

**Mots clés :** Troubles bipolaires ; Éducation thérapeutique ; Serious game ; BIPOLIFE®

**Contexte.**– Le trouble bipolaire est une pathologie chronique qui nécessite la mise en place de stratégies non médicamenteuses éducatives [2]. Récemment, le concept de Serious game (jeu sérieux) [1] a fait son apparition dans les programmes d'éducation thérapeutique [4]. BIPOLIFE® [3], programme d'information ludoéducatif sur le trouble bipolaire accessible sur Internet, a été développé afin de s'intégrer dans la panoplie psychoéducatif. BIPOLIFE® consiste à faire évoluer son avatar au quotidien. Ce jeu est basé sur 3 cibles : les règles hygiéno-diététiques, l'observance médicamenteuse, le recours au médecin/psychiatre.

**Objectif.**– Mise en place d'une étude pilote évaluant l'acceptabilité de BIPOLIFE® et son effet sur la connaissance de la maladie auprès de 63 patients bipolaires sur 3 semaines. Les patients ont été évalués avec l'échelle de connaissance du trouble bipolaire et une échelle d'acceptabilité de BIPOLIFE®.

**Résultats.**– BIPOLIFE® semble être mieux accepté par des jeunes ( $p=0,011$ ) et plus efficace sur des hommes ( $p=0,043$ ) ayant une moins bonne connaissance de la maladie initiale ( $p \leq 0,001$ ). La majorité des patients a rapporté en avoir tiré bénéfice sur leur vie quotidienne, leur connaissance ou leur gestion de la maladie. Les patients ont déclaré que BIPOLIFE® est à conseiller à des personnes souffrant de TB (32%), à leur proche entourage (32%) ou au grand public (16%).

**Conclusion.**– Notre étude montre que BIPOLIFE® est déjà un outil pertinent dans la prise en charge des patients bipolaires. Des études complémentaires sont nécessaires pour évaluer précisément sa place dans les programmes de psychoéducation.

#### Références

- [1] Alvarez J, Djaouti D. Introduction au serious game. Questions Théoriques; 2010.  
 [2] Colom F, Vieta E. Manuel de psychoéducation pour les troubles bipolaires. Solal Éditeurs; 2008.  
 [3] <http://bipolife.ubi.com>.  
 [4] Leighton RJ, Shortell SM. Interactive games to promote behavior change in prevention and treatment. JAMA 2011;305(16):1704–5.  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.09.063>

P21

### Évaluation de l'intérêt d'un Serious game chez des patients souffrant de troubles bipolaires inclus dans un programme de psychoéducation

E. Olié<sup>a</sup>, N. Franck<sup>b</sup>, S. Gard<sup>c</sup>, P.-M. Llorca<sup>d</sup>, M. Maurel-Raymondet<sup>e</sup>, P. Nuss<sup>f</sup>, J.-P. Orth<sup>g</sup>, A.-V. Rousselet<sup>h</sup>, F. Sorbara<sup>i</sup>, M. Lukasiewicz<sup>j</sup>, B. Mathieu<sup>j</sup>, C. Vega<sup>j</sup>, P. Courtet<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Inserm U1061, CHU de Montpellier, université Montpellier-1, 34000 Montpellier, France

<sup>b</sup> CH Le Vinatier, 69500 Bron, France

<sup>c</sup> CHS Charles-Perrens, 33000 Bordeaux, France

<sup>d</sup> CHU de Clermont-Ferrand, 63000 Clermont-Ferrand, France

<sup>e</sup> Hôpital Sainte-Marguerite, 13005 Marseille, France

<sup>f</sup> Hôpital Saint-Antoine, 75012 Paris, France

<sup>g</sup> Hôpital Princesse Grace, Monaco

<sup>h</sup> 59, boulevard de Reuilly, 75012 Paris, France

<sup>i</sup> Médical Haussmann, 75008 Paris, France

<sup>j</sup> Laboratoires AstraZeneca, 92500 Rueil Malmaison, France

**Mots clés :** Trouble bipolaire ; Psychoéducation ; Serious game  
**Introduction.**– La psychoéducation du trouble bipolaire favorise l'adhésion thérapeutique et le maintien de l'euthymie à 2 ans [1]. Au terme d'un tel programme, les patients peuvent avoir besoin d'aide pour perpétuer la mise en place des apprentissages concernant l'observance thérapeutique, les routines de vie quotidienne, l'évitement des toxiques et le repérage des prodromes thymiques.

Le Serious Game BIPOLIFE®, jeu centré sur un avatar souffrant de trouble bipolaire évoluant dans des situations de la vie courante, s'articule aussi autour de ces cibles.

**Objectifs.**– Évaluer la qualité de l'observance thérapeutique par la Medication Adherence Rating Scale (MARS) [2], les indicateurs de routine de vie et de recours aux soins psychiatriques à 1 et 4 mois de la dernière séance de psychoéducation chez les patients utilisant BIPOLIFE® vs. suivi habituel.

**Méthodologie.**– Étude pilote multicentrique randomisée contrôlée à 2 bras (durée : 24 mois) incluant des sujets euthymiques (score de dépression MADRS  $\leq 12$  et de manie YMRS  $\leq 8$  depuis 3 mois), bénéficiant d'un programme de psychoéducation. Les patients du groupe « intervention » se connecteront au site BIPOLIFE®, de manière hebdomadaire, pendant un mois (durée de connexion libre). À l'inclusion (dernière séance de psychoéducation), 1 et 4 mois, seront évalués l'attitude vis-à-vis du traitement, la qualité du sommeil, l'indice de masse corporelle, le périmètre ombilical, la consommation de toxiques, le fonctionnement psychosocial et le recours aux soins psychiatriques.

**Perspectives.**– Proposer BIPOLIFE® en add-on de la psychoéducation pour renforcer les compétences acquises lors du programme et le maintien de l'euthymie.

#### Références

- [1] Colom F, Vieta E, Martinez-Aran A, Reinares M, Goikolea JM, Benabarre A, et al. A randomized trial on the efficacy of group psychoeducation in the prophylaxis of recurrences in bipolar patients whose disease is in remission. Arch Gen Psychiatry 2003;60:402–7.  
 [2] Fialko L, Garety PA, Kuipers E, Dunn G, Bebbington PE, Fowler D, et al. A large-scale validation study of the Medication Adherence Rating Scale (MARS). Schizophr Res 2008;100:53–9.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.09.064>

P22

### Création d'un centre de dépistage et de prise en charge des troubles psychiatriques d'origine génétique à Lyon

C. Demily<sup>a</sup>, G. Saucourt<sup>a</sup>, C. Rigard<sup>a</sup>, A. Poisson<sup>a</sup>, N. Franck<sup>b</sup>, P. Edery<sup>c</sup>, T. d'Amato<sup>d</sup>

<sup>a</sup> UDEIP, pôle Est, CH le Vinatier, UMR 5229 (CNRS et université Lyon-1), 69500 Bron, France

<sup>b</sup> SUR, CH le Vinatier, UMR 5229 (CNRS et université Lyon-1), 69500 Bron, France

<sup>c</sup> Service de génétique clinique, HFME, hospices civils de Lyon, 69500 Bron, France

<sup>d</sup> Pôle Est, CH le Vinatier, 69500 Bron, France

**Mots clés :** Génétique ; Phénotype ; Affections microdélétionnelles ; Diagnostic différentiel ; Neurodéveloppement

La prise en charge des troubles mentaux résultant d'une affection génétique reste complexe actuellement. D'une part, l'offre de soins psychiatriques spécifique destinée à ces populations particulières est quasiment inexistante et, d'autre part, le diagnostic d'une affection somatique qui est à l'origine des symptômes psychiatriques n'est pas souvent posé si les points d'appel cliniques somatiques ne sont pas au premier plan. La question de l'organicités des troubles mentaux est pourtant majeure puisque 6% des psychoses seraient secondaires à une affection organique. Il s'agit essentiellement de psychoses observées dans un cadre syndromique. Notons ici qu'il est également fort probable que certaines psychoses isolées (non syndromiques) aient une composante constitutionnelle, c'est-à-dire que leur survenue pourrait être favorisée par une constitution génétique particulière. La méconnaissance d'une pathologie sous-jacente à des troubles d'allure psychiatrique peut induire une véritable « perte de chance » pour le patient. Parmi les affections somatiques responsables des troubles psychiatriques, les affections

cytogénétiques (par exemple, la microdélétion 22q11, le syndrome de Prader-Willi ou le syndrome de Smith-Magenis... ) occupent une place importante et restent parfois méconnues et difficiles à repérer. Les maladies héréditaires du métabolisme (comme la maladie de Wilson ou les troubles du cycle de l'urée...) sont également pourvoyeuses de troubles mentaux. Le point important est que certaines de ces affections sont accessibles à un traitement étiologique, d'autres pouvant bénéficier de soins de stimulation adaptés au déficit. Fort de ce constat, il nous est apparu important de pouvoir développer un outil en direction de ces patients afin d'organiser le dépistage, des soins spécifiques et des stratégies de réinsertion socio-professionnelle. Parallèlement, nous avons constaté que les patients déjà pris en charge pour une affection génétique en Centre expert ne bénéficiaient pas toujours de soins psychiatriques adaptés, faute de connaissance précise de leurs difficultés. Le « Centre régional de dépistage et de prise en charge des troubles psychiatriques d'origine génétique » s'est structuré à Lyon en décembre 2012 grâce au soutien de l'ARS Rhône-Alpes et à une collaboration étroite entre les services de psychiatrie et de génétique clinique. Ce centre accueille et évalue les patients selon un protocole particulier qui sera détaillé.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.09.065>

P23

### **Aneuploïdie 47,XXY et schizophrénie avec troubles du comportement : report de cas et discussion de la littérature**

H. Cavard<sup>a</sup>, B. Martin<sup>b</sup>, G. Lesca<sup>c</sup>, G. Saucourt<sup>a</sup>, A. Rafat<sup>c</sup>, C. Duboc<sup>b</sup>, T. d'Amato<sup>d</sup>, D. Sanlaville<sup>c</sup>, P. Edery<sup>c</sup>, C. Demily<sup>a</sup>

<sup>a</sup> UDEIP, pôle Est, CH le Vinatier, 69500 Bron, France

<sup>b</sup> SUR, CH le Vinatier, 69500 Bron, France

<sup>c</sup> Service de génétique clinique, HFME, hospices civils de Lyon, 69500 Bron, France

<sup>d</sup> Pôle Est, CH le Vinatier, 69500 Bron, France

Nous rapportons le cas d'un jeune patient âgé de 22 ans, adressé à notre consultation devant un tableau de schizophrénie atypique, pour recherche d'un diagnostic différentiel. L'histoire neurodéveloppementale révèle des troubles des apprentissages mis en évidence à l'entrée en primaire avec une dyslexie, une dyspraxie, des troubles attentionnels avec comportements oppositionnels. Après une classe de 6<sup>e</sup> difficile, le patient est orienté vers un apprentissage en alternance et obtient un CAP en mécanique automobile. La première décompensation psychotique a lieu à l'âge de 20 ans dans un contexte de surmenage. Le tableau clinique est dominé par une dissociation psychique avec hermétisme. Le patient est très agressif et mégalomane. Il présente des crises clastiques difficilement contrôlables. Devant la coexistence de troubles importants du comportement, d'une grande taille (202 cm), de doigts courts et d'une dysmorphie faciale (rétraction de l'étage moyen du visage avec prognatisme), un caryotype est effectué avec mise en évidence d'une aneuploïdie de type 47,XXY. La revue de littérature portant sur les liens entre les troubles du comportement avec troubles neurocognitifs et l'aneuploïdie de type XYY sont bien documentés. Les liens avec la schizophrénie sont plus contradictoires. Le repérage des affections gonosomiques est important en population souffrant de troubles mentaux atypiques afin de mieux caractériser les troubles cognitifs qui y sont associés et qui pourraient avoir un rôle dans les manifestations comportementales. Chez ce patient, la remédiation cognitive a eu un impact très positif sur les manifestations comportementales. Une telle prise en charge serait donc à envisager chez les patients porteurs d'aneuploïdie avec troubles cognitifs caractérisés.

*Pour en savoir plus*

DeLisi L, et al. Schizophrenia and sex chromosome anomalies. *Schizophrenia Bull* 1994;20:495–505.

Ross J, et al., Behavioral and social phenotypes in boys with 47,XXY syndrome or 47,XXY Klinefelter syndrome. *Pediatrics* 2012;129:769–78.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.09.066>

P24

### **Évolution de la densité de matière grise à disparition des symptômes dans l'état de stress post-traumatique. Étude en IRM à haute résolution : Voxel Based Morphometry (VBM)**

S. Boukezzi<sup>a</sup>, P.F. Rousseau<sup>b</sup>, A. Cancel<sup>a</sup>,

M. Comte<sup>c</sup>, S. Khalifa<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Institut de neurosciences de la Timone, Marseille, France

<sup>b</sup> Hôpital d'instruction des armées Sainte-Anne, Toulon, France

<sup>c</sup> Assistance publique des Hôpitaux de Marseille, Marseille, France

**Mots clés :** État de stress post-traumatique (ESPT) ; Voxel Based Morphometry (VBM) ; IRM à haute résolution ; Désensibilisation et retraitement de l'information par les mouvements oculaires (EMDR)

**Introduction.**– Une controverse existe concernant la nature et l'origine des réductions de densité de matière grise (dMG) dans l'État de Stress Post-Traumatique (ESPT). Ces atrophies pourraient être des facteurs de vulnérabilité pour le développement de l'ESPT [2] ou bien être la conséquence des symptômes liés au traumatisme [1]. Le but de cette étude a été d'étudier la question. Notre hypothèse est que les principales atrophies décrites dans la littérature évolueront avec l'amélioration des symptômes une semaine et 6 mois après une thérapie de désensibilisation et de retraitement de l'information par les mouvements oculaires (EMDR).

**Patients et méthodes.**– Nous avons étudié l'évolution des symptômes et la dMG chez 9 sujets atteints d'ESPT et chez 17 sujets témoins avant, une semaine et 6 mois après thérapie. Cette étude a été réalisée avec une technique d'IRM à haute résolution : la Voxel Based Morphometry (VBM).

**Résultats.**– Avant thérapie, les patients atteints d'ESPT présentaient des atrophies au niveau de 4 régions incluant le lobe frontal (Aire de Brodmann [BA] 32 droite, BA 10 droite, BA 9 gauche, BA 11 droite), le lobe pariétal (BA 43 droite, BA 40 droite), le lobe temporal (BA 42 droite, BA 38 droite) et le cervelet postérieur gauche. L'intensité des symptômes a diminué une semaine et 6 mois après thérapie. Pour BA 38, nous avons observé une augmentation de la dMG une semaine et 6 mois après traitement, mais pas pour les autres régions.

**Discussion et conclusion.**– Les atrophies trouvées dans cette étude sont en accord avec la littérature et expliqueraient notamment les déficits concernant les processus de peur et la régulation des émotions [3]. Certaines structures semblent constituer des facteurs de risque et leurs atrophies pourraient préexister avant la venue de l'événement traumatique alors que d'autres atrophies pourraient être la conséquence de cet événement.

**Références**

[1] Bremner. Hypotheses and controversies related to effects of stress on the hippocampus: an argument for stress-induced damage to the hippocampus in patients with posttraumatic stress disorder. *Hippocampus* 2001;11(2):75–81.

[2] Gilbertson, et al. Smaller hippocampal volume predicts pathological vulnerability to psychological trauma. *Nat Neurosci* 2002;5(11):1242–7.

[3] Jatzko, et al. Pattern and volume of the anterior cingulate cortex in chronic post-traumatic stress disorder (PTSD). *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2013.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.09.067>