

de procéder, afin de rappeler aux thérapeutes que nous sommes, les bons réflexes à avoir et ne surtout pas perdre !

Pour en savoir plus

Carl Rogers (1902–1987) l'Approche Centrée sur la Personne.

Shawn Christopher Shea : la conduite de l'entretien psychiatrique, l'art de la compréhension. Monique Séguin, Ph.D. Département de psychoéducation et de psychologie. Université du Québec.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.09.123>

P43

Impact de l'état de stress post-traumatisme sur le discours, via une approche psycholinguistique

M. Gindt^a, D. Mayaffre^a, R. Garcia^b, L. Chanquoy^a

^a Laboratoire Bases, Corpus, Langage, UMR 7320, 06300 Nice, France

^b Institut de neurosciences de la Timone, UMR 7289, 13000 Marseille, France

Mots clés : État de stress post-traumatisme ; Événement potentiellement traumatique ; Discours

L'état de stress post-traumatisme est une pathologie fréquente, touchant entre 4 à 10% des individus ayant vécu un événement potentiellement traumatique [1]. Les symptômes, en particulier les conduites d'évitement, ainsi que la comorbidité peuvent rendre difficile le diagnostic d'ESPT [2]. Le but de cette étude est donc de tester l'implication des symptômes ESPT sur le discours des individus ayant vécu un événement potentiellement traumatique, via l'utilisation de méthodes psychologiques et linguistiques. Les participants devaient remplir un auto-questionnaire : la Post-Traumatic Stress Disorder Diagnosis Scale [4]. Cette échelle est divisée en 4 parties : l'identification des événements traumatiques vécus, la description écrite de l'événement le plus traumatisant, l'évaluation des symptômes et celle de l'impact sur le fonctionnement général. 157 étudiants de l'Université Nice Sophia Antipolis ont participé à cette expérience. La passation était individuelle et durait 20 minutes. L'échantillon final a été divisé en deux groupes : celui avec exposition traumatique sans symptôme et celui avec exposition traumatique et symptômes ESPT. Les analyses effectuées ont montré que le groupe présentant des symptômes se caractérisait par des discours plus longs que le groupe sans symptôme. Via l'utilisation d'un logiciel de logométrie (Hyperbase [3]), des différences plus fines ont également été mises en évidence. Le discours des personnes avec symptômes ESPT se décline au présent, avec une utilisation majoritaire de la première personne du singulier et une diminution significative des indicateurs causaux et spatiaux. Cette étude présente des patterns de discours différents en fonction de la présence ou de l'absence de symptômes ESPT. L'implication clinique de ces résultats sera discutée.

Références

- [1] Alonso J, Angermeyer M, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha T, Bryson H, et al. 12-Month comorbidity patterns and associated factors in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2004;109(28):37.
- [2] Brillion P. Comment aider les victimes souffrant de stress post-traumatique. Édition Québecor; 2007.
- [3] Brunet E. Nouveau traitement des co-occurrences dans Hyperbase. *Corpus* 2012;11.
- [4] Foa E, Cashman L, Jaycox L, Perry K. The validation of a self-report measure of posttraumatic stress disorder: the Posttraumatic Diagnostic Scale. *Psychol Assessment* 1997;9(4):445–51 [doi:10.1037/1040-3590.9.4.445].

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.09.124>

P44

Aspects visuels et descriptifs de séances d'électroconvulsivothérapie

J.-A. Micoulaud Franchi^a, R. Richieri^a, C. Quiles^b, C. Balzani^a, C. Lançon^a, J. Vion-Dury^a

^a Solaris, pôle universitaire de psychiatrie, 13009 Marseille, France

^b CHR Charles-Perrens, pôle universitaire de psychiatrie, 33000 Bordeaux, France

La surveillance électroencéphalographique (EEG) des séances d'électroconvulsivothérapie (ECT) est indispensable mais nécessite une connaissance minimale de la neurophysiologie et de la lecture de l'ÉlectroEncéphaloGramme (EEG) par le psychiatre. La lecture de l'EEG pendant les ECT nécessite un œil formé à la reconnaissance sur le tracé EEG de certaine forme spécifique, associée à l'utilisation d'un vocabulaire de description rigoureux. Ce poster a pour objectif de fournir une méthode illustrée de lecture de l'EEG pendant les ECT. Premièrement, les artefacts du signal EEG doivent être reconnus pour ne pas les confondre avec des activités épileptiformes. Deuxièmement, le déroulement de la crise doit être reconnu et décrit en phase : pré-critique, critiques (précritique, recrutante, tonique et clonique) et post-critique. Troisièmement, la qualification de la crise doit être posée par l'utilisation des termes de crise épileptique adéquate, optimale et prolongée. Cette démarche de lecture EEG pendant la séance ECT permet de détecter une crise épileptique prolongée afin de diminuer le risque à court terme d'état de mal épileptique post-ECT et à moyen terme le risque de mauvaise tolérance cognitive de la cure ECT. Elle permet également d'adapter de manière optimale les paramètres de stimulation à la prochaine séance d'ECT afin de maximiser l'efficacité des ECT. La lecture de l'EEG pendant les ECT ne résume pas l'entièreté de la conduite des cures ECT en psychiatrie. Cependant elle reste une démarche indispensable à l'aide à la prise de décision et souligne la place centrale que peut prendre la neurophysiologie clinique dans une stratégie thérapeutique psychiatrique.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.09.125>

P45

Complexité diagnostique d'un syndrome catatonique en psychiatrie et neurologie : à propos d'un cas

J. Madigand, P. Lebain

Interne en psychiatrie, service de psychiatrie, CHU de Caen, 14000 Caen, France

Mots clés : Catatonie ; Démence frontotemporale ; Dépression ; Lorazepam

Introduction.– La catatonie reste sous-diagnostiquée du fait de la diversité clinique qu'elle revêt [2].

Observation.– Nous rapportons le cas d'une femme de 55 ans adressée en neurologie par un service psychiatrique pour aide diagnostique sur troubles du comportement de type apragmatisme. Ses antécédents comprennent 4 hospitalisations en psychiatrie sur 3 ans pour le même motif sans diagnostic précis, un syndrome malin des neuroleptiques et un traumatisme crânien sans complication somatique. En septembre 2012, la patiente est réhospitalisée pour récurrence de troubles du comportement (apragmatisme, dyspraxies, stéréotypies gestuelles, fuite du regard) apparus sur une dizaine de jours. L'examen neurologique est normal. Les IRM cérébrales sans injection de 2007 à 2012 montrent des lésions de la substance blanche multiples sus-tentorielles aspécifiques, stables. Les scintigraphies cérébrales à 4 mois d'intervalle sont stables et montrent une hypoperfusion diffuse isolée du carrefour fronto-temporo-pariétal gauche. Le reste du bilan étiologique est négatif. L'hypothèse diagnostique de démence frontotemporale est retenue, cependant l'installation rapidement progressive évoque

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 ≤ 7), et l'échelle de manie de Young (score ≤ 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