

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 ; Aggressivité ; 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.

**Vignette clinique.** – Il s'agit de Mme HA âgée de 34 ans, mariée, mère de 2 enfants de 8 et 4 ans, ayant une maîtrise en administration des affaires, femme au foyer. Elle n'a pas d'antécédents familiaux ni personnels psychiatriques, ni somatiques particuliers. La symptomatologie a débuté en 2006 faite de faux souvenirs pour lesquels elle a consulté 2 psychiatres qui lui ont prescrit uniquement un traitement sédatif sans établir de diagnostic. En 2012, devant la persistance du symptôme, elle consulte en neurologie, où des examens ont été fait et se sont révélés normaux (examen physique détaillé, scanner cérébral, EEG). La patiente nous a été alors adressée pour bilan psychologique et prise en charge. Les tests projectifs (Rorschach et TAT) ont conclu à une personnalité narcissique avec des aménagements hystériques.

**Discussion.** – Les faux souvenirs représentent une symptomatologie assez rare qui reste souvent l'apanage de lésions neurologiques de type frontal. Cependant, dans notre cas, il s'avère être en rapport avec la personnalité pathologique de la patiente. Les faux souvenirs seraient-ils alors la réalisation de désirs inconscients et par conséquent un amalgame entre fantasmes et réalité.

*Pour en savoir plus*

Barbier A, Sztulman H, Caïn J. Les fantasmes originaires, Privat, 1986.

Laplanche J, Pontalis J.-B. Fantasmes originaires, fantasme des origines, origines du fantasme. Hachette littérature; 2008.

Freud S, Breuer J. Études sur l'hystérie, PUF, 3<sup>e</sup> édition 2<sup>e</sup> trimestre 1971.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.09.132>

P52

### Évolution des phénomènes tachypsychiques en fonction des variations de l'humeur chez deux patients cyclothymiques : données sur 14 semaines issues de l'étude PSYCHE

L. Weiner

Hôpitaux universitaires de Strasbourg, unité Inserm 1114, 67000 Strasbourg, France

**Mots clés :** Tachypsychie ; Troubles de l'humeur ; Manie ; Dépression

**Introduction.** – Habituellement décrite dans les états maniaques chez des patients avec troubles de l'humeur, la tachypsychie est définie comme une accélération de la pensée ou « racing thoughts », car les idées se succèdent rapidement contrairement au ralentissement psychomoteur de la dépression. Toutefois, la tachypsychie peut se trouver également associée à des états dépressifs mixtes. Les patients décrivent alors une impression de tête pleine de pensées qui se bousculent, ce qui est décrit par le terme « crowded thoughts » [1]. Peu d'études se sont intéressées à la phénoménologie et à l'évaluation de la tachypsychie. Nous décrivons ici les données obtenues chez deux patients cyclothymiques - une femme et un homme - à l'échelle que nous avons élaborée, le *Racing and Crowded Thoughts Questionnaire* (RCTQ), dans le cadre de l'étude longitudinale PSYCHE.

**Méthode.** – Pendant 14 semaines, le RCTQ, autoquestionnaire composé de 34 items, a été proposé de façon hebdomadaire lors d'une évaluation clinique comprenant les échelles YMRS (manie) et QIDS-C16 (dépression). Des analyses de corrélations intra-sujet entre les résultats à la YMRS et le RCTQ, d'une part, et à la QIDS-C16 et le RCTQ, d'autre part, ont été réalisées.

**Résultats.** – Chez la patiente cyclothymique, une corrélation positive et une tendance à la corrélation négative ont été observées respectivement avec les résultats de la YMRS et de la QIDS-C16. Chez le patient, seuls les résultats à la QIDS-C16 sont corrélés positivement à ceux du RCTQ.

**Conclusion.** – Ces résultats suggèrent que la tachypsychie peut être associée à des états maniaques, mais également à des états dépres-

sifs, notamment ceux accompagnés d'une irritabilité. Une étude de validation du RCTQ est en cours, afin d'évaluer sa structure bifactorielle (« racing » versus « crowded thoughts ») et sa spécificité vis-à-vis des phénomènes voisins, tels que la rumination.

**Référence**

[1] Koukopoulos A, Koukopoulos A. Agitated depression as a mixed state and the problem of melancholia. *Psychiatr Clin North Am* 1999;22(3):547–64.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.09.133>

P53

### Existe-t-il une association entre Motivation et Apathie dans la Schizophrénie ?

A. Larue<sup>a</sup>, H. Yazbek<sup>a</sup>, S. Raffard<sup>a</sup>, J. Norton<sup>b</sup>,

J.-P. Boulenger<sup>a</sup>, D. Capdevielle<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Hôpital La Colombière, Montpellier, France

<sup>b</sup> Inserm U-1061, Montpellier, France

**Mots clés :** Schizophrénie ; Motivation ; Apathie

Les symptômes négatifs dans la schizophrénie, le plus souvent chroniques et prédictifs du fonctionnement actuel et futur des patients, restent actuellement difficiles à traiter tant sur le plan médicamenteux que psychothérapeutique. Or, il s'agit d'un groupe de symptômes vaste et hétérogène qu'il est difficile d'étudier dans son ensemble. C'est pourquoi, nous avons choisi de nous intéresser à l'un d'entre eux : l'apathie à la fois symptôme cardinal dans les descriptions précoces de la schizophrénie et symptôme transnosographique. Dans la schizophrénie, il est également admis qu'il existe des troubles de la motivation qui entrent dans la description des symptômes négatifs. Les données de la littérature suggèrent qu'il existerait uniquement sur un plan conceptuel un lien entre motivation et apathie. L'objectif principal de cette étude transversale est de rechercher s'il existe une association entre motivation et apathie chez des patients souffrant de schizophrénie. Soixante-quinze patients hospitalisés ayant un diagnostic de schizophrénie selon les critères du DSM IV, âgés de 18 à 60 ans ont été inclus. Les critères de jugement principaux sont :

– l'apathie évaluée par deux échelles dont la « Lille Apathy Rating Scale » (LARS) ;

– la Motivation explorée par la BIRT Motivation Questionnaire (BMQ), par une échelle de sensibilité à la punition et à la récompense et par une tâche d'apprentissage par renforcement.

Les résultats montrent que les patients apathiques sont significativement moins motivés et plus sensibles à la punition que les patients non apathiques, et présentent une corrélation positive significative entre les scores obtenus à la LARS et à la BIRT ( $p < 0,001$ ). Il existe donc une association entre motivation et apathie chez des patients souffrant de schizophrénie montrant que plus les patients sont apathiques, moins ils sont motivés. Une meilleure compréhension de cette symptomatologie négative doit permettre le développement de stratégies thérapeutiques spécifiques.

*Pour en savoir plus*

Kirkpatrick B, Fenton WS, Carpenter WT Jr, Marder SR. The NIMH-MATRICS consensus statement on negative symptoms. *Schizophr Bull* 2006;32(2):214–9.

Medalia A, Brekke J. In search of a theoretical structure for understanding motivation in schizophrenia. *Schizophr Bull* 2010;36(5):912–8.

Robert P, Onyike CU, Leentjens AF, et al. Proposed diagnostic criteria for apathy in Alzheimer's disease and other neuropsychiatric disorders. *Eur Psychiatry* 2009;24(2):98–104.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.09.134>