

une étiologie psychiatrique. Malgré la mise en place d'un anti-dépresseur (IRS) depuis un mois son état s'aggrave. Après passation des échelles de Bush et Peralta objectivant des critères de catatonie, un test au lorazepam est réalisé montrant une amélioration clinique rapide et spectaculaire.

*Discussion.*– L'intrication des symptômes neurologiques et psychiatriques dans la catatonie conduit souvent à une impasse diagnostique, sachant que sans traitement efficace, sa morbi-mortalité est importante [1].

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

#### Références

[1] Bhati MT, mars 2007.

[2] Penland HR, 2006.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.09.126>

P46

### Évaluation de l'estime de soi chez des patients bipolaires en rémission

F. Fekih-Romdhane, W. Homri, R. Labbane

Hôpital Razi, service de psychiatrie « C », 2052 Tunis, Tunisie

*Mots clés :* Estime de soi ; Trouble bipolaire ; Euthymie

*Introduction.*– Il est aujourd'hui admis par la plupart des auteurs que les épisodes affectifs se caractérisent par une perturbation de l'estime de soi ; cependant, l'estime de soi en dehors des phases thymiques est sujette à controverses. On se propose dans notre travail d'évaluer l'estime de soi dans un groupe de patients bipolaires type I en phase euthymique.

*Méthodes.*– Nous avons mené une étude transversale descriptive auprès de 60 patients bipolaires euthymiques suivis en ambulatoire. L'euthymie était vérifiée par l'échelle de dépression de Hamilton (score  $\leq 7$ ), et l'échelle de manie de Young (score  $\leq 6$ ). La mesure de l'estime de soi a été faite au moyen du Rosenberg Self-Esteem scale (RSE).

*Résultats.*– Notre échantillon était composé de 33,3% femmes et 66,7% hommes. La plupart des patients étaient mariés (46,7%) et plus de la moitié (55,0%) avaient un niveau d'enseignement secondaire. L'étendue des totaux possibles du RSE allant de 10 à 40, le score total moyen obtenu par les patients était de 28,3, soit dans la fourchette de l'estime de soi basse. Une estime de soi basse était associée au délai de prise en charge ( $p = 0,021$ ) et au nombre d'hospitalisations ( $p = 0,032$ ).

*Conclusion.*– Les résultats impliquent la nécessité que toute notre attention se porte sur l'estime de soi dans nos interventions thérapeutiques.

#### Pour en savoir plus

Knowles R, Tai S, Jones SH, et al. Stability of self-esteem in bipolar disorder: comparaisons among remitted bipolar patients, remitted unipolar patients and healthy controls. *Bipolar Disord* 2007;9(5):490–5.

Nilsson KK, Jorgensen CR, Craig TK, et al. Self-esteem in remitted bipolar disorder patients: a meta-analysis. *Bipolar Disord* 2010;12(6):585–92.

Serretti A, Cavallini MC, Macciardi F, et al. Social adjustment and self-esteem in remitted patients with mood disorders. *Eur Psychiatry* 1999;14(3):137–42.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.09.127>

P47

### Dépistage et prise en charge du syndrome métabolique chez des patients bénéficiant d'un neuroleptique d'action prolongée

L. Christen, D. Detue, Y. Yeuillaz

CHU de La Réunion, CMP de Saint-Joseph, 97480 Saint-Joseph, Réunion

*Mots clés :* Syndrome métabolique ; Neuroleptique d'action prolongée ; Schizophrénie

Le syndrome métabolique est défini par une obésité abdominale et la présence d'au moins deux facteurs de risque parmi une hypertriglycéridémie, une diminution des HDL-cholestérol, une hypertension artérielle ou une augmentation de la glycémie à jeun (ou un diabète traité). Le syndrome métabolique augmente le risque cardiovasculaire par 1,76 [1] et le risque de voir apparaître un diabète par deux [2]. Nous avons inclus dans notre modeste étude cinquante patients qui bénéficient d'un neuroleptique d'action prolongée. Les résultats sont proches de ceux de l'étude CATIE [3]. Le syndrome métabolique est plus fréquent chez nos patients qu'en population générale. La fréquence du syndrome métabolique chez la femme de 51,6% contre 25,1% en population générale et chez l'homme respectivement de 36,0% contre 19,7%. Notre étude a permis un dépistage systématique de l'hypertension artérielle, du diabète, d'une dyslipidémie souvent asymptomatiques et surtout de proposer un traitement adéquat grâce à la participation des endocrinologues et cardiologues. Un CATT de psychoéducation à la santé a été mis en place en complément d'un atelier de rééducation par le sport pour lutter durablement contre la sédentarité. En conclusion, le suivi somatique de nos patients est indispensable pour rapprocher leur espérance de vie à celle de la population générale. Nous constatons que l'échantillon des cas est petit, que cette étude n'apporte pas d'hypothèse à la sur-représentation du syndrome métabolique chez les patients souffrant d'une maladie psychiatrique. Par ailleurs nous observons que certains patients ont de grosses difficultés à accepter un régime alimentaire et un traitement médicamenteux supplémentaire à visée cardio protectrice. Enfin, notre étude devrait s'élargir aux nombreux patients qui bénéficient d'un antipsychotique per os.

#### Références

[1] Bresee LC, Majumdar SR, Patten SB, et al. Prevalence of cardiovascular risk factors and disease in people with schizophrenia. *Schizophr Res* 2010;117(1):75–82.

[2] DeHert M, Schreurs V, Vancamfort D, et al. Metabolic syndrome in people with schizophrenia. *World Psychiatry* 2009;8(1):15–22.

[3] McEvoy JP, Meyer JM, Goff DC, et al. Prevalence of the metabolic syndrome in patients with schizophrenia. *Schizophr Res* 2005;80(1):19–32.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.09.128>

P48

### Approche transversale du TDA/H de l'adulte : à partir d'un cas clinique parent/enfant

J. Cholet, J. Malnou-Belembert, A. Sauvaget,

O. Bonnot, M. Grall-Bronnec

Service d'addictologie et de psychiatrie de liaison, CHU de Nantes, 44000 Nantes, France

*Mots clés :* TDA/H ; Adulte

Le trouble déficit de l'attention avec hyperactivité (TDA/H) reste un diagnostic méconnu des psychiatres pour adultes [1]. Cependant, si l'émergence du trouble se fait dans l'enfance, près de 50% des patients présenteront des symptômes résiduels à l'âge adulte. Les comorbidités associées telles que les troubles de l'humeur et les conduites addictives peuvent masquer les symptômes du TDA/H à l'âge adulte et expliquer en partie le manque d'efficacité des thérapeutiques proposées. En effet, si les comorbidités associées relèvent en premier lieu d'une prise en charge adaptée, le TDA/H de l'adulte

nécessite lui aussi une approche thérapeutique spécifique, transversale et intégrative.

M. G. est adressé en consultation pour l'évaluation d'un TDA/H de l'adulte. Ce patient, âgé de 42 ans est père au foyer. Il est en couple depuis 16 ans. Le couple a 3 enfants. Le dernier, âgé de 7 ans, est suivi par un pédopsychiatre pour un TDA/H. Le pédo-psychiatre a conseillé à Mr G de venir en consultation du fait de la similitude rapportée par le père entre les symptômes présents chez son fils et sa propre enfance. A partir de ce cas clinique, nous développerons les particularités sémiologiques et diagnostiques du TDA/H de l'adulte, en mettant l'accent sur la dysrégulation émotionnelle [3,4], les conduites addictives [2] associées et les troubles attentionnels. En raison de l'impact du TDA/H de l'adulte sur la qualité de vie du patient et de son entourage, les propositions thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses proposées au père en tant que patient, mais aussi en tant que parent d'un enfant hyperactif, seront discutées. En effet, ce cas clinique souligne bien l'importance d'une approche transversale et intégrative des adultes hyperactifs, dans un objectif thérapeutique en termes de qualité de vie socioprofessionnelle et familiale.

#### Références

- [1] Adler LA, Shaw D. Diagnosing ADHD in adults. In: ADHD in adults. Characterization, diagnosis and treatment. Cambridge medicine. University Press; 2011. p. 91–105.
- [2] Augy J, Grall-Bronnec M, Sauvaget A, Vénisse J-L. TDA/H de l'adulte et troubles addictifs : une liaison dangereuse. *Alcool Addictol* 2010;32(4):325–32.
- [3] Brown TE. Adult ADHD and mood disorders. In: ADHD in adults. Characterization, diagnosis, and treatment. Cambridge medicine. University Press; 2011. p. 121–9.
- [4] Malnou-Belembert J, Chalex C, Bonnot O. Hyperactivité et troubles bipolaires. *Newsletter THADA*. 05/2013.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.09.129>

P49

### Fonctionnement et activité de la psychiatrie de liaison à l'hôpital de la Timone à Marseille

V. Lanvin

CHU Sainte-Marguerite, 13009 Marseille, France

**Mots clés :** Collaboration psychiatrie-somatique ; Diagnostique différentiel ; Diagnostic en psychiatrie ; Orientation en psychiatrie ; Psychosomatique

La psychiatrie de liaison est une pratique particulière, mal définie, et dont l'organisation diffère énormément d'un centre hospitalier à un autre.

**Objectif.**– Décrire le fonctionnement d'une équipe de psychiatrie de liaison, et son activité sur une période courte de 2 mois, au sein de l'hôpital de la Timone à Marseille.

**Méthode.**– Le protocole de demande d'avis est centré autour d'un formulaire informatique, rempli par le médecin somaticien demandeur, avec : Nom du médecin demandeur/Service/Nom du patient/Motif d'hospitalisation actuelle/Motif de la demande/Traitement en cours. Ce formulaire est utilisé par l'équipe de liaison pour rencontrer le médecin demandeur, puis le patient. Suite à cet entretien, le psychiatre fait un compte-rendu oral et écrit au médecin demandeur, avec une proposition de prise en charge. Les résultats ont été récoltés par l'étude de ces comptes-rendus écrits sur une période courte, du 1<sup>er</sup> juin 2013 au 31 juillet 2013.

**Résultats.**– La psychiatrie de liaison a pris en charge 47 patients du 1<sup>er</sup> juin 2013 au 31 juillet 2013. Trente-quatre patients ont bénéficié de soins psychiatriques, dont 19 avec adaptation ou mise en place d'un traitement psychiatrique (antidépresseur : 15, neuroleptique : 7), les 15 autres avec mise en place d'un suivi psychothérapeutique seul. 13 patients ont été évalués par l'équipe, sans que l'indication de soins psychiatriques ne soit retenue. Pour 11 de ces patients,

les somaticiens doutaient sur une étiologie psychiatrie, pour les 2 autres la demande n'était pas centrée sur une problématique psychiatrique.

**Conclusion.**– Les résultats montrent que le travail de psychiatrie de liaison est à la fois thérapeutique et diagnostique. Le travail conjoint psychiatre-somaticien permet d'améliorer la prise en charge du patient, même si de nombreuses pistes restent exploitables pour améliorer cette collaboration.

*Pour en savoir plus*

Consoli SM. Psychiatrie à l'hôpital général. Paris: Elsevier, EMC « Psychiatrie »; 1998 (37-958-A-10: 11 p).

Chocard AS. Psychiatrie de liaison – quelles sont les qualités exigibles d'une équipe de psychiatrie de liaison? *Ann Med Psychol* 2005;163:691–6.

Lipowski ZJ. Consultation de psychiatrie et médecine psychosomatique à l'hôpital général. *Rev Med Psychosomatique* 1969;11(1-2):31–55.

Zumbrunnen R. Psychiatrie de liaison; Paris: Masson, 230 p. 1992.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.09.130>

P50

### Délires de persécution et passage à l'acte

M.L. Alouani

CHU de Sétif, service de psychiatrie, Sétif, Algérie

**Mots clés :** Délire ; Persécution ; Passage à l'acte ; Agressivité ; Psychoses

Les délires de persécution induisent chez les sujets psychotiques qui en souffrent, un climat émotionnel fait d'angoisse et de peur, qui suscite la plupart du temps, des réactions de défense pathologiques. Ces réactions de défense sont faites de comportement d'évitement ou de fuite, voire même d'agression contre les persécuteurs. Dans ce cas, ces passages à l'acte violents sont destinés à maîtriser ou à anéantir la source de persécution. Nous nous proposons d'exposer dans ce poster la dimension criminogène des délires de persécution à travers trois cas cliniques enregistrés lors de notre activité expertale quotidienne.

*Pour en savoir plus*

Bouchard JP. Et les criminels : la dimension criminogène des délires de persécution. *Revue Synapse*, n° 127, juin 1996.

Chambon D, Marie-Cardine M. Psychothérapie cognitive des psychoses chroniques. Éditions Masson; 1994.

Leyrie JP. Manuel de psychiatrie légale et de criminologie clinique. Éditions Vrin; 1977.

Llorca PM. La schizophrénie. Encyclopédie Orphanet; 2004.

Legrand du Saulle. Le délire des persécutions. Éditions Henry Plon; 1871.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.09.131>

P51

### Faux souvenirs entre fantasmes et réalité (à propos d'un cas)

M. Ben Bechir Zitouni, W. Homri, R. Chaabouni,

I. Ben Romdhane, R. Labbane

Hôpital Razi, Tunis, Tunisie

**Mots clés :** Faux souvenirs ; Fantasmes ; Hystérie ; Tests projectifs

**Introduction.**– Les faux souvenirs sont un symptôme qui se voit surtout dans les pathologies neurologiques touchant essentiellement le lobe frontal. Il a été également décrit chez des patients présentant des personnalités multiples qui se voient surtout dans l'hystérie. Ce symptôme demeure tout de même peu illustré dans la littérature.

**Objectifs et méthodes.**– Illustration du cas d'une patiente adressée pour exploration et prise en charge psychiatrique et psychologique d'une symptomatologie faite de faux souvenirs.