

659 questionnaires remplis ont été recueillis (91 % de participation). Le score au PSQI est pathologique dans 37 % des cas (score > 5). Trois items semblent poser des difficultés spécifiques (troubles de l'endormissement, difficultés de maintien de l'éveil et enthousiasme à la réalisation des activités quotidiennes). La dégradation de ces caractéristiques est probablement en lien avec certains aspects d'hygiène de vie (écrans, excitants) mais également avec la difficulté à gérer les gardes hospitalières. Ces résultats sont du même ordre de grandeur que les données d'une étude américaine réalisée sur le même type de population en 2010 [2]. Ils posent le problème de la gestion du sommeil dans une population jeune, en travail à horaires décalés atypiques, et confrontée à un niveau de responsabilité important. Travailler les comportements par rapport au sommeil, en les adaptant à l'âge des sujets et au travail à horaires décalés, pourrait s'avérer une piste de réflexion ultérieure indispensable.

Mots clés Troubles du sommeil ; Interne en médecine ; Travail à horaires décalés ; Habitudes de vie

Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- [1] Chan-Chee C, Bayon V, Léger D. Épidémiologie de l'insomnie en France : état des lieux. *Rev Epidemiol Sante Publ* 2011;59:409–22.
- [2] Brick CA, Seely IDL, Palermo TN. Association between sleep hygiene and sleep quality in medical students. *Behav Sleep Med* 2010;8(2):113–21.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.09.239>

P050

Évaluation annuelle par MMS des patients issus de psychiatrie accueillis en USLD

A. Nasfi*, I. Le Pennec, A. Geffroy, M. Hadjadj, M. Aoufi
USLD La Roseraie, Neuilly-sur-Marne, France

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : amel.nasfi@ch-maison-blanche.fr (A. Nasfi)

Nous avons analysé l'évolution des scores MMS de 41 patients issus de psychiatrie hospitalisés dans notre service. L'âge moyen des patients était de 65,7 ans. Ils présentent tous des psychoses chroniques hormis un cas de DFT, deux TBP et deux Korsakoff. À leur entrée, les patients se répartissent selon 4 catégories :

- scores normaux (27–30) : 2 (4 %) ;
- détérioration cognitive légère (18–26) : 21 (51 %) ;
- détérioration modérée (12–17) : 12 (29 %) ;
- détérioration sévère (0–11) : 6 (14 %) 28 patients sur les 41 ont été réévalués les années suivantes, on trouve alors :
 - 2 (42 %) patients sont restés stables, 7 (25 %) ont un score fluctuant, 5 (18 %) se sont améliorés et 4 (14 %) ont subi une dégradation de leurs scores au cours des évaluations successives ;
 - ni l'âge ni le niveau socio culturel n'ont d'influence sur cette évolution ;
 - on ne trouve pas de différence selon les pathologies psychiatriques représentées ;
 - le taux de variation entre la première et la dernière évaluation est de +6 points pour les patients qui se sont améliorés ; il est de -7,75 pour ceux qui se sont dégradés et de -1,28 pour ceux qui fluctuent ; enfin il baisse de 1 point pour les patients stables.

Analyse :

- les pathologies psychiatriques instables et les pathologies somatiques intercurrentes influencent l'évolution du score chez les patients qui se dégradent et chez ceux qui fluctuent même si elles existent aussi dans une moindre mesure chez les patients stables ;
- en revanche, les patients qui s'améliorent semblent psychologiquement stables et n'ont pas de problèmes somatiques en cours. L'apport des prises en charge pluridisciplinaires est bénéfique d'autant plus qu'elles sont renforcées chez les patients dont le score

est en baisse. Ce travail permet de montrer l'influence des événements somatiques et psychiatriques sur le MMS, le bénéfice des prises en charge, le rôle de l'entourage et l'aspect sécurisant de l'entrée en USLD.

Mots clés Score MMS ; USLD ; Patients de psychiatrie

Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Pour en savoir plus

Polosan M, et al. Vieillesse, trouble bipolaire et schizophrénie. CNRS Éditions 2006.

Lebert F, et al. Dementia following bipolar disorder. *Encephale* 2008;34(6):606–10.

Heinrichs RW, et al. Neurocognitive deficit in schizophrenia: a quantitative review of the evidence. *Neuropsychology* 1998;12(3):426–45.

Irani F et al. Neuropsychological performance in older patients with schizophrenia: a meta-analysis of cross-sectional and longitudinal studies. *Schizophr Bull* 2011;37(6):1318–26.

Vöhringer PA, et al. Cognitive impairment in bipolar disorder and schizophrenia: a systematic review. *Front Psychiatry* 2013;4:87.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.09.240>

P051

Delirium tremens, psychose parkinsonienne ou iatrogénie ? Cas clinique de Mr T.

C. Dutech

EPS Maison Blanche, secteur 75G29, service du Dr Canceil, Paris, France

Adresse e-mail : celine.dutech@ch-maison-blanche.fr

Nous présentons le cas de Monsieur T., 58 ans, hospitalisé en soins psychiatriques à la demande d'un tiers, pour des troubles du comportement (agitation) et un vécu persécutif dans un contexte d'alcoolodépendance ancienne. Monsieur T. a pour principal antécédent une maladie de Parkinson diagnostiquée en avril 2014, traitée par ropinorole LP 8 mg/jour, trihexyphénydyl chlorhydrate LP 10 mg/jour, et lévodopa/benzérazide chlorhydrate aux doses de 125 mg trois fois/jour et 62,5 mg trois fois/jour. À l'arrivée, le patient rapporte des éléments délirants avec hallucinations visuelles hypnagogiques apparues cinq jours auparavant, après avoir arrêté toute consommation d'alcool. Nous observons une amélioration clinique après l'introduction de diazépam 40 mg/jour, vitaminothérapie et hydratation. Sept jours après l'admission, le patient présente un tableau confusionnel. Nous évoquons un délirium tremens et une iatrogénie des traitements parkinsoniens que nous arrêtons, nous doutons effectivement de l'observance du patient. La gravité des symptômes nécessite un transfert aux urgences. Sont décrits un délire de persécution, une fluctuation du contact et des confabulations malgré 60 mg/j de diazépam et une réhydratation. Un traitement par olanzapine 5 mg/j est initié. Il nous est ensuite réadressé. Nous notons des idées délirantes de persécution, des hallucinations acoustico-verbales vespérales, des comportements hétéro-agressifs, et une fluctuation du contact avec des périodes de confusion mêlant confabulations et faux souvenirs. Nous arrêtons l'olanzapine et instaurons très progressivement la quétiapine jusqu'à 600 mg/j, tout en réintroduisant le lévodopa/benzérazide chlorhydrate. Chaque augmentation d'antiparkinsonien est marquée par une exacerbation temporaire des symptômes délirants. Le diazépam est arrêté. L'amélioration sera lente : disparition des troubles du comportement, éléments délirants critiqués, amélioration nette du contact. Le cas de Monsieur T. montre l'impact des traitements antiparkinsoniens sur la symptomatologie délirante. Si la clozapine est le traitement de première intention chez les patients parkinsoniens présentant une symptomatologie psychotique, nous avons préféré la quétiapine en raison de la comorbidité addictologique.