-VIAL* - F. *CHERIKH*

Sexe, drogues et pathologies associées

L. KARILA

16h00-17h30

PLÉNIÈRE 8

Présidents : C. *LEMOGNE* - D. *BENMESSAOUD*

- Approche dimensionnelle en Addictologie : une lecture clinique pragmatique des conduites addictives et des troubles psychiatriques associés
M. DEMATTEIS
- Psychiatrie et addiction : qu'apportera l'e-médecine
M. REYNAUD
- Quelle Psychothérapie choisir dans les problématiques addictives ?
H. TYAL

17h30-18H30

CONFÉRENCE DE CLÔTURE

Présidents : G. *DARCOURT* - J. *DALERY*

Aux origines du langage : le paradoxe de la communication humaine

Pr J-L. *DESSALLES* -Telecom ParisTech

18h30

CONCLUSION & PERSPECTIVES

B. BENBRAHIM - *A. BENYAMINA* - *J. DALERY* - *M. TALEB*

CONFÉRENCE D'OUVERTURE

- L'épigénétique et la transmission transgénérationnelle des traumatismes
I. MANSUY - Brain Research Institute (Zürich)

Questions principales traitées

Comment l'environnement et les expériences personnelles influencent la santé mentale chez les individus exposés et comment cette influence peut-être transmise aux générations suivantes.

Résumé

L'ensemble du matériel génétique, ou code génétique, d'un individu est porté par l'ADN du noyau et des mitochondries présents dans les cellules. Il est hérité des parents par les gamètes (ovocyte et spermatozoïde) et détermine l'inné.

L'ADN forme les gènes qui codent pour des protéines, ainsi les séquences inter-géniques qui sont non-codantes et ont des fonctions régulatrices. Bien que contribuant à l'identité individuelle, le code génétique n'est pas l'unique déterminant d'un individu : le code épigénétique est tout aussi important et est un support biologique de l'acquis. Le code épigénétique (ou non-génétique) est formé par un ensemble de modifications et de marques présentes sur l'ADN et autour de l'ADN, et qui contrôlent l'activité des gènes et des séquences non-codantes.

Les marques épigénétiques sont multiples et complexes, et comprennent essentiellement la méthylation de l'ADN, les modifications biochimiques des protéines histones telles que l'acétylation, la phosphorylation, la méthylation, et les ARNs non-codants présents dans le noyau et le cytoplasme des cellules. Elles sont indispensables à l'établissement et au maintien de l'identité cellulaire et permettent à chaque cellule d'acquies des caractéristiques spécifiques par l'activation de certains gènes et la répression d'autres. Une partie de ces marques est transmise par les parents en même temps que le code génétique, mais la grande majorité est acquise au cours de la vie. Les marques épigénétiques s'établissent en fonction de l'environnement et des expériences personnelles, et contrairement au génome qui est relativement stable et peu modifié au cours du temps, elles sont dynamiques et constamment modulées de façon transitoire ou permanente. Elles varient fortement d'un individu à un autre. Dans le système nerveux, ces marques contrôlent les gènes nécessaires à la formation du cerveau pendant le développement, et déterminent l'activité des circuits liés aux fonctions cérébrales chez l'adulte.

Cette présentation montrera l'importance des marques épigénétiques dans le cerveau et leur contribution aux fonctions cognitives et comportementales chez l'adulte. L'accent sera mis sur les mécanismes épigénétiques liés aux traumatismes et au stress, et leur étude chez des modèles de souris/rats. La relation entre le bagage épigénétique de chaque individu et les différences inter-individuelles de susceptibilité au stress sera examinée. Les approches expérimentales permettant de modifier le profil épigénétique d'un individu par des facteurs environnementaux tels que le stress traumatique précoce seront décrites ainsi que la conséquence des altérations épigénétiques induites par ces manipulations sur l'individu directement exposé et sur ses descendants. Les dernières recherches sur les mécanismes possibles d'héritabilité épigénétique seront présentées.

PLÉNIÈRE 1

- Immunogénétique des pathologies psychiatriques sévères :
l'exemple du trouble bipolaire

*R. TAMOUZA - Pôle de Psychiatrie et Institut Mondor de Recherche Biomédicale
Hôpitaux Universitaires Henri Mondor - Créteil*

Les pathologies psychiatriques sévères sont maintenant admises pour être sous-tendues par des dysfonctionnements immunitaires résultants d'interactions complexes entre facteurs environnementaux (infections, stress précoce) et déterminisme génétique.

Un des meilleurs exemples est représenté par le trouble bipolaire (TB) qui est caractérisé par la présence, chez un nombre significatif de patients, d'un état inflammatoire chronique souvent accompagné de stigmates d'infections, de phénomènes auto-immuns et de comorbidités somatiques à valence immunitaire/métabolique. Ces observations étant fortement évocatrices de perturbations des réponses immunes innées et adaptatives, nous avons entrepris une analyse fine de la diversité immunogénétique de l'expression de molécules majeures des deux types de réponses : les Toll-like receptors (TLR-2, TLR4), point de départ de la réponse innée et le système HLA (human leukocyte antigen), acteur central de la réponse adaptative et de l'immuno-modulation. Nous avons pu observer des associations entre des polymorphismes fonctionnellement importants des gènes TLR-2 et TLR-4 et le risque de développer une forme précoce de TB ou des comorbidités auto-immunes. Nous avons aussi décrit un effet additif entre un polymorphisme TLR-2 et l'existence d'un stress infantile sévère sur la survenue de la forme précoce du TB.

Ces observations permettent non seulement d'évoquer l'hypothèse d'une réponse anti-infectieuse déficiente, durant des fenêtres neuro-développementales critiques, génératrice d'inflammation chronique et d'auto-immunité mais aussi l'implication du système HLA. De ce fait, nous avons pu montrer que des haplotypes HLA, connus pour être liés à des pathologies inflammatoires chroniques, étaient fortement associés au risque de développer un TB ou des présentations comorbides (cycles rapides, tendance suicidaire, symptômes psychotiques ou hypomanie lors du premier épisode). Enfin, nous avons aussi observé une association entre un variant immuno-toléro-génique HLA-G et le TB à début précoce. Pris dans leur ensemble et dans un contexte de pressions environnementales multiples et précoces (multiple hit model), ces résultats permettent d'émettre l'hypothèse que des déficiences de la réponse anti-infectieuse innée génétiquement déterminées pourraient être à l'origine de phénomènes inflammatoires chroniques ultérieurement exacerbés par des altérations de la réponse adaptative et de son contrôle et ainsi contribuer à la vulnérabilité à la pathologie.

PLÉNIÈRE 2

- Bouger : un pas vers une bonne santé ... mentale

P. VIDAILHET - Professeur de Psychiatrie

Hôpitaux Universitaires de Strasbourg - INSERM - U1114

Directeur de l'unité de simulation européenne en santé (INISIMES) de l'Université de Strasbourg

Les patients souffrant de troubles psychiatriques chroniques, particulièrement psychotiques, ont un risque de morbidité et de mortalité très supérieur à la population générale. Leur espérance de vie est réduite d'une dizaine d'années en moyenne. Les causes en sont multiples, liées à la maladie elle-même, aux traitements et à la stigmatisation persistante des troubles mentaux. Il existe en particulier une forte prévalence de facteurs de risques cardiovasculaires : surpoids, hypertension artérielle, diabète, dyslipidémie, tabagisme, addictions, avec comme conséquence des accidents cardio- et neuro-vasculaires plus précoces et plus fréquents (2 à 3 fois plus fréquents que dans la population générale). Il existe aussi une augmentation du risque d'infections, de troubles du sommeil et des rythmes, de certains cancers, de mauvaise hygiène bucco-dentaire. Ces pathologies somatiques aggravent l'évolution de la pathologie psychiatrique elle-même. Prendre soin de la santé somatique des patients souffrant de troubles psychiatriques chroniques est aujourd'hui considéré comme un enjeu majeur de leur prise en soin. Si celle-ci doit être globale, et traiter de l'alimentation, des soins dentaires, du sommeil, de la douleur, ou de la sexualité, nous aborderons essentiellement la question de l'exercice physique. Comme dans la population générale, l'exercice physique exerce des effets favorables non seulement sur le plan somatique, mais aussi sur des facteurs neurobiologiques, psychologiques et sociaux impliqués dans la physiopathologie des troubles mentaux. Comme dans la population générale, les bons conseils ne suffisent pas à modifier les comportements et les concepts et les méthodes développés par l'éducation thérapeutique peuvent être des outils utiles à connaître.

- La comorbidité : facteur de risque de dépendance chez le sujet âgé.

Situation en Tunisie et spécificités culturelles maghrébines

L. GAHA - Laboratoire de recherche LR05ES10

Faculté de Médecine de Monastir - Université de Monastir

La dépendance est une conséquence majeure du vieillissement nécessitant un programme d'aide adapté au contexte local. Cette perte d'autonomie est favorisée par les comorbidités en rapport avec des maladies physiques et/ou psychiques. Le dépistage et l'évaluation du degré de dépendance ainsi que l'évaluation de la comorbidité sont donc deux étapes primordiales dans la prise en charge précoce et adaptée des personnes âgées afin de limiter les dépenses de santé et d'assurer un vieillissement sans handicap.

À la lumière des données démographiques de l'Institut National de Statistique, nous exposons les facteurs de risque corrélés à la dépendance en soulignant l'impact socioculturel dans la prise en charge et les spécificités locales comme la solidarité intergénérationnelle à travers l'apport des aidants naturels et de la famille élargie. La politique de prévention au Maghreb et les enjeux de la mise en place des programmes de soins gériatriques adéquats sont discutés.

ATELIER 1

Etat des lieux de la santé mentale en post-révolution en Tunisie

Présidente : *R. GHACHEM-ATTIA*

- Santé mentale en Tunisie : état des lieux

R. GHACHEM - M. CHEOUR

Depuis la révolution de 2011, de nombreux changements ont eu lieu dans le pays. Dans cette étude, nous avons voulu reproduire en partie l'enquête santé mentale image et réalité, réalisée en 2005, pour préciser l'évolution de la prévalence des troubles mentaux dans notre pays.

Méthodes

Enquête de type transversal descriptif sur un échantillon de 300 personnes représentatif du gouvernorat de l'Ariana. Le matériel utilisé pour le repérage des troubles mentaux était le MINI. La prévalence d'au moins un trouble psychiatrique était de 52 %. Par rapport à 2005, une légère baisse a été observée pour les troubles dépressifs (35% vs 31%) et les troubles anxieux (de 37% à 33%). L'augmentation de la prévalence a été discrète pour les conduites addictives et plus importante pour les syndromes psychotiques et le risque suicidaire.

- Trouble bipolaire et conduites addictives

R. LABBANE - W. HOMRI - S. BEN MUSTAPHA - R. GHACHEM

Hôpital RAZI - La Manouba - Tunisie

Les conduites addictives sont très fréquentes parmi les patients atteints de troubles psychiatriques. La prévalence de cette comorbidité varie entre 16% et 36% selon les études. En cas de trouble bipolaire, elle est la comorbidité psychiatrique la plus importante et elle est estimée de 25 à 60% selon les études.

La nature de la relation entre le trouble bipolaire et la consommation abusive de substances est complexe et probablement bidirectionnelle et multifactorielle. Plusieurs hypothèses ont ainsi été soulevées pour expliquer un tel taux de comorbidité, proposant l'addiction comme un symptôme du trouble bipolaire, l'addiction comme automédication, le trouble bipolaire comme trouble secondaire de l'addiction, et l'existence de facteurs de risque partagés.

De nos jours, le terme de « Pathologie duelle » est en train de s'imposer et propose que l'apparition de cette comorbidité génère un nouveau type de pathologie qui change radicalement les symptômes du patient, et pas seulement au niveau quantitatif mais, surtout, au niveau qualitatif, avec l'apparition d'une nouvelle interaction dynamique entre les deux troubles qui vont connaître une évolution synergique permanente.

La comorbidité addiction-trouble bipolaire entraîne plus fréquemment l'aggravation des troubles de l'humeur, mais aussi du trouble addictif. En effet la comorbidité addictive induit des hospitalisations plus précoces, plus de symptômes psychotiques, d'états mixtes, de suicides et de troubles anxieux. Ceci quelle que soit l'origine de cette comorbidité.

De nombreuses études ont suggéré que la stabilité thymique peut améliorer les conduites de consommation abusive de substances et que le traitement des conduites addictives améliorerait l'évolution thymique.

Nous nous proposons dans ce travail :

- d'étudier les liens étroits entre la maladie bipolaire et les conduites addictives
- et d'exposer les résultats d'une étude que nous avons faite à Tunis sur la comorbidité trouble bipolaire et conduites addictives.

• Psychiatrie militaire : état des lieux

A. OUMAYA

La Psychiatrie Militaire a toujours été d'une importance capitale pour les armées et les pays de façon générale. De façon globale, elle a pour but de garder les militaires autant que possible en état opérationnel (conservation de l'effectif) et de traiter ceux qui sont atteints par des troubles psychiatriques. Ces rôles ont été bien assurés en Tunisie jusqu'à fin 2011 par 4 psychiatres avec un nombre moyen de consultations d'environ 50 par semaine.

Après la révolution du 14 Janvier 2011, on peut dire que la Psychiatrie Militaire a connu « sa propre révolution » dans le cadre d'une adaptation aux besoins de l'armée et du pays. En effet, en plus du fait que le stress - qui a considérablement augmenté durant ces années - constitue un facteur décompensant pour la majorité des troubles psychiatriques, cette « révolution psychiatrique » s'est vue nécessaire surtout à cause de la pathologie psychotraumatique qui existait auparavant mais n'a jamais été un problème aussi majeur. Le nombre de consultations a été multiplié par 10 et le nombre d'hospitalisations par 5. Plusieurs missions sur terrain ont été effectuées afin de fournir les soins adaptés le plus précocement possible et pour faciliter l'accès aux patients : Châambi à plusieurs reprises ; Bouchoucha ; Metline ; interventions auprès des familles des victimes. Pour faire face à cette nouvelle demande, l'équipe de psychiatrie s'est élargie au fil de ces dernières années par 4 psychiatres ; 8 psychologues (cliniciens, de travail et neuropsychologues) et une ergothérapeute. Plusieurs Coopérations en été également menées afin d'enrichir nos connaissances en matière de psychiatrie de guerre et de psychotrauma : coopération Tuniso-Hollandaise (Mars, Avril, Juin et Octobre 2014 ; Mai, Septembre et Octobre 2015) ; coopération Tuniso-Française (Juin 2017) ; coopération Tuniso-Américaine (Juillet 2017). Ces coopérations ont permis d'acquérir de nouvelles techniques thérapeutiques (notamment l'EMDR) et d'améliorer les mesures préventives existantes (tels que « Resiliency training » et « train the trainer programm »).

Ces progrès, quoique considérables, doivent être renforcés en diffusant et profitant des acquis certes, mais aussi en implémentant des programmes de prévention à grande échelle et en essayant toujours de se procurer d'autres moyens thérapeutiques pouvant être bénéfiques à nos militaires.

ATELIER 2

La violence, manifestation psychique d'un trouble somatique

Présidents : M-A. BENCHARIF - A. ZIRI

Assesseur : A. MESSAOUDI

• Un processus tumoral criminogène

M-A. BENCHARIF - Professeur médecin - Chef du service de psychiatrie légale

E. H. S. en psychiatrie « Frantz Fanon » - Blida - Algérie

K. BESSEDIK - Y. SADOUKI - Service de psychiatrie légale

Les données de la littérature rapportent que les troubles cognitifs et comportementaux sont observés dans 15 à 20% des tumeurs cérébrales et peuvent être révélateurs. Ces troubles peuvent aller d'une simple altération de l'attention et du raisonnement à une confusion mentale ou à un tableau de syndrome amnésique ou démentiel. Des symptômes psychotiques et dépressifs peuvent se voir. Cette variabilité dans l'expression clinique illustre la difficulté de la pose d'un diagnostic de tumeur devant des troubles psychiques. Certes le diagnostic a grandement bénéficié de l'imagerie médicale mais la question demeure, devant ce type de symptômes, de déterminer les éléments qui justifient d'y recourir. Cette difficulté est accrue en situation d'expertise, quand il s'agit de prendre une décision concernant l'article 47 du code pénal algérien concernant l'irresponsabilité pénale. Nous aborderons cette particularité à travers le cas d'un sujet ayant commis un acte médico-légal.

ATELIER 3

Pédopsychiatrie

- Impact des difficultés cognitives / comportementales sur le langage des enfants atteints de paralysie cérébrale (IMOC et polyhandicapés) arabophones

*S. BOUAKKAZE-ZAZOUN - Docteur en orthophonie - Maître de conférences
Département d'orthophonie et de psychologie - Université d'Alger 2 - Algérie
Praticienne - Orthophoniste à Alger*

- Introduction

L'enfant atteint de paralysie cérébrale, qu'il soit IMOC (infirmité motrice d'origine cérébrale accompagnée d'un handicap mental) ou polyhandicapé, présente des difficultés cognitives et comportementales qui ont un impact négatif sur la récupération du langage oral.

En effet, à partir de notre expérience personnelle, de notre observation fine de nos sujets pendant des années, ainsi que des travaux réalisés sur le fonctionnement langagier, nous avons compris que le fonctionnement cognitif est à la base de l'interprétation des retards de langage enregistrés chez les enfants paralysés cérébraux.

- Objectifs

Nous voulons mettre l'accent sur les troubles cognitifs spécifiques constamment présents dans la paralysie cérébrale (tels que les troubles perceptifs, attentionnels et de la mémoire). Associés aux troubles comportementaux (telles que l'agitation, l'opposition, colère, instabilité, stéréotypies), ils bousculent notre action sur le langage.

Préciser notre intervention tant sur le plan cognitif /comportemental que langagier.

- Matériel et méthode

Pour analyser le langage oral chez l'enfant paralysé cérébral, deux principaux niveaux sont évalués grâce à l'ETL (Education Thérapeutique du Langage), test de langage adapté pour enfants paralysés cérébraux/IMC, version algérienne (2007). Il s'agit du niveau de compréhension orale et le versant expressif.

- Résultats

Dans la paralysie cérébrale, lorsqu'on parle de troubles sémantiques ou troubles de compréhension orale, en fait, il est question de trouble perceptif et/ou gnosique et comportemental. Il importe de les détecter et de les prendre en charge. Autrement, ils peuvent affecter l'accès au langage et être la cause de mutisme. Par ailleurs, la dysarthrie ou l'anarthrie ainsi que les troubles cognitifs spécifiques s'inscrivent comme autres facteurs responsables des troubles de l'évolution et même de l'apprentissage du langage oral chez l'IMC.

- Discussion-conclusion

Les difficultés à communiquer liées à un handicap, physique et mental, sont énormes : problèmes moteurs, déficience intellectuelle, et aussi des troubles du comportement. La réalité des enfants polyhandicapés est qu'ils doivent être accompagnés dans les actes de la vie quotidienne mais aussi aidés dans leur communication, même s'il s'agit d'une communication non verbale. Ce sont ces concepts que nous voulons aborder dans cette communication.

- L'optimisme chez les adolescents hémodialysés au CHU Oran

R. OKBANI - Département de psychologie - Université ORAN 2 - Algérie

- Introduction

L'adolescent hémodialysé vit deux situations critiques celles de l'adolescence et de la maladie chronique. L'optimisme est une orientation de la vie où l'individu adopte une attitude positive envers l'avenir même s'il vit une situation critique (Jean Cottraux, 2010) définit l'optimisme comme « un état d'esprit par lequel on perçoit et interprète le monde de manière positive. Une personne optimiste a tendance à voir le bon côté des choses, à penser du bien des gens et considère que les événements, même difficiles prendront finalement une tournure heureuses ». L'objectif de notre étude est d'évaluer l'orientation de vie chez des patients adolescents hémodialysés .

- Patients et méthodes

Cette étude est une enquête réalisée auprès de 10 adolescents hémodialysés dont 2 filles et 8 garçons, au niveau de l'unité de dialyse enfant, service de réanimation pédiatrique du CHU d'Oran, du 10 au 20 mars 2016. Nous avons utilisé l'échelle d'orientation de vie (LOT-R) avec ses 10 items.

- Résultats

Les résultats de l'étude montrent que la moyenne d'âge des patients est de 16,6 ans [14-18 ans]. Les moyennes arithmétiques de l'échelle de l'optimisme dévoilent que le niveau d'optimisme des patients est moyen : 3,33 [2,34-3,67].

- Discussion

Les résultats montrent que le niveau d'optimisme des adolescents hémodialysés est moyen. Aucun d'eux n'a une orientation positive. Ils ressentent de la souffrance physique et psychique et se sentent condamnés à une routine quotidienne : aller à l'hôpital pour les séances de dialyse, le suivi et revenir à la maison pour se reposer sans exercer d'activité (étude, profession, sport, loisir). 1 patient avec une moyenne la plus basse exerce une activité ambulatoire pénible. De plus, il vit dans des conditions difficiles (divorce et chômage des parents).

- Conclusion

La psychologie positive vise à améliorer la santé et le bien être des individus comme l'adolescent hémodialysé qui est dans le besoin de l'intervention de cette discipline pour perfectionner son état de santé physique et mentale afin de pouvoir vivre la double situation critique (adolescence, hémodialyse), il a besoin d'une réinsertion sociale et un remède définitif à sa souffrance physique par l'élaboration d'un système de greffe rénale efficace.

1- Cottraux, J. (2010). La force avec soi, pour une psychologie positive (2ème éd.). Paris : Odile Jacob.

2-Trottier, C., Mageau, G., Trudel, P., & Halliwell, W. R. (2008). Validation de la version canadienne-française du Life Orientation Test-Revised. Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement, 40(4), 238-243.

• Trouble somatoforme chez le patient dialysé ou douleurs psychiques : quelle prise en charge ?

D.D. BATOUCHE - Faculté de médecine Oran 1 - Algérie

M. LAHMER - Centre de recherche en anthropologie sociale et culturelle (CRASC)

R. OKBANI - Département de psychologie université d'Oran 2

- Introduction

L'insuffisance rénale n'est pas synonyme de troubles de la personnalité ou de troubles mentaux, mais l'enfant malade passe par des moments parfois difficiles le rendant parfois trop plaintif avec une projection « d'un mal à l'aise » dans un cadre de trouble somatoforme. Ce trouble somatoforme recouvre différentes entités diagnostiques, lesquelles posent aux praticiens concernés des difficultés constantes d'évaluation et de prise en charge.

Dans la Classification Internationale des Maladies (CIM), le trouble somatoforme est un trouble mental dans la catégorie des troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes. Il est donc mis en parallèle avec d'autres troubles mentaux.

Dans le DSM-IV, le trouble somatoforme est à la fois un trouble en tant que tel, et une catégorie à part, complètement différenciée de troubles de l'anxiété.

Notre but est de décrire une forme clinique de ce trouble somatoforme ou douleur subjective à travers deux vignettes cliniques.

- Matériel - Méthodes

Observations cliniques chez deux adolescents présentant des troubles somatoformes persistant plus de 6 mois, lors des séances de dialyse au niveau du Centre Hospitalo-Universitaire d'ORAN.

1^{ère} observation : A. Fayçal âgé de 16 ans est pris en charge en hémodialyse enfant au service de réanimation pédiatrique depuis 8 ans. Il pèse 31kg, mesure 1m50, il est en 2^{ème} année moyen avec un rendement scolaire satisfaisant malgré de nombreux absentéisme lors de ses séances de dialyse. Il est arrivé à F, au moment de ses séances cette année, d'être très coléreux, impulsif, parfois agressif, ne supportait pas certaines infirmières pour ponctionner sa fistule artérioveineuse, il présentait de temps à autre un ensemble de plainte et symptômes physiques multiples, variables, récurrents, fluctuants tels que : céphalées, douleurs thoraciques

avec sensation d'oppression, ou douleurs abdominales. Il révélait parfois avoir mal partout sans pour autant être capable de décrire cette douleur alors que la surveillance de ses paramètres vitaux était correcte. Un traitement médical sous forme de placebo en per dialyse fait disparaître chez Fayçal tous ces symptômes présumés douloureux. La doléance subjective de ces symptômes nous a incités à procéder à des examens complémentaires répétés et qui revenaient pratiquement négatifs. Une anamnèse poussée auprès de sa mère qui l'accompagnait à chaque séance a retrouvé récemment un divorce des parents et un abandon du père qui a fuit toute responsabilité de son enfant malade. L'intervention d'un psychologue pendant plusieurs séances le jour des dialyses a réglé le problème de douleurs somatiques chez notre adolescent.

2^{ème} observation : B. Hayat âgée de 14 ans, dialysée depuis 4 ans pour néphropathie vasculaire se plaignait récemment de douleurs abdominales au cours de chaque séance de dialyse. La palpation abdominale ne retrouvait aucune douleur objective, l'abdomen restant souple à chaque palpation. Cette adolescente décrivait une douleur subjective équivalente à 8/10 sur échelle visuelle analogique. L'échographie abdominale faite sur place à la première plainte par l'adolescente ne retrouvait aucune anomalie organique. En plus elle présentait une forme de dysautonomie végétative à type, de bouffées de chaleurs ou frissons, tremblements, hyperventilation, hoquet. La surveillance des paramètres vitaux comme la fréquence cardiaque, la pression artérielle moyenne étaient corrects. Tous les bilans sanguins comme la natrémie, la calcémie et le dosage sanguin de la parathormone revenaient dans la limite de la normale. Un effet placebo type perfusion de 10 de sérum salé à 9% faisait disparaître cette douleur subjective pendant 4 séances de dialyse consécutives. Pendant une semaine, la patiente n'a manifesté aucune plainte douloureuse. Puis il y a eu recrudescence des douleurs psychiques et cet état de fait se répétait à chaque séance de dialyse ; ainsi les douleurs somatiques sont devenues selon la patiente des douleurs musculaires et articulaires alors que les explorations biologiques ne montraient aucune anomalie expliquant ces troubles. Ces douleurs plaintives ont commencé dès que l'adolescente a atteint l'âge adulte et a compris qu'elle est dans une « aire transitionnelle » et qu'elle devrait quitter l'unité pédiatrique pour rejoindre un service adulte. Ce qui nous a incités à solliciter un psychologue de liaison à chaque séance d'épuration extra rénale et qui au bout de 4 mois d'entretien psychologique, notre adolescente a cessé d'avoir ce trouble somatoforme.

- Discussion

Le diagnostic d'un trouble somatoforme selon Duverger (2000) ne peut être posé qu'après avoir écarté toute possibilité d'existence d'une maladie organique et/ou d'un trouble psychique (principalement les troubles anxieux et les dépressions). Chez l'adolescent peu d'études se sont intéressées au trouble somatoforme ou douleurs psychiques chez l'enfant, (Misès, 2002 ; Hayez, 1996). De récentes recherches mettent l'accent sur un dérèglement des relations complexes entre les diverses fonctions corporelles chez les patients atteints de trouble somatoforme et cela se traduit, par exemple, par une réduction de l'activité physique et de la réactivité du système hormonal ou par des modifications neuroendocriniennes dans le cerveau générées par les douleurs (Belous ; Blakely, 1999 ; Rief, 1999). Seuls des composantes psychiques, émotionnelles et comportementales peuvent être à l'origine de ces modifications (Rogers et al. (1996)). Concernant la prise en charge de ce trouble somatoforme, notre expérience est limitée, en dehors des effets placebo sous forme de perfusette de sérum salé pour essayer de calmer la « douleur psychique », il a fallu à notre équipe de faire venir pendant chaque séance de dialyse un psychologue de liaison pour un entretien de plus de 6 mois avec nos deux jeunes dialysés. Les résultats étaient satisfaisants, les douleurs somatiques ont disparu après les entretiens avec le psychologue.

- Conclusion

Chez nos deux adolescents, ces deux troubles se rapprochent d'une douleur profonde qui est authentiquement ressentie sur le plan physique, et qui s'exprimait sur un plan somatique. La prise en charge débutera par un diagnostic d'élimination de troubles physiques et par une bonne connaissance des mécanismes de cette « douleur psychique » afin d'adapter au mieux une thérapie appropriée et pourquoi pas proposer une « thérapie de groupe ».

- Duverger, P. (2000). Somatoformes (troubles). In: Houzel D, Emmanuelli M, Moggio F., Dictionnaire de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent. p.705-706. Paris.
- Misès, R., Quemada, N. (2002). Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent. Paris : CTNERHI
- Hayez, J.-Y. (1996). Le pédopsychiatre face aux enfants atteints de troubles dits « fonctionnels »... et à leurs pédiatres. Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, 44(8) : 321-330.
- Belous AR, Rammamoorthy S, Blakely RD, et al. (1999). The status of serotonin protein - a serotonin transporter in thrombocytes in patients with somatoform disorders. Zh Nevropatol Psikhiatr Im S. SKorsakova, 99, 32-5.
- Rief, W. (1999). Functional physical complaints. Guideline for diagnosis and treatment of somatoform disorders. MMW Fortschr Med, 141, 32-5

• La radicalisation des jeunes

C. PEREIRA - CH Rambouillet - Service Addictologue

- Thème

Dans les jours d'aujourd'hui, on a un grand pourcentage de jeunes (15 à 25 ans), citoyens occidentaux issus ou non de l'immigration nord africaine, élevés en banlieue, éclatement familial, parcours scolaire chaotique, basculent dans la petite délinquance, petits séjours en prison et acquièrent dépendances à une ou plusieurs substances ou comportements.

Ce sont des jeunes qui ne se sentent pas bien dans leur peau et qui essaient d'extérioriser leur mal-être en manifestant leur colère contre la société actuelle et eux-mêmes.

Les comportements impulsifs sont habituels, donc l'alcoolodépendance, l'abus substantiel, troubles de l'appétit, problèmes de sexe et une majoration de l'agressivité. Les idées suicidaires s'expriment chez ses individus qui n'arrivent plus à supporter leur détresse émotionnelle.

Que faire avec ces jeunes en radicalisation ? Avec ses comportements impulsifs, instabilité émotionnelle, troubles dans ses relations sociales et sur l'image de soi ?

Que soigner ? Comment les repérer ? Que faire ?

- Objectifs

Traiter des jeunes en déviance, ça veut dire les aider à réfléchir sur eux-mêmes, analyser, comprendre et modifier ses réactions impulsives. Développer des stratégies alternatives et améliorer sa qualité de vie.

PLÉNIÈRE 3

• TDAH de l'adulte : comorbidités addictives et enjeux thérapeutiques

O. KEBIR - X. LAQUEILLE

Service d'addictologie du Dr LAQUEILLE - CH Sainte Anne

Université Paris Descartes - Paris

Le trouble hyperactivité avec déficit de l'attention (THADA) de l'adulte est une situation clinique fréquente dans la population générale (2.5 – 5%) même si la démarche diagnostique pour ce trouble n'est pas aisée. Ce trouble doublerait le risque de survenue d'un trouble d'usage de substances. En particulier, les troubles liés à l'usage du cannabis sont très fréquents dans cette population (risque de 2.5) et inversement des études ont montré qu'en moyenne 1/3 des personnes sollicitant des soins pour un usage du cannabis ont un THADA très probable. Les liens entre ces deux dimensions sont bidirectionnels et complexes mais leur compréhension est importante à l'échelle de l'individu pour optimiser sa prise en charge addictologique. Nous proposons une analyse épidémiologique de cette relation ainsi qu'une démarche diagnostique pour ce double tableau clinique et nous discuterons l'intérêt ainsi que les limites d'un traitement par psychostimulants.

• Troubles affectifs, addictions et comorbidités éthyliques

D. PRINGUEY - Faculté de Médecine de Nice

J-M. AZORIN - F. CHERIKH - F. JOVER

Pour être connue et redoutée, la comorbidité éthylique des troubles affectifs reste insuffisamment prise en compte, et son importance encore trop méconnue malgré la fréquence relevée des comorbidités addictives dans la plupart des troubles psychiatriques. Il convient de dépasser le concept de « diagnostic double » portant sur une simple addition de deux pathologies indépendantes pour envisager un « psychopathologie duelle » combinant les effets de l'un sur l'autre des troubles. Des interactions susceptibles d'engager un état complexe appellent une lecture syndromique différente et des stratégies thérapeutiques adaptées prévoyant la nécessaire intégration des prises en charge. L'association d'un trouble de l'usage de l'alcool aux troubles de l'humeur, notamment dans la maladie bipolaire, est un indice de gravité corrélié à une symptomatologie plus sévère, une évolution instable, une résistance à la thérapeutique et des risques de suicide accrus. L'alcool aggrave la dépression et gêne la thérapeutique. Alcool et manie restent un danger redouté. Le mécanisme de l'association repose certes en partie sur une stratégie com-

portementale de compensation, mais s'avère plus en profondeur répondre d'une vulnérabilité partagée et croisée que l'on relie notamment à la génétique du transporteur de la sérotonine et au gène d'horloge Clock. Les difficultés thérapeutiques motivent la mise en place d'un dispositif « intégré » qui suppose une nécessaire organisation des soins facilitant les collaborations entre addictologie et psychiatrie. Ce modèle peut éclairer utilement l'approche des addictions (avec ou sans produit) comorbides aux pathologies psychiatriques, et a fortiori celle des pathologies affectives.

PLÉNIÈRE 4

• Thérapie par réalité virtuelle dans les addictions

F. LEVY - Service de psychiatrie adulte du Pr Jouvent – Hôpital Pitié Salpêtrière - Paris

La réalité virtuelle correspond à des environnements créés numériquement visualisés en trois dimensions dans lesquels l'utilisateur peut interagir sur le plan moteur (déplacements) ainsi qu'intégrer des stimulations sensorielles (vision, audition, olfaction) et proprioceptive (position, orientation). L'efficacité de la thérapie par réalité virtuelle est démontrée dans le traitement des troubles anxieux par plusieurs méta analyses. Dans cette pathologie, cette technologie est proposée comme une alternative aux modalités d'exposition traditionnelle (en imagination et en réalité) dans le cadre de la thérapie cognitivo-comportementale. Plus récemment, la réalité virtuelle est étudiée dans le champ des addictions avec deux applications principales. La première étape est la validation de l'induction du craving. Dans 21 études, toutes positives, le craving, mesuré essentiellement par une échelle visuelle analogique, est significativement augmenté lors de présentation d'indices de consommation en réalité virtuelle par rapport à des indices neutres. Ces évaluations ont été effectuées dans l'addiction à différents produits (essentiellement le tabac mais aussi alcool, cannabis, amphétamines, cocaïne). La seconde étape est l'approche thérapeutique avec la thérapie d'exposition avec présentation des indices de consommation en réalité virtuelle. Quelques études préliminaires (une sur l'alcool et cinq sur le tabac) ont montré des résultats hétérogènes sur la diminution du craving et de la consommation. En conclusion, les résultats de l'évaluation de l'utilisation de la réalité virtuelle en addictologie sont pour l'instant encore préliminaires. L'intérêt majeur de l'utilisation de la réalité virtuelle est qu'elle permet de placer les indices de consommation dans leur contexte et de mettre le sujet en situation d'interaction sociale.

PLÉNIÈRE 5

• Les risques somatiques en pathologie mentale : utopie ou réalité ?

D. SARAVANE - Centre Régional Douleur et Soins Somatiques en Santé Mentale - Autisme - Polyhandicap et Handicap génétique rare - EPS Barthélémy Durand

- Introduction

La santé physique des patients atteints de pathologie mentale a été longtemps ignorée et a pénalisé les patients psychiatriques en matière d'accès aux soins. Le nombre important de travaux réalisés ces dernières années (études cliniques, études épidémiologiques) sur l'association entre pathologies organiques et troubles mentaux a permis de mieux prendre en compte cette réalité.

- Mortalité et morbidité

Il existe une surmortalité importante dans cette population, avec une espérance de vie écourtée de 25 ans en moyenne par rapport à la population générale. Parmi les causes de décès, on retrouve une surreprésentation des maladies cardiovasculaires, infectieuses, respiratoires, de diabète mais aussi de cancers ^(1,2,3).

Les maladies cardiovasculaires s'inscrivent pour leur immense majorité dans le cadre des facteurs de risque primaires et modifiables, tels que la surcharge pondérale, le tabagisme, le diabète, l'hypertension artérielle, les anomalies lipidiques ⁽³⁾, mais également le mode de vie, une mauvaise hygiène alimentaire, le défaut d'activité physique, la sédentarité, mais également aussi des facteurs de risque non modifiables tels que l'âge, le sexe, les antécédents familiaux et personnels.

Le facteur traitement est à prendre en compte également dans ces comorbidités, en raison des effets secondaires importants notamment, sur le plan neurologique avec les neuroleptiques classiques, et des antipsychotiques de seconde génération avec la survenue des anomalies métaboliques.

- Impact clinique

Compte tenu de toutes ces données, l'approche somatique des patients en santé mentale, devient une nécessité. Nous nous baserons sur les recommandations françaises pour la prise en charge somatique des patients atteints de pathologie mentale ⁽⁴⁾.

Ces recommandations visent à :

- Dépister les patients à risque
- Evaluer ces patients
- Assurer le suivi.

L'évaluation globale du risque métabolique, cardiovasculaire et des phénomènes douloureux constitue un volet primordial. Insistons sur l'examen clinique global et qui doit également rechercher une douleur ⁽⁵⁾. L'examen somatique doit également porter sur la prévention et l'éducation à la santé avec la mise en place de recommandations sur le mode de vie : mesures diététiques, activité physique ^(4,6).

- Conclusion

La prise en charge somatique des patients souffrant de troubles mentaux, de plus en plus impliqué comme acteur de soins, doit intégrer la dimension de la prévention et du dépistage des comorbidités somatiques. L'importance des pathologies organiques associées et non diagnostiquées souligne la nécessité d'améliorer la prise en charge globale des patients psychiatriques.

L'amélioration doit porter sur un travail de collaboration psychiatres/somaticiens, indispensable et qui ne peut être que bénéfique pour la santé des patients.

1. Brown S, Inskip H, Barraclough B. Causes of the excess of mortality in schizophrenia. Br J Psychiatry. 2000 ; 177 : 12-7.
2. Casadebaig F, Philippe A. Mortality in schizophrenic patients, 3 years follow-up of a cohort. Encephale. 1999 ; 25 : 329-37.
3. De Hert M, Correll CU, Bobes J et al. Physical illness in patients with severe mental disorders. I. Prevalence, impact of medications and disparities in health care. World Psychiatry. 2011 ; 10 : 52-77.
4. FFP-CNPP et HAS : Recommandations de bonne pratique en psychiatrie : Comment améliorer la prise en charge somatique des patients ayant une pathologie psychiatrique sévère et chronique. FFP-CNPP-HAS, 2015 ; 1-32.
5. Marchand S, Saravane D, Gaumond I. Santé Mentale et Douleur : Composantes somatiques et psychiatriques de la douleur en santé mentale. Springer-Verlag, Paris, 2013.
6. Saravane D. Observance et prise en charge somatique des patients en santé mentale. Encephale. 2008 ; 33 : 19-22.

• La dépression comme facteur de risque / pronostique de pathologies cardiaques ou cancéreuses

C. LEMOGNE - UF de Psychologie et Psychiatrie de liaison et d'urgence

Service de Psychiatrie de l'adulte et du sujet âgé - Hôpitaux Universitaires Paris Ouest

Inserm U894 - Université Paris Descartes

Bien que l'idée d'une association entre dépression et risque de cancer soit aussi ancienne que la médecine elle-même, les données de la littérature ne montrent qu'un risque résiduel faible après contrôle des éventuels facteurs confondants ou médiateurs (par ex. tabagisme), voire explicable par un biais de publication en faveur des résultats positifs. À l'inverse, l'hypothèse d'un risque accru de maladie coronarienne en cas de dépression est largement confirmée par l'épidémiologie. Lorsque sont pris en compte les facteurs confondants ou médiateurs (par ex. consommation de tabac, surpoids, sédentarité, etc...) qui pourraient expliquer cette association, le risque de présenter un premier événement coronarien reste augmenté d'environ 90% en cas de symptomatologie dépressive. Les mécanismes biologiques qui sous-tendent ce surrisque sont de mieux en mieux compris. Sur le plan pronostique, la dépression est un marqueur de risque de mortalité accrue chez les patients atteints de cancers mais ne semble pas associée à une évolutivité plus grande des cancers. Ce paradoxe apparent pourrait s'expliquer par une surmortalité certes liée à la dépression mais secondaire à d'autres causes que le cancer, notamment des causes cardiovasculaires. La dépression pourrait également être associée à un stade plus avancée du cancer au moment du diagnostic et donc à une mortalité plus élevée. Avec un degré de preuve à nouveau supérieur, la dépression est également associée à un pronostic moins favorable en cas d'insuffisance coronaire constituée, avec un risque de récurrence augmenté d'environ 60%. Plus globalement, une association entre dépression et mortalité a été retrouvée dans de nombreuses situations cliniques, tels que le diabète ou l'insuffisance rénale, posant la question de liens causaux éventuels mais également de mécanismes médiateurs non spécifiques, biologiques (par ex. inflammation) ou comportementaux (par ex. observance médicamenteuse). La démonstration qu'un traitement de la dépression pouvant infléchir ce mauvais pronostic reste actuellement insuffisante.

PLÉNIÈRE 6

• Inflammation et schizophrénie : cause ou conséquence ?

P-M. LLORCA - CMP B CHU - Université Clermont Auvergne - EA 7280 - Clermont Ferrand

L'existence de manifestations inflammatoires chez les patients souffrant de schizophrénie a été décrite depuis de nombreuses années.

Les dysfonctionnements du système immunitaire semblent jouer un rôle dans le processus neurodéveloppemental, considéré comme étiopathogénique dans ce trouble ⁽¹⁾. Ainsi l'élévation de marqueurs biologiques, comme les Interleukines, des phénomènes inflammatoires dans l'enfance est associée à un risque cru de survenue ultérieure d'un trouble psychotique, comme l'on montré des études de cohorte. De même, le syndrome inflammatoire retrouvé chez les patients souffrant de schizophrénie est corrélé au pronostic évolutif mais aussi à la réduction de l'espérance de vie ⁽²⁾.

Nous évoquerons dans un premier temps les hypothèses récentes sur la contribution de la neuroinflammation à la physiopathologie de la schizophrénie, puis les risques évolutifs associés à cette inflammation.

Enfin, nous décrirons les pistes thérapeutiques récentes sous tendues par ces différentes hypothèses ⁽³⁾.

1. Howes OD, McCutcheon R. Inflammation and the neural diathesis-stress hypothesis of schizophrenia: a reconceptualization. *Transl Psychiatry*. 2017 Feb 7;7(2):e1024.

2. Flinkkilä E, Keski-Rahkonen A, Marttunen M, Raevuori A. Prenatal Inflammation, Infections and Mental Disorders. *Psychopathology*. 2016;49(5):317-333.

3. Leboyer M, Oliveira J, Tamouza R, Groc L. Is it time for immunopsychiatry in psychotic disorders? *Psychopharmacology (Berl)*. 2016 May;233(9):1651-60.

• Troubles de l'humeur et Traumas

W. EL-HADGE - CHRU de Tours - Clinique Psychiatrique Universitaire & Inserm CIC 1415

Université François Rabelais de Tours - Inserm U930 Imagerie & Cerveau

CUMP37 - ABC des Psychotraumas - ESTSS

La survenue des troubles de l'humeur est l'expression d'une vulnérabilité résultant de l'interaction entre une prédisposition génétique et un vécu d'événements stressants ou traumatiques. La survenue d'un événement traumatique entraîne en effet diverses réactions post-traumatiques, allant d'une bonne capacité d'adaptation (dans la majorité des cas) à des réactions post-traumatiques diverses, notamment anxieuses, dépressives, et addictives. Dans cette présentation, nous allons aborder les aspects épidémiologiques des traumatismes psychiques et des troubles de l'humeur, avant de discuter le recouvrement symptomatique comme une comorbidité possible entre ces deux troubles. Nous discuterons ainsi les données épidémiologiques et les hypothèses explicatives d'une vulnérabilité augmentée aux troubles de l'humeur (unipolaires et bipolaires) chez les victimes de traumatismes répétés notamment dans l'enfance.

PLÉNIÈRE 7

• Comment prendre en charge l'anxiété et la dépression dans les troubles des conduites alimentaires ?

N. GODART - Institut Mutualiste Montsouris - Paris

Les patients souffrant de troubles des conduites alimentaires (TCA : anorexie mentale - ou boulimie - BN), présentent souvent des symptômes anxieux ou dépressifs liés à la dénutrition ou aux crises de boulimie. Les troubles anxieux et les troubles dépressifs sont aussi plus fréquents chez les patients souffrant de TCA que chez les témoins. Dans la mesure où les patients atteints de troubles comorbides ont généralement un TCA plus sévère et une évolution plus difficile, traiter tôt leur trouble affectif comorbide devrait améliorer leur évolution. Cependant, il n'est pas facile de différencier les conséquences de la dénutrition ou des crises de boulimie d'un réel trouble dépressif ou anxieux qui a besoin d'un traitement spécifique. Nous présenterons ici les recommandations internationales sur le sujet et décrirons les principaux éléments de la conduite à tenir.

- **Complications psychiatriques de l'usage des NPS**

*L. KARILA - Service de psychiatrie et d'addictologie
Hôpital Universitaire Paul Brousse - APHP - Villejuif
Université Paris Sud - INSERM U1000*

Les nouveaux produits de synthèse (NPS) ont totalement bouleversé la scène des drogues et le paysage actuel des addictions. La terminologie retrouvée dans la littérature scientifique pour désigner ces produits est variée, à savoir euphorisants légaux, sels de bains, engrais, produits pour la recherche chimique. Ces produits correspondent à des substances psychoactives non contrôlées, obtenues par synthèse chimique ou sont dérivés de plantes. Ils sont utilisés en raison de leurs effets mimant ceux d'une substance illicite (cannabis, cocaïne, amphétamines, MDMA...). Essentiellement produits en Chine et en Inde, mais aussi en Europe récemment, leur diffusion met en jeu les nouvelles technologies de communication, fixe l'offre sur le marché et oriente la demande des usagers. Les NPS sont essentiellement vendus sur Internet en utilisant les sources légales mais également le darknet. Dans cette communication, nous allons nous focaliser sur les manifestations cliniques et les complications de l'usage des cannabinoïdes et des cathinones de synthèse.

ATELIER 4

Psychiatrie de liaison

Président : *T. BENATMANE*

- **Comorbidités métaboliques et schizophrénie « à propos d'une étude en milieu hospitalier algérois »**

R. BELALTA - EHS DRID Hocine kouba - Alger

M-A. BENCHARIF - Service psychiatrie CHU MUSTAPHA - Alger

M-T. BENATMANE - Service psychiatrie légale CHU FRANTZ FANON - Blida

M. NEDJARI - EHS DRID Hocine kouba - Alger

- Objectif

Les patients présentant une maladie mentale sévère telle que la schizophrénie, sont en moins bonne santé et ont une espérance de vie réduite de 25 ans en moyenne par rapport à la population générale, la cause la plus fréquente de cette surmortalité étant la maladie cardiovasculaire dont les affections métaboliques sont un déterminant majeur. Nous avons étudié la prévalence des troubles métaboliques chez des patients schizophrènes.

- Patients et méthodes

Notre étude de type transversal, descriptif et observationnel a concerné 373 patients schizophrènes suivis à la consultation de l'EHS Drid Hocine et du CHU Mustapha. Les patients ont été soumis à un questionnaire de recueil des données sociodémographiques, cliniques et thérapeutiques, un bilan biologique comportant : glycémie à jeun, cholestérol total, HDLc, LDLc et TG a été réalisé pour tous les patients.

- Résultats

Nous avons retrouvé des prévalences élevées des différents troubles métaboliques étudiés : obésité abdominale 57,9%, hypo - HDL cholestérolémie 44,2%, hyper - LDL cholestérolémie 39,4%, syndrome métabolique 37,3%, hypertriglycéridémie 28,2%, obésité 22,8%, hypercholestérolémie totale 21,2%, diabète 13,7%.

- Conclusion

Les patients schizophrènes représentent une population à haut risque métabolique, un suivi clinique rigoureux avec des contrôles réguliers des bilans biologiques et des conseils relatifs à leur hygiène de vie sont à recommander fortement.

ATELIER 5

- Impact de l'hépatite B ou C sur la qualité de vie des patients souffrant de troubles psychiatriques

M. BENSADA

Les patients ayant une maladie psychiatrique sont plus à risque de contracter une hépatite B ou C du fait de la présence éventuelle d'antécédents de consommation de drogues, de pratiques sexuelles non protégées en rapport avec une forte méconnaissance des risques, des conditions d'hospitalisation, de la faible couverture vaccinale et de la promiscuité. Les études objectivent des prévalences plus élevées d'atteinte par le VHB et le VHC dans la population psychiatrique par rapport à la population générale. Des manifestations psychiatriques sont fréquemment décrites chez les patients traités par l'interféron et sont surtout faites de troubles dépressifs caractéristiques sur le plan clinique. Le risque suicidaire est également observé chez ces patients. Le traitement antiviral est le plus souvent bénéfique en termes de qualité de vie. La tolérance thérapeutique s'avère individuelle d'où la nécessité d'une information, d'une éducation et d'une surveillance psychiatrique ou psychologique chez tout patient devant recevoir ou recevant un traitement par l'interféron.

- Comorbidité schizophrénie et troubles anxieux.

Étude épidémiologique et clinique

H. BOUCIF - service de psychiatrie CHU Tlemcen

- Introduction

L'objectif de cette étude est de déterminer la fréquence des troubles anxieux chez les patients atteints de schizophrénie, et de comparer les caractéristiques sociodémographiques et cliniques (la qualité de vie et l'insight) des patients avec et sans troubles anxieux en comorbidité.

- Méthode

C'est une étude descriptive transversale, réalisée sur un échantillon de 100 patients suivis au niveau de notre consultation de psychiatrie. Notre échantillon a été scindé en deux groupes, ceux avec un trouble anxieux et ceux sans trouble anxieux en comorbidité. Une comparaison entre les deux groupes a été réalisée, concernant les caractéristiques sociodémographiques, cliniques, qualité de vie (échelle SQoL) et insight (échelle de Markova).

- Résultats

28% des sujets atteints de schizophrénie présentaient un trouble anxieux en comorbidité, dont 13% un trouble panique, 5% un trouble obsessionnel-compulsif, 5% une anxiété sociale, 4% un état de stress post-traumatique, et 1% un trouble anxieux généralisé. Cette comorbidité expose à des risques d'hospitalisations plus fréquentes, à une symptomatologie positive plus importante et à une surconsommation d'alcool et de benzodiazépines. La qualité de vie est plus altérée chez les patients avec troubles anxieux, avec des scores à la SQoL (score global) de 51 pour le premier groupe et de 62 pour le deuxième groupe ($p=0,002$). Les dimensions les plus touchées étaient l'estime de soi, le bien-être psychologique, le bien-être physique et la résilience. Les patients avec troubles anxieux ont un meilleur insight par-rapport à ceux sans troubles anxieux, avec respectivement des scores de 19 et 12 ($p=0,05$).

- Conclusion

La recherche systématique d'une telle comorbidité, permettrait un diagnostic précoce, et une prise en charge appropriée, ce qui améliorerait aussi bien la symptomatologie anxieuse que psychotique et la qualité de vie.

- Syndrome de Gorlin (Naevomatose baso cellulaire) et manifestations psychiatriques (schizophrénie, débilité mentale) à propos de 3 observations

O. BOUDGHENE STAMBOULI - Service de dermatologie CHU Tlemcen

Faculté de médecine Tlemcen - Université Aboubakr Belkaid 13000 Tlemcen - Algérie

Laboratoire Toxi med 32

Le syndrome des hamartomes basocellulaires (SHB) ou Naevomatose baso cellulaire décrit par Gorlin est une dysembryoplasie rare se transmettant sur un mode autosomique dominant. Nous rapportons trois cas de SHB avec un tableau classique cutané mais avec des manifestations psychiatriques : schizophrénie évoluant dans le cadre d'une psychose familiale, ce qui fait discuter le rattachement des troubles psychiatriques à la maladie dans un premier cas. Pour le deuxième cas : il présente des anomalies osseuses prédominantes, une débilité mentale et une cryptorchidie. Pour le troisième cas : une femme âgée 73 ans avec un tableau typique (SHB).

Le caractère familial chez nos trois malades n'est pas apparent sauf peut-être la schizophrénie qui serait l'unique marqueur du SHB dans la famille du premier cas, alors que, classiquement, les troubles psychiatriques sont plutôt à type de débilité mentale, retrouvée chez notre deuxième cas. Le SHB est une dysembryoplasie complexe. Les enquêtes familiales imposent au minimum un examen minutieux, et une radiographie des maxillaires pour ne pas méconnaître les formes de la maladie à symptomatologie cutanée mineure et aussi ne pas oublier un examen psychiatrique. La prise en charge doit être multidisciplinaire regroupant le psychiatre le dermatologue, le stomatologue voire le psychologue.

ATELIER 6

• Sexe, drogues et pathologies associées

*L. KARILA - Service de psychiatrie et d'addictologie
Hôpital Universitaire Paul Brousse - APHP - Villejuif
Université Paris Sud - INSERM U1000*

L'addiction sexuelle s'inscrit dans un cycle clinique similaire à celui des substances comme la cocaïne, les amphétamines, les opiacés par exemple. Il s'agit d'un tableau clinique caractérisé par une perte de contrôle dans différents aspects de la vie, des comportements, des envies sexuelles urgentes, des fantasmes récurrents, intenses, ayant des conséquences négatives sur le fonctionnement de la vie quotidienne. Différentes formes cliniques, comme la masturbation compulsive, l'addiction cybersexuelle, les rapports sexuels avec adultes consentants, le sexe via le téléphone mobile, la fréquentation excessive de clubs spécialisés, ont été décrites. Coleman et ses collaborateurs ont décrit d'autres types de comportements comme la séduction compulsive ou la recherche compulsive de relations amoureuses. Les conséquences de l'addiction sexuelle sont identiques à celles retrouvées dans l'addiction aux drogues par exemple. Il existe des co-addictions à différents types de substances (cocaïne, GBL, nouveaux produits de synthèse...), outre l'alcool et le tabac mais aussi aux jeux de hasard et d'argent, en particulier, chez les hommes. Les comorbidités psychiatriques retrouvées sont nombreuses. La prise en charge thérapeutique doit intégrer ces différents éléments.

PLENIERE 8

Président : *T. BENATMANE*

• Psychiatrie et addiction : qu'apportera l'e-médecine

M. REYNAUD - Président du Fonds Actions Addictions - Paris

Les psychiatres et les spécialistes de l'addiction, mais aussi leurs patients, auront de plus en plus à faire avec l'e-médecine. Nous évoquerons donc les différents apports de ces nouvelles technologies :

- les applications qui se multiplient : déjà présentes pour le suivi des patients, elles deviennent de plus en plus des outils diagnostics
- les objets connectés là encore dans le diagnostic et le suivi
- la télé médecine, tant pour le suivi psychothérapeutique que pour les consultations à distance dans les zones faiblement couvertes en spécialistes
- et enfin les plates-formes permettant d'organiser des réseaux de soins virtuels, individualisés autour de chaque malade.

Divers exemples illustreront chacune de ces situations.

• Quelle Psychothérapie choisir dans les problématiques addictives ?

*H. TYAL - Psychiatre - Psychanalyste - Président élu ALFAPSY
Clinique Villa des Lilas - Casablanca - Maroc*

Quand il est psychothérapeute, le psychiatre qui prend en charge une addiction peut se nourrir de la théorie psychanalytique dans ses séances afin de mieux comprendre les processus psychothérapeutiques auxquels a recours le patient addict pour faire face à ses difficultés de fonctionnement. Quand il est psychanalyste, le psychiatre qui prend en charge une addiction peut se nourrir des autres théories psychothérapeutiques pour approcher différemment la problématique souvent extrêmement compliquée de nombre de ses patients souffrants d'addictions. Ces interactions entre les différentes approches psychothérapeutiques et la psychanalyse sont très importantes pour le psychiatre qui prend en charge une problématique addictive, dans la perspective d'une vision intégrée des traitements psychologiques qu'il propose à ses patients, ce dont ces derniers peuvent profiter grandement. C'est cet éclairage que propose cette présentation.

LISTE DES POSTERS

1. Anxiété et dépression chez les femmes atteintes du cancer du sein : étude cas-témoins
A. TRIKI - L. GHANMI - S. ALOULOU - K. ZITOUN - L. ZOUARI - M. MAALEJ
2. Apport de la philosophie antique dans l'accompagnement du patient dépendant
S. MAGARELLI - France
3. Co-morbidités psychiatriques et toxicomanies féminines
J. JENDOUBI - O. MEZIOU - S. BEN MUSTAPHA - A. LARNAOUT - H. ZALILA
Service des consultations externes et des urgences, hôpital Razi Manouba, Tunisie
4. Comorbidité entre dépression et sclérose en plaque - *H. RGUIBI - Tunis*
5. Comorbidité entre schizophrénie et épilepsie : quel lien ? *Z. AZEROUAL - Tunis*
6. Comorbidité entre schizophrénie et trouble anxieux sociale
FZ. ELJEBBOURI - G. SLIMANI - S. BENZAHRA - F. LABOUDI - A. OUANASS
7. Comportement sexuel chez les hommes usagers de Buprénorphine à haut dosage par voie injectable : à propos de 70 cas
J. JENDOUBI - O. MEZIOU - S. BEN MUSTAPHA - S. BEN SAADI - H. ZALILA
Service des consultations externes et des urgences - Hôpital Razi Manoub - Tunisie
8. Dépression et personnalité pathologique - *R. GHACHEM-ATTIA - T. ANNABI*
9. Epiloia (Sclérose tubéreuse de Bourneville) : nécessité d'un diagnostic précoce afin d'éviter une détérioration mentale : à propos d'une observation familiale
O. BOUDGHENE-STAMBOULI - Service de dermatologie CHU Tlemcen - Algérie
10. Evaluation des troubles du sommeil chez les patients souffrant d'acouphènes
A. HAKIRI - M. KAROUI - S. BEN FADHEL - L. ROBBANA - F. ELLOUZE - MF. MRAD
Service de psychiatrie G hôpital Razi
11. Facteurs psychiques et qualité de vie chez des patients coronariens
M. MLIKA - M. DAOUD M - O. ABID - E. ALLOUCH - O. MOULA - H. BACCAR - R. GHACHEM - Tunis
12. Homicide commis par un patient souffrant d'une épilepsie avec troubles psychotiques
J. JENDOUBI - F. FEKIH-ROMDHANE - I. GHAZELI - R. RIDHA
Service de psychiatrie Légale - hôpital Razi Manouba - Tunisie
13. Jeu pathologique et autres troubles psychiatriques - *M. BENTEBOULA - M. BENSALIDA*
14. L'impact des traits de personnalité, l'empathie et la résilience sur la santé mentale et la santé physique des soignants - *R. OKBANI - DD. BATOUCHE - N. BEZAID - M. LAHMER*
15. La relation entre les traits de personnalité selon le modèle Big five et l'empathie chez les futurs aides-soignants - *M. LAHMER - DD. BATOUCHE - R. OKBANI - N. BEZAID*
16. Le rôle de la résilience psychologique pour la prévention de l'anxiété chez les aides-soignants stagiaires - *R. OKBANI - DD. BATOUCHE - N. BEZAID - M. LAHMER*
17. Le sentiment d'auto efficacité personnelle chez les soignants hypertendus
M. LAHMER - DD. BATOUCHE - R. OKBANI
18. Les addictions, le lieu et le temps - *B. JOURNE - Paris*
19. Les manifestations neuropsychiatriques au cours de la syphilis
O. BOUDGHENE STAMBOULI - Z. HIMEUR - R. BENOSMANE STAMBOULI
Faculté de médecine Tlemcen Université Aboubakr Belkaid 13000 Tlemcen
Laboratoire Toxi med 32
20. Manifestations psychiatriques du syndrome de Gougerot-Sjögren primaire
A. HAKIRI - R. NEFZI - A. OUERTANI - F. NACEF - Service de psychiatrie A - hôpital Razi - La Manouba

21. Manifestations psychotiques nuptiales : à propos de 3 cas
S. BEN FADHEL - M. KAROUI - H. BEN AMMAR - Z. HECHMI - Hôpital Razi - Tunisie
22. Ménopause et troubles psychotiques - *L. AMRANE - N. SKLAB - F. ASSELAH - EHS DRID Hocine - Alger*
23. Pathomimie cutanée par l'épine vinette - Collaboration fructueuse entre le psychiatre et le dermatologue : à propos d'une observation
N. DJELLOULI - O. BOUDGHENE STAMBOULI - Service de dermatologie - CHU Tlemcen - Algérie
24. Prévalence et facteurs associés au tabagisme chez les malades suivis en psychiatrie
A. TRIKI - L. GHANMI - K. ZITOUN - S. HAMROUNI - O. SALEM - L. ZOUARI - M. MAALEJ
25. Profil des patients schizophrènes en Tunisie
*J. JENDOUBI - F. FEKIH-ROMDHANE - I. GHAZELI - R. RIDHA
Service de psychiatrie légale - Hôpital Razi Manouba - Tunisie*
26. Quand la syphilis mime une pathologie psychiatrique
L. AMRANE - F. KHELIFI - F. ASSELAH - EHS DRID Hocine - Alger
27. Retard mental et Syndrome de Gorlin (naevo matose baso cellulaire) : à propos d'une observation
*O. BOUDGHENE STAMBOULI - A. LACHACHI DIB
Service de dermatologie - CHU Tlemcen - Faculté de médecine Tlemcen - Algérie*
28. Satisfaction sexuelle chez le sujet âgé consultant en centre de santé de base
*S. FADHEL - N. BRAM - A. HAKIRI - I. BEN ROMDHANE - W. HOMRI - R. LABBENE
Hôpital Razi - Tunisie*
29. Schizophrénie et addiction
*M. YAMOUL - FZ. EL JEBBOURI - S. BENZAHRA - F. LABOUDI - A. OUANASS
Hôpital Universitaire Psychiatrique Ar-Razi - Rabat-Salé*
30. Schizophrénie post traumatisme crânien : à propos de deux cas
*R. BEN MASSOUED - A. BOUALLEGUI - O. MOULA - K. BAGBAG - R. GHACHEM
Service psychiatrie B - hôpital Razi-Tunisie*
31. Schizophrénie résistante et tumeur cérébrale : les alternatives thérapeutiques (à propos d'un cas)
*N. M'HEDHEBI - M. KAROUI - F. ELLOUZE - L.ROBBENA - M. MRAD
Service de psychiatrie G - Hôpital psychiatrique Razi - la Mannouba - Tunis*
32. Société et médias : la perception des troubles mentaux
*M. MLIKA - M. DAOUD - R. FERCHICHI - A. BEJJAR - O. MOULA - R. GHACHEM
Service de psychiatrie B - Hôpital Razi - La Mannouba - Tunisie.*
33. Syndrome de Cotard au cours d'un cancer du côlon : à propos d'un cas et revue de la littérature
*A. TOUNSI - H. BEN AMMAR - S. BEN FADHEL - A. HAKIRI - A. AISSA - A. KHELIFA - Z. EL HECHMI
Service de psychiatrie F - Hôpital Razi - Tunisie*
34. TOC et autres troubles psychiatriques - *M. BENTEBOULA - PR. BENSAIDA - Algérie*
35. Trouble bipolaire et hypothyroïdie : à propos d'un cas
*A. BOUALLAGUI - O. MOULA - M. MLIKA - R. BEN MESSAOUD - R. GHACHEM
Service psychiatrie B - Hôpital Razi - Tunisie*
36. Trouble bipolaire et observance thérapeutique : 48 patients
C.I BENOSMAN - Y. ABDELALI - H. BOUCIF - CHU Tlemcen
37. Trouble de la personnalité limite et conduites addictives
À propos des vignettes cliniques en consultation externe
K. SAIDENE - N. AFRIT - Y. BENSIRADJ - M. NEDJARI - EHS Drid Hocine - Alger - Algérie
38. Troubles du langage oral de haut niveau et le syndrome dysexécutif comportemental
À propos d'un cas pris en charge en orthophonie à travers la remédiation cognitive
S. BOUAKKAZE-ZAZOUN



TREVICTA®
palmitate de palipéridone
suspension injectable à libération prolongée

**PRESCRIRE:
UNE NOUVELLE DYNAMIQUE
POUR VOS PATIENTS**



**Le premier et
l'unique
traitement*
administré:**



Pour le traitement
d'entretien **de la
schizophrénie****

Trevicta®, injection trimestrielle, est indiqué dans le traitement d'entretien de la schizophrénie chez les patients adultes cliniquement stables sous injections mensuelles de palmitate de palipéridone (voir rubrique « Propriétés pharmacodynamiques »).

Place dans la stratégie thérapeutique: Trevicta® est une alternative aux injections mensuelles de palmitate de palipéridone (Xeplion®) dans les situations où l'espacement des injections ne serait pas préjudiciable au suivi régulier du patient qui est au minimum mensuel et qui ne se limite pas à la seule prise médicamenteuse (suivi psychothérapeutique, psychoéducation, réhabilitations sociales, notamment).

* Date d'AMM 26/05/2016.

** Patients traités de manière appropriée par injections mensuelles de Xeplion® (de préférence quatre mois ou plus) et qui ne nécessitent pas d'ajustement de dose⁽¹⁾.

⁽¹⁾ Résumé des caractéristiques produit de Trevicta®.

Le RCP de Trevicta® est disponible sur le site de l'EMA
<http://www.ema.europa.eu/ema/>

JANSSEN-CILAG, S.A.S. au capital social de 2.956.660 Euros, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Nanterre sous le n° B 562 033 068, dont le siège social est au 1, rue Camille Desmoulins, TSA 91003, 92787 Issy-les-Moulineaux.

Janssen  Neuroscience

PHARMACEUTICAL COMPANIES OF 