

population générale, tant de cause naturelle que non naturelle (accidentelle, suicide et iatrogénie).

L'état de santé physique de ces patients est resté trop longtemps méconnu par les psychiatres et les médecins généralistes. Il est nécessaire de repérer les troubles somatiques chez ces patients et d'améliorer leur prise en charge thérapeutique. La Fédération française de psychiatrie à la demande de l'HAS a élaboré des recommandations de pratique clinique : comment améliorer la prise en charge somatique des patients ayant une pathologie sévère et chronique.

Nous allons présenter une synthèse de ces recommandations en développant plus particulièrement les modalités de prise en charge des troubles somatiques concernant essentiellement les facteurs de risques cardiovasculaires et le syndrome métabolique. Nous présenterons l'évaluation globale en cours d'hospitalisation et les préconisations en matière de soins ambulatoires, la place de la famille et des aidants dans l'accompagnement, la prévention des troubles somatiques et le repérage dans le lieu de vie, la coordination des intervenants autour du patient, le repérage, la prise en charge et la prévention des conduites addictives et nous concluons sur les perspectives en termes de formation.

Mots clés Schizophrénie ; Trouble bipolaire ; Comorbidité somatique ; Facteurs de risques cardiovasculaire ; Syndrome métabolique ; Addiction

Déclaration d'intérêts Conférences : invitations en qualité d'intervenant : Lundbeck mars 2012.

Pour en savoir plus

McEvoy JP, Meyer JM, Goff DC, Nasrallah HA, Davis SM, Sullivan L, Meltzer HY, Hsiao J, Scott Stroup T, Lieberman JA. Prevalence of the metabolic syndrome in patients with schizophrenia: baseline results from the Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness (CATIE) schizophrenia trial and comparison with national estimates from NHANES III. *Schizophr Res* 2005;80(1):19–32 [Epub 2005 Aug 30].

Nuevo R, Chatterji S, Fraguas D, Verdes E, Naidoo N, Arango C, Ayuso-Mateos JL. Increased risk of diabetes mellitus among persons with psychotic symptoms: results from the WHO World Health Survey MD. *J Clin Psychiatry* 2011;72(12):1592–99.

De Hert M, Correll CU, Bobes J, Cetkovich-Bakmas M, Cohen D, Asai I, Detraux J, Gautam S, Möller HJ, Ndeti DM, Newcomer JW, Uwakwe R, Leucht S. Physical illness in patients with severe mental disorders. I. Prevalence, impact of medications and disparities in health care. *World Psychiatry* 2011;10(1):52–77.

Weiner M, Warren L, Fiedorowicz JG. Cardiovascular morbidity and mortality in bipolar disorder. *Ann Clin Psychiatry* 2011;23(1):40–7. Review Goodwin, R. D., M. J. Zvolensky, et al. "Mental disorders and cigarette use among adults in the United States." *Am J Addict* 2012;21(5):416–23.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.09.308>

FA17B

Troubles du comportement dans l'autisme à l'adolescence, comorbidité psychiatrique et somatique (diagnostic différentiel)

M. Assouline

Centre Françoise-Grémy, Paris

Adresse e-mail : moise.assouline@orange.fr

La clinique générale de l'autisme est bien connue mais le triptyque troubles des interactions sociales, de la communication verbale et non verbale, et intérêts restreints est peu spécifique. La connaissance de particularités sensorielles, sensori-motrices et cognitives est insuffisamment répandue. Pourtant, les arborescences de symptômes singulières pour chaque personne autiste deviennent familières à ses accompagnants proches (parents et professionnels).

Mais tous se trouvent conjonctuellement démunis par des troubles du comportement :

– soit parce que les symptômes de l'autisme sont amplifiés ou modifiés ;

– soit parce que des syndromes psychiatriques s'ajoutent à l'autisme ;

– soit parce que des maladies du corps sont associées à l'autisme (génétiques ou neurologiques) et ont aussi une expression psychique et comportementale.

Ces différentes causes sont souvent confondues dans les services, d'autant plus qu'elles peuvent interférer.

Or les traitements ne sont pas les mêmes, qu'ils soient éducatifs, institutionnels ou médicamenteux. Une approche psychiatrique exclusive sera erronée. Notamment les traitements médicamenteux sont souvent inappropriés, source de conflits entre les professionnels, avec les familles, et aussi, parfois, avec la justice. Inversement, tout rapporter à l'autisme peut nous égarer.

Seront présentés des éléments pour le diagnostic différentiel avec des exemples qui relèvent de ces trois causes :

– ce qui est dû à l'accentuation des troubles autistiques : ici, la poussée de l'adolescence et la sexualité seront des facteurs importants ;

– des maladies psychiatriques que l'on peut reconnaître malgré le mélange avec la pathologie autistique : la comorbidité psychiatrique proprement dite ;

– ce qui relève de la comorbidité somatique d'expression psychiatrique (des maladies organiques : génétiques, neurologiques dont l'épilepsie, et des algies diverses).

Mots clés Autisme ; TED ; Troubles du comportement ; Sexualité ; Comorbidité psychiatrique ; Somatique

Déclaration d'intérêts L'auteur déclare ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Pour en savoir plus

Assouline M. « Rencontre de la sexualité et de déficits sensorimoteurs et cognitifs (un profil à risque) ». *Psychiatr Fr* 2013;XXXXXIII Autismes II [n° 3/12].

Assouline M. « Autisme et formes syndromiques, arbre diagnostique et traitements (À propos d'un cas de « délétion 1p 3, 6) » *Nervure* 2008;21(7 Suppl. 11–14):19.

Bullinger A. Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars : un parcours de recherche après Piaget. Toulouse: Éres; 2013 [(1^{re} édition 2004) 25 Mottron L. Autisme : une autre intelligence. Bruxelles, Madraga 2004].

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.09.309>

FA17C

Actualité de la recherche sur les pratiques intégratives des enfants autistes en pédopsychiatrie

M. Squillante^{*1}, F. Roos-Weil²

¹ Centre psychothérapique de jeunes enfants, CHU, Nantes, France

² CMP Goubet, 11^e secteur infanto-juvénile de Paris, Paris, France

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : maria.squillante@chu-nantes.fr (M. Squillante)

La FFP-CNPP a soutenu l'élaboration, par un groupe de pédopsychiatres, affiliés aux sociétés et associations les plus représentatives, d'un projet de recherche qui s'intitule : évaluation clinique des pratiques intégratives en unité de soins de psychiatrie infanto-juvénile pour des enfants présentant un autisme typique et atypique. Ce projet porté par le CHU de Nantes a été sélectionné et financé dans le cadre des appels à projet 2013 des Preps concernant les évaluations des programmes de santé. Il s'agit d'une recherche multicentrique, en milieu naturel qui a pour objectif d'évaluer et de promouvoir une approche intégrative des soins qui est de plus en plus pratiquée dans nos services. Elle rentre actuellement dans sa phase opérationnelle.

Nous allons au cours de cette intervention :

– résumer brièvement le protocole de l'étude ;

– définir les pratiques intégratives, leur soubassement conceptuel ;
– développer, au regard de la thématique de la session, la prise en compte, dans cette optique intégrative, des manifestations symptomatiques encrées dans le corps de l'enfant dans le domaine sensoriel et moteur, dans celui des émotions angoissées et comportements et dans le domaine somatique.

Nous allons décrire les sources de notre compréhension des particularités des manifestations de l'enfant, les instruments d'évaluation clinique de chaque domaine tant sur le plan subjectif qu'objectif, ainsi que les interventions thérapeutiques et éducatives, ciblées et évolutives s'intégrant dans un projet de soins individualisés.

Déclaration d'intérêts Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.09.310>

FA20

Diagnostiques et classifications : leur histoire, leur choix, leur utilité

O. Schmitt

Psychiatre libéral (AFPEP), Niort, France

Adresse e-mail : dr.o.schmitt@wanadoo.fr

Le débat sur les diagnostics en psychiatrie et leurs classifications se résume-t-il aux divergences entre les tenants de la psychopathologie psychodynamique et ceux d'une psychiatrie, biologique et comportementale ? La difficulté ne vient-elle pas aussi d'une incompatibilité d'usage entre leur intérêt clinique (dans la recherche et la pratique) et leur utilisation administrative que ce soit dans l'organisation des ressources et les choix politiques de santé ?

Les conceptions philosophiques de l'humain se confrontent au carrefour de la science médicale et des sciences humaines et divergent dans leur représentation du sujet malade. L'attention portée à sa singularité, son altérité, son inscription sociale et culturelle n'empêchent aucunement de suivre l'évolution sociale et celle du progrès des sciences. Chacun mettra le curseur selon ses convictions et ses a priori au risque d'occulter parfois certaines dimensions. Lorsqu'il se pose la question d'un diagnostic, le psychiatre ne doit-il pas inscrire son acte dans la rencontre avec le patient, attentif à l'humilité de ses hypothèses et à la dynamique évolutive de chacun qui ne manque pas de générer des surprises obligeant à ajuster, voire à infirmer ce diagnostic ? Mais nombre de paramètres interfèrent dans la rencontre et donc, dans le diagnostic. Les enjeux y sont importants.

Que devient un diagnostic quand il est l'otage de conflits d'intérêts manifestes avec les tentations induites par le marketing sophistiqué de l'industrie pharmaceutique, avec les institutions qui imposent une soumission la plus volontaire possible ou quand il est la proie de codages visant à quantifier des actes, toutes opérations de standardisation entraînant des biais redoutables ?

L'acte psychiatrique doit-il perdre sa spécificité pour se transformer en acte administratif, en acte expert, voire, au pire, en tri sélectif selon le degré de handicap ou la capacité d'adaptation ?

Déclaration d'intérêts L'auteur déclare ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.09.311>

FA20A

Articulation du diagnostic et du traitement en psychiatrie

J.-J. Laboutière

3, rue Bauderon-de-Sennecé, Macon, France

Adresse e-mail : jjlab@club-internet.fr

Résumé non reçu.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.09.312>

FA20B

Classifications diagnostiques : aspects historiques

J. Sinzelle

Psychiatre Libéral (AFPEP), Paris, France

Adresse e-mail : docteursinzelle@gmail.com

Résumé non reçu.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.09.313>

FA20C

Classifications : intérêt clinique ou simple taxinomie ?

O. Schmitt

Psychiatre libéral (AFPEP), Niort, France

Adresse e-mail : dr.o.schmitt@wanadoo.fr

Il existe plusieurs approches classificatoires. L'une des difficultés principale réside dans le fait de concilier une démarche taxinomique propre au codage et une démarche analogique propre à la psychodynamique. Si la première approche a un intérêt administratif ou statistique, c'est la seconde approche qui a un réel intérêt thérapeutique en permettant de repérer une problématique sous-jacente à un tableau clinique. Cette dernière donne une idée de la dynamique en jeu afin de s'orienter dans la complexité de chaque cas clinique en repérant l'évolution causale de la symptomatologie. Essai à propos des états limites appelées ici les « limitoses ».

Mots clés Diagnostic ; DSM ; Psychodynamique ; Limitose ; Désir/satisfaction

Déclaration d'intérêts L'auteur déclare ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.09.314>

FA21

SMP – Diagnostic et traitement personnalisés : un paradigme d'avenir dans les troubles schizophréniques

I. Jalenques

CHU, Service de Psychiatrie A et Psychologie Médicale,

Clermont-Ferrand, France

Adresse e-mail : ijalenques@chu-clermontferrand.fr

L'objectif d'un diagnostic et d'un programme thérapeutique personnalisés pour chaque patient souffrant de troubles schizophréniques n'est aujourd'hui qu'en partie atteint. Cette session fait le point sur les dernières avancées et celles à venir concernant les outils et stratégies diagnostiques ainsi que les thérapeutiques médicamenteuses et cognitives.

Si l'hétérogénéité des tableaux cliniques répondant aux critères diagnostiques de schizophrénie est une constatation bien établie, on ne sait pas encore clairement ce que recouvre cette hétérogénéité : maladies distinctes ou variabilité d'expression d'une même maladie. Outre l'intérêt théorique, identifier une étiologie revêt un intérêt pratique pour définir la stratégie thérapeutique la plus adaptée chez un patient donné car certaines caractéristiques cognitives ou évolutives ont une incidence sur les options thérapeutiques. Reste à déterminer un algorithme réaliste permettant de hiérarchiser outils et examens pour affiner le bilan diagnostique de l'ensemble des patients.

L'évolution des troubles schizophréniques a été amplement modifiée suite à l'avènement des neuroleptiques en 1952. Les anti-psychotiques de seconde génération sont venus compléter l'offre de soins. Les données récentes insistent sur la nécessité de traiter sans retard car la souffrance engendrée par la maladie est réelle. Avec les nouvelles molécules la prise en charge devrait être individualisée, prenant en compte les attentes et appréhensions des patients notamment face au traitement pharmacologique.