

**VI^{èmes} JOURNÉES INTER-UNIVERSITAIRES DES CCA DE
PSYCHIATRIE DE L'OUEST**



**ABBAYE ROYALE DE FONTEVRAUD
VENDREDI 26 et SAMEDI 27 MARS 2010**







Robert d'Arbrissel
(1045 ? – 1116 ?)

« Un habit abject sur une chair écorchée par le cilice, un capuchon troué, les jambes à demi nues, la barbe hirsute, les cheveux coupés court sur le front, tu t'avances pieds nus dans la foule et tu offres un incroyable spectacle à l'assistance ; on dit que seule te manque une marotte pour avoir l'air d'un fou. »

***Lettre* de l'évêque Marbode de Rennes**

***J Dalarun Robert d'Arbrissel,
fondateur de Fontevraud Albin
Michel, 2002, 56-7***

PIRON



A FAIT
218 JOUR

1817 POUR DES MOTS SEDITIEUX



**VI^{èmes} JOURNÉES INTER-UNIVERSITAIRES DES CCA DE
PSYCHIATRIE DE L'OUEST**



**ABBAYE ROYALE DE FONTEVRAUD
VENDREDI 26 et SAMEDI 27 MARS 2010**



JOURNEES INTER-UNIVERSITAIRES DES CCA DE PSYCHIATRIE DE L'OUEST



Abbaye de FONTEVRAUD



Vendredi 26 & samedi 27 Mars 2010

J.-B. GARRE, Ph DUVERGER, G.AVARELLO, D.DENES, S.RICHARD-DEVANTOY, Angers

Vendredi 26 mars 2010

12h00 Accueil à l'Abbaye Royale de Fontevraud

12h30-13h30 Buffet

1^{ère} session : Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent

Présidents : Pr. P. DUVERGER (Angers) – Pr J.-B. GARRE (Angers)

14h00 Le syndrome de Münchausen par procuration en pédopsychiatrie. - Constance DUBUS (Poitiers)

14h20 Mélancolies adolescentes. - Renaud MASCRET (Brest)

14h40 Impact de l'amniocentèse sur la psychopathologie maternelle et l'attachement maternel pendant la grossesse. - Aude DELCUZE (Tours)

2^{ème} session : Bipolarité et T.O.C.

Présidents : Pr. B. MILLET (Rennes) - Dr. N JAAFARI (Poitiers)

15h00 Bipolarité et addictions. - Damien DENES (Angers)

15h20 Evolution de la symptomatologie obsessionnelle compulsive après stimulation magnétique du cortex orbito-frontal. - Cécilia NAUCZYCIEL (Rennes)

15h40 Identité, narcissisme et vieillissement. – Pierre-Louis MARIE (Angers)

16h00 Pause

3^{ème} session : Pédagogie et enseignement

Présidents : Pr. J.M. VANELLE (Nantes) – Pr. V. CAMUS (Tours)

17h00 – 18h00 Anne SAUVAGET et Stéphane RICHARD-DEVANTOY
- Comment encadrer et évaluer les étudiants hospitaliers en stage en psychiatrie ?
- Comment améliorer les enseignements inter-universitaires à destination des internes ?

- 18h30 Visite de l'Abbaye
- 20h00 Présentation du VALDOXAN – Dr Mireille DARET Information SERVIER
- 20h30 Dîner

Samedi 27 mars 2010

- 8h30 Accueil

4^{ème} session : Cas cliniques

Présidents : Pr. J-L. SENON (Poitiers) – Dr. B. GOHIER (Angers)

- 9h00 Un cas de travestisme chez un parkinsonien neurostimulé. - Anne SAUVAGET (Nantes)
- 9h20 Homicide et démence: des liaisons dangereuses! - Stéphane RICHARD-DEVANTOY (Angers)

5^{ème} session : Psychiatrie de l'adolescent

Présidents : Pr. P. DUVERGER (Angers) – Dr A.S. CHOCARD (Angers)

- 9h45 Qualité de vie des adolescents avec Syndrome d'Asperger et autisme de bon niveau. - Hélène COTTENCEAU (Tours)
- 10h05 Le déclin de la fonction paternelle et l'exemple de l'anorexie mentale. - Guillaume AVARELLO (Angers)
- 10h30 Pause

6^{ème} session : Les schizophrénies

Présidents : Pr. D. DRAPIER (Rennes) – Pr. M. WALTER (Brest)

- 11h00 Les prodromes de la schizophrénie : d'une revue de la littérature à la mise en place d'une consultation spécialisée. - Mickael LE GADULEC (Brest)
- 11h20 Étude clinique et neurophysiologique des processus de perception de la voix humaine dans la schizophrénie. - Jérôme GRAUX (Tours)
- 11h40 Traitement du contexte, anticipation et schizophrénie. - Pierre GUILLAUME BARBE (Tours)
- 12h00 Déjeuner

Le syndrome de Münchausen par
procuration à expression
psychiatrique: discussion clinique
autours d'un cas

INTRODUCTION

- Asher (1951): syndrome de Münchausen
- Meadow (1977) : syndrome de Münchausen par procuration (SMPP). Foetus, enfant , adolescent, adulte. Sdm de Meadow, de Polle, complexe de Medea
- Toute la symptomatologie pédiatrique . Grave. (10 % de mortalité)
- Rare (Sheridan,2003 :451 probablement sous-diagnostiqué.
- Signalement pour soin inadaptés. Double mécanisme de maltraitance.

INTRODUCTION (2)

- SMPP psychiatrique: 1993 (Fisher: 1 cas), 1997 (Schreirer: 14 cas). Simulation par l'enfant à la demande des parents.
- Probable sous-diagnostic car
 - discours parental indispensable
 - observation directe souvent difficile dans un 1^{er} temps.
- Diagnostic a posteriori.

CAS CLINIQUE

- Tina, 16 ans , hospitalisé en pédopsychiatrie pour une IMV.
- Antcdts personnels: plusieurs épisodes d'agitations
- Antcdts familiaux:
 - père BPL, décédé dans un AVP en 2003.
 - mère : thérapie de soutien par infirmier psy

CAS CLINIQUE (2)

- Éléments biographiques
2ème d'une fratrie de 3
TS paternelles répétées.
Séparation parentale 6 mois avant la mort
du père en 2003.
Union maternelle avec un homme violent.
Séparation. Une petite demi-sœur. Mère
au foyer.
Tina est en 1ère, bonne élève.

CAS CLINIQUE (3)

- HDM :Floue. Crise d'agitation au domicile à la suite d'une rupture amoureuse. IMV.
- Evolution
 - courrier maternel de revendication
 - discordance entre les descriptions (« tu mens »).Insistance sur le traumatisme familial.
 - invasion maternelle des espaces thérapeutiques, indifférenciation des espaces,déni des générations?
 - pas d'indication à une hospitalisation longue
 - réticence de la mère à récupérer sa fille
 - hospitalisation de la mère et clivage entre les services

CAS CLINIQUE (4)

- 6 mois plus tard:
- Théo, 12 ans, sdm dépressif
- Atcdt personnel: RAS
- Biographie: en 5^{ème}. « Sans histoire ». Pas d'activité extra-scolaire. Angoisse de séparation?
- HDM: allure réactionnelle. Bouleversement familiaux du printemps et de l'été. **Départ du frère**. Evolution à bas bruit

CAS CLINIQUE (5)

- Entretien : monopolisé par la mère. (meilleur contact). Expose la psychopathologie et hypothèses diagnostiques. (Réinsistance sur le traumatisme familial et la perte d'identification masculine.) RPM de Théo++.
- Objectifs: apaisement et observation

CAS CLINIQUE (4)

- Evolution:
 - mère omniprésente, va voir les autres patients, agréable avec les soignants. Attitude de séduction++ avec les hommes.
 - histoire maternelle carencée, et romancée.
 - Comportement fusionnels et déprimés. Allégation d'anorexie d'opposition.
- Invasion de l'espace thérapeutique
- dégradation de l'état de Théo.
 - appel du MT: inquiétude , satisfaction maternelle, répétitions dans la fratrie.
 - contrôle du temps de présence: amélioration immédiate.

CAS CLINIQUE (5)

- Proposition d'AED et de suivi infirmier pour la mère
- Annonce de sortie: satisfaction de Théo seul puis effondrement dépressif en présence de sa mère au fur et à mesure de l'énumération des symptômes.
- Réorientation pédopsychiatrie: compliance maternelle, soulagement de Théo.

Critères de Rosenberg (1987)

- Maladie chez un enfant produite et/ou simulée par un parent
- Présentation de l'enfant pour des soins médicaux de façon persistante et conduisant à des procédures médicales multiples
- Déni de la reconnaissance de la cause de la maladie par le parent responsable
- Régression du symptôme quand l'enfant est séparé du parent responsable

Critères de Rosenberg (1987)

| | Tina | Theo |
|---------------------------------------|-------------------------------|--|
| Production de symptômes | ?. Discordance des 2 discours | Oui. Induction par le discours mais conscient? |
| Demande persistante de soins médicaux | Oui | +/- Compliance |
| Déni de la cause parentale | Oui. | Partiel |
| Régression du symptôme | ? | Oui |

Autres éléments cliniques

- Mère très attentive, difficulté à laisser son enfant seul
- Détachement par rapport au traitement, grand intérêt pour la vie du service.
- Prend un rôle de soignante avec les autres patients.
- Histoires proches (mais non similaires) dans la fratrie
- Père absent

Catégories de parents de Schreier et Libow (1986)

- Demandeurs d'aide (help seekers): sujets anxieux, exagération d'un symptôme préexistant, hospitalisation anxiolytique, **aucun profit**
- Inducteurs actifs (active inducers): induisent **sciemment** la pathologie, but: attirer l'attention médicale, calmes, coopérant
- Toxicomanes aux médecins (doctor addicts): falsification des symptômes, nature quérulante, recherche obsédante d'un diagnostic

| | Tina | Théo |
|-----------------------|--|---|
| Catégories de parents | <ul style="list-style-type: none">- Help seekers- Doctor addict? (falsifications, quérulence) | <ul style="list-style-type: none">- Active inducer? (calme, coopérante, mensonges mais induction consciente?) |

Caractéristiques maternelles (Meadow)

- Mère au foyer. 30 %: formation para/médicale. Profession avec l'enfance.
- Relation fusionnelle avec leurs enfants
- Relation perturbée à leur propre corps
- Dépression, personnalité hystériques ou border-line, syndrome de Münchausen...
- Carences affectives majeurs, expériences traumatiques dans l'enfance, maltraitance.

Relation contre-transférentielle

| TINA | THEO |
|---|---|
| Quérulente, menaçante, ambivalente Rejet envers sa fille Victimisation | Séduction exagérée, manipulation Clivage ,projection Victimisation |

Psychopathologie du syndrome de Münchausen par procuration

- Motivation: endosser le rôle de malade par procuration
- Filiation narcissique (enfant = prolongement du propre corps de la mère)
- Répétition du masochisme lié aux traumatismes (identification projective, déni, clivage du Moi).
Tentative de subjectivation par la maîtrise?
- Médecin= tiers de substitution mais triangulation impossible

Hypothèses psychopathologiques du cas de Tina et Théo

- Tina : réelle autonomisation avec la relation amoureuse. Perte du soutien narcissique. Rivalité? Clivage. Projection. Déni des générations. L'hospitalisation vue comme punition. Sadisme?
- Théo: se sert de son fils pour demander présence d'homme à la maison et faire part de son propre effondrement dépressif?

Conclusion

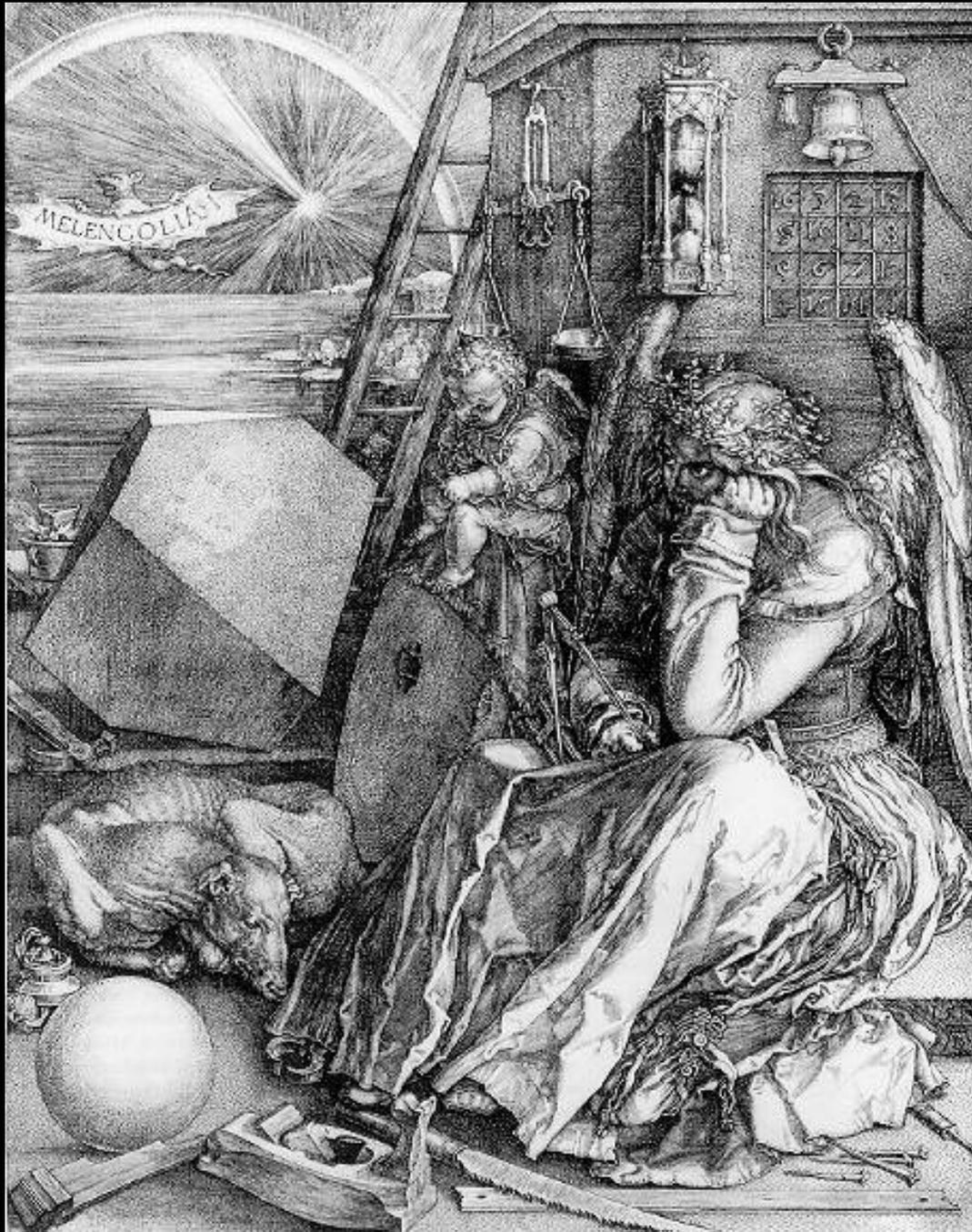
- Ici , pas tous les critères de SMPP mais nécessité pour la mère de revendiquer la souffrance psychique d'un de ses enfants dans un contexte d'histoire familiale carencée et traumatique. L'induction semble par contre inconsciente.
- Relation fusionnelle et déni des générations. Indication de séparation des espaces pour autonomisation psychique de chacun.
- Pour l'instant, pas d'indication de signalement judiciaire mais nécessité de tiers symbolique.
- SMPP à expression psychiatrique difficile à diagnostiquer (question de la part consciente de l'induction)mais fréquence importante probable à bas bruit.

Mélancolies adolescentes

Renaud Mascret
CHU de Brest

Université de Brest – Bretagne Occidentale

6èmes journées des CCA de l'Ouest
26 et 27 mars 2010
Abbaye Royale de Fontevraud



Melencolia I

Albrecht Dürer,
1514.

(Gravure sur acier –
Cabinet des Estampes.
Berlin, Allemagne)



Kindertotenlieder
*(Les chants des
enfants morts)*

**Gisèle Vienne,
2007.**

**(Danse, théâtre –
Création pour
le Festival
« Les Antipodes » –
Le Quartz, Brest)**

Plan

1. Clinique adolescente d'une mélancolie ordinaire :

- le rapport à la perte
- le rapport à la faute
- les niveaux défensifs

2. De l'objet mélancolique à l'adolescence:

- Quel objet pour le mélancolique ?
- Identification et identification négative
- Subjectivation adolescente négative

Le rapport à la perte : le deuil

« Le deuil est régulièrement la réaction à la perte d'une personne aimée ou d'une abstraction venue à sa place, comme la patrie, un idéal, etc. ».

Sigmund Freud, *Deuil et mélancolie*.

Le rapport à la perte : la mélancolie

« Le deuil montre les mêmes traits sauf un seul ; le trouble du sentiment de soi est dans son cas absent ».

« Ainsi nous serait suggéré de rapporter [...] la mélancolie à une perte d'objet soustraite à la conscience, à la différence du deuil dans lequel rien de ce qui concerne la perte n'est inconscient ».

Sigmund Freud, *Deuil et mélancolie*.



Description d'un combat. Maguy Marin, 2009.
(Danse, théâtre – Gymnase Aubanel – Création pour le Festival d'Avignon)



Kindertotenlieder. Gisèle Vienne, 2007.

(Danse, théâtre – Création pour le Festival « Les Antipodes » – Le Quartz, Brest)



Le Préau d'un seul. Jean-Michel Bruyère/LFKs, 2009.

(Installation – La Miroiterie – Création pour le Festival d'Avignon)

La faute : de la culpabilité à l'insuffisance

« C'était là. Ça n'y est plus, là. Ça ne peut pas être parti de là. Donc c'est moi qui ai détruit ça qui était là. C'est de ma faute à moi si ça n'est plus là. Je suis coupable de ça puisque ça n'est plus là ».

- car « Je n'y avais pas droit » :

Culpabilité / Surmoi

- car « Je ne le méritais pas » :

Insuffisance / Idéal du Moi

La faute : dépression et mélancolie

- **L'adolescent dépressif place une insuffisance en l'autre.**
- **L'adolescent mélancolique place une insuffisance en soi.**



In Bed (*Au lit*) – Ron Mueck, 2005.

(Sculpture. 161,9 x 649,9 x 395 cm – coll. part.)



Le Locataire

**Gloria Friedmann,
2005.**

**(Sculpture –
Musée d'Art Moderne
de Saint-Étienne, France)**

Les niveaux défensifs

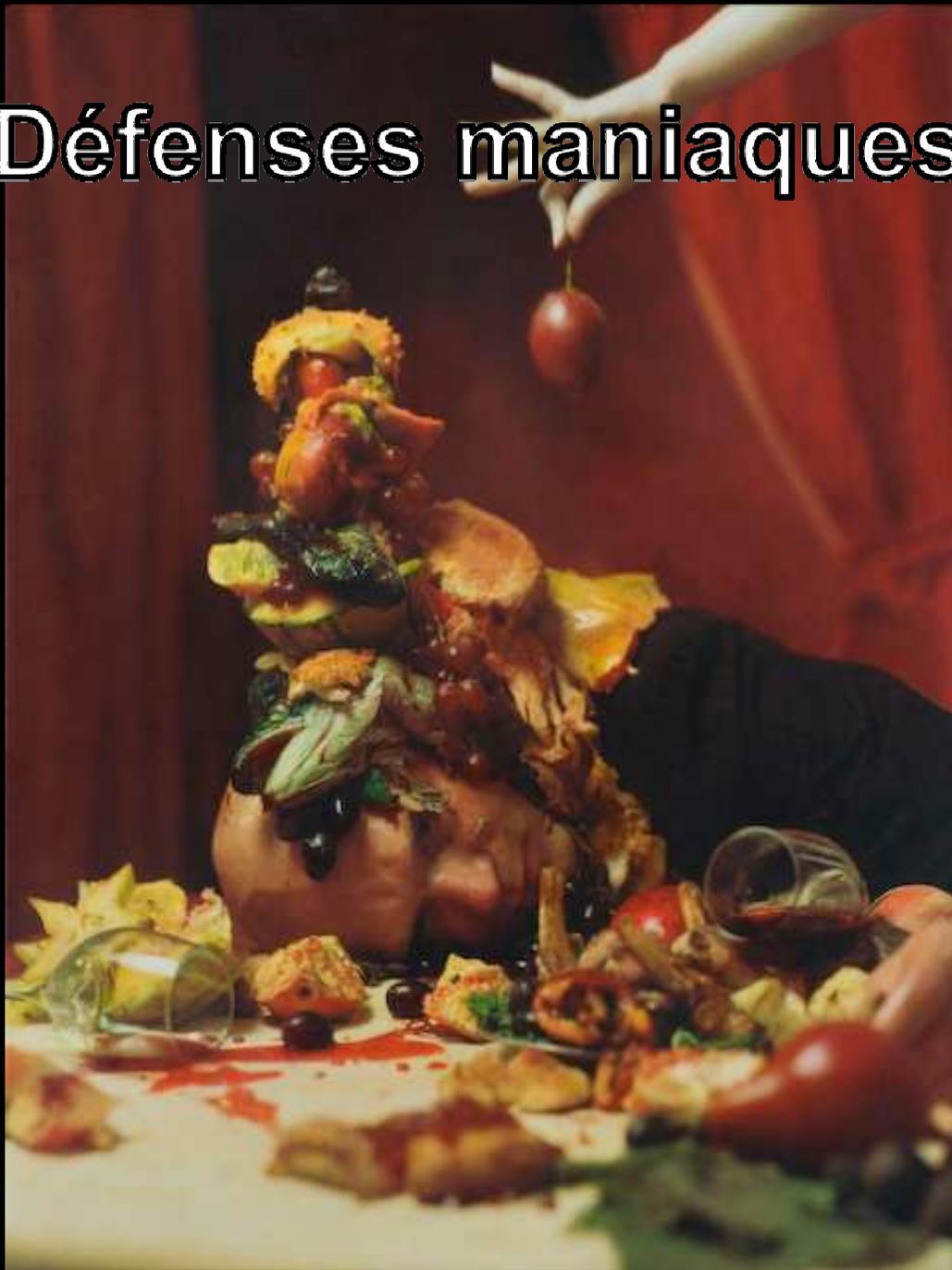
- **Versant objectal :**
 - Distance avec l'objet
 - Négation du désir de l'objet
 - Provocation de la rupture, « faire chuter » l'objet
 - Relation fétichisée à l'objet
- **Versant narcissique :**
 - Le positionnement mélancolique

Défenses obsessionnelles



Chute d'étoiles – Anselm Kiefer, 2007.
(Installation – Monumenta, coll. Grand Palais. Paris, France)

Défenses maniaques

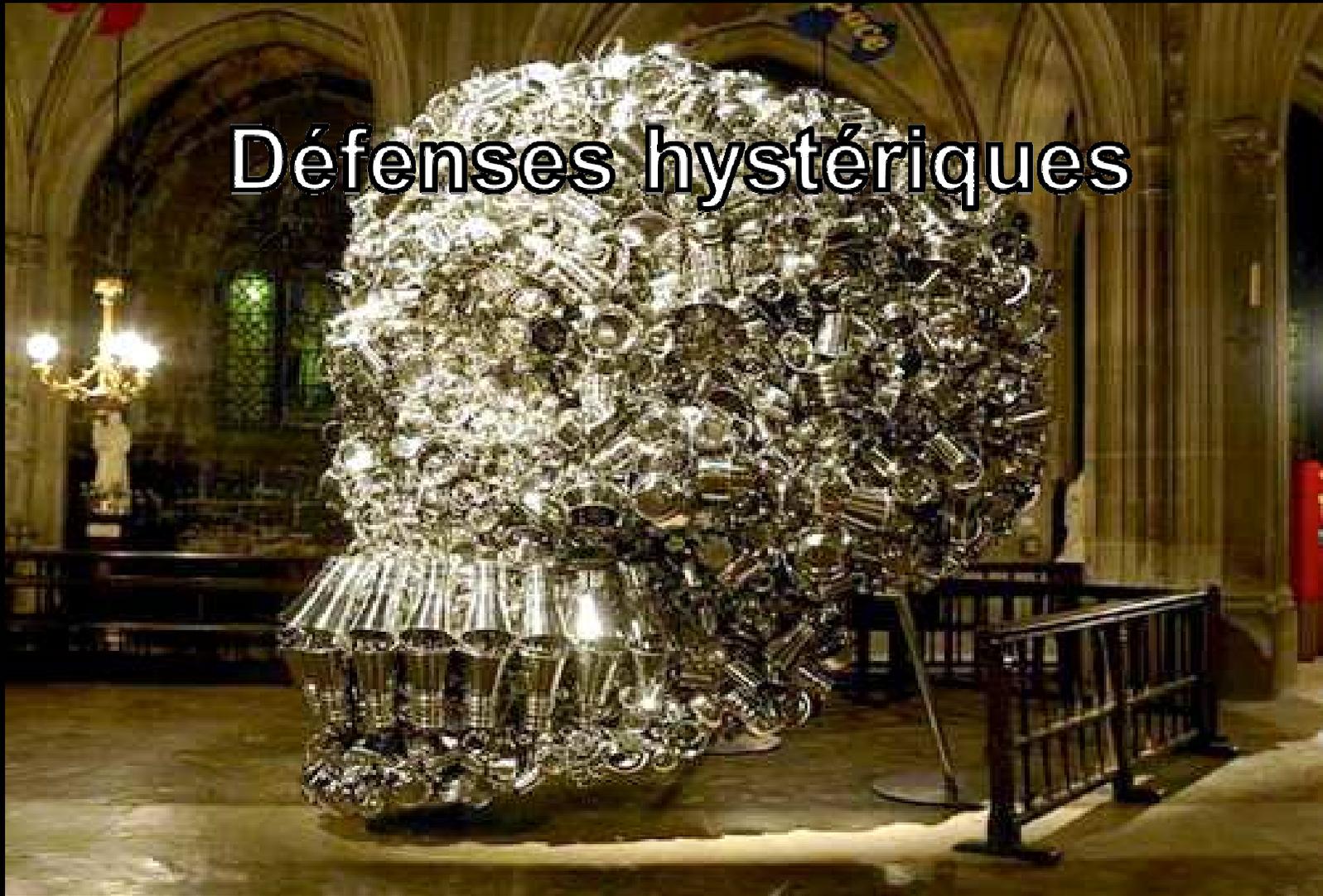


After the feast
(Après la fête)

**Robert & Shana
Parkeharrison,
2008.**

**(Photographie couleur –
coll. part.)**

Défenses hystériques



**Very hungry God (*Un Dieu qui a très faim*) –
Gupta Subodh, 2006.**

(Ustensiles de cuisine indienne assemblés – Exposé la première fois en l'Église Saint-Bernard à Paris, suite au mouvement des Sans-Papiers – coll. François Pinault)

Objet addictif



Paradiso

**Romeo Castellucci,
2008.**

***D'après la Divine Comédie
de Dante***

**(Installation –
Chapelle des Pénitents Blancs –
Création pour le Festival d'Avignon)**



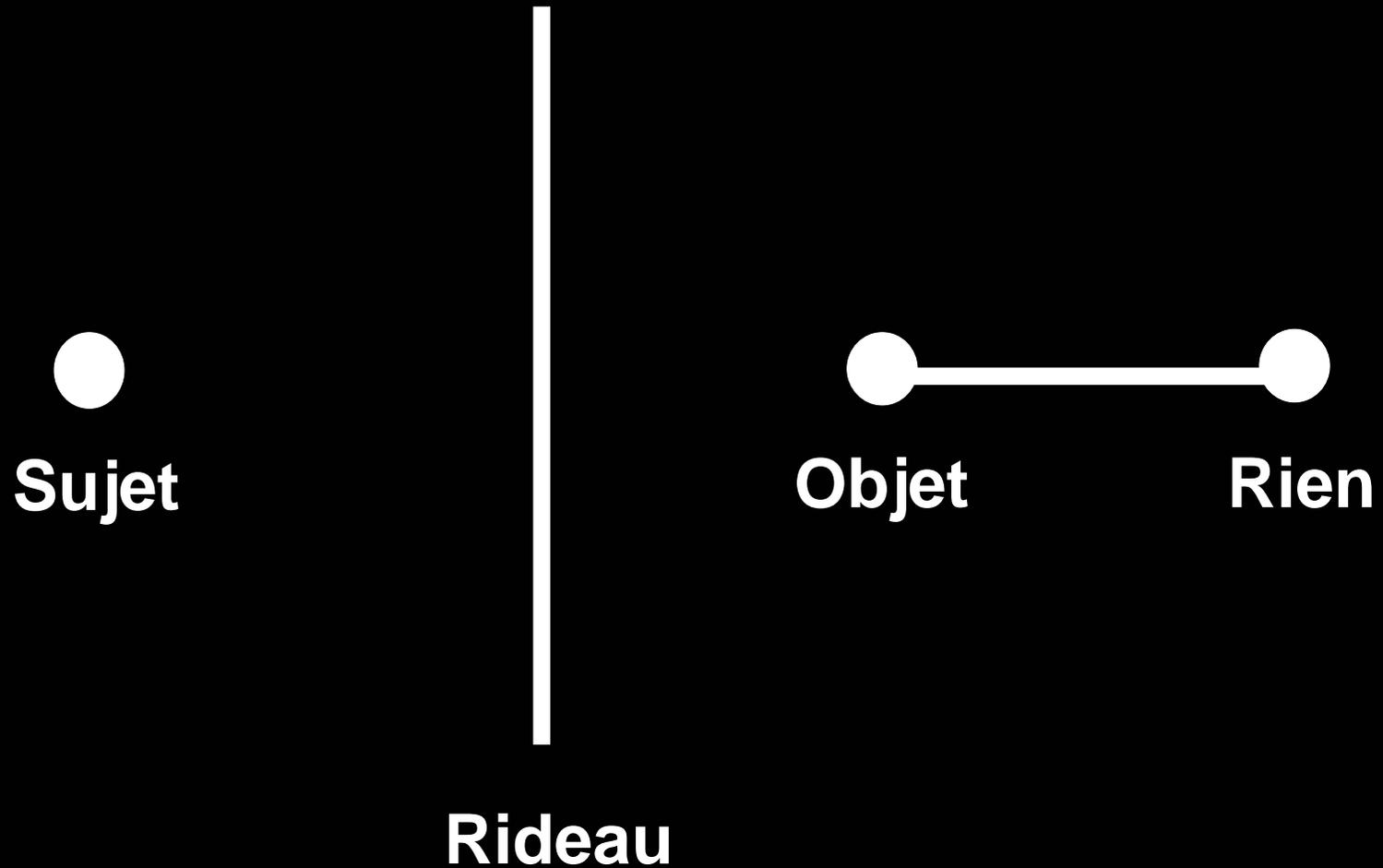
**The Origine of
the World
(*L'Origine du
Monde*)**

**Anish Kapoor,
2004.**

***Hommage à
Gustave Courbet***

**(Installation –
Musée d'Art Moderne
du 21^{ème} siècle.
Kanazawa, Japon)**

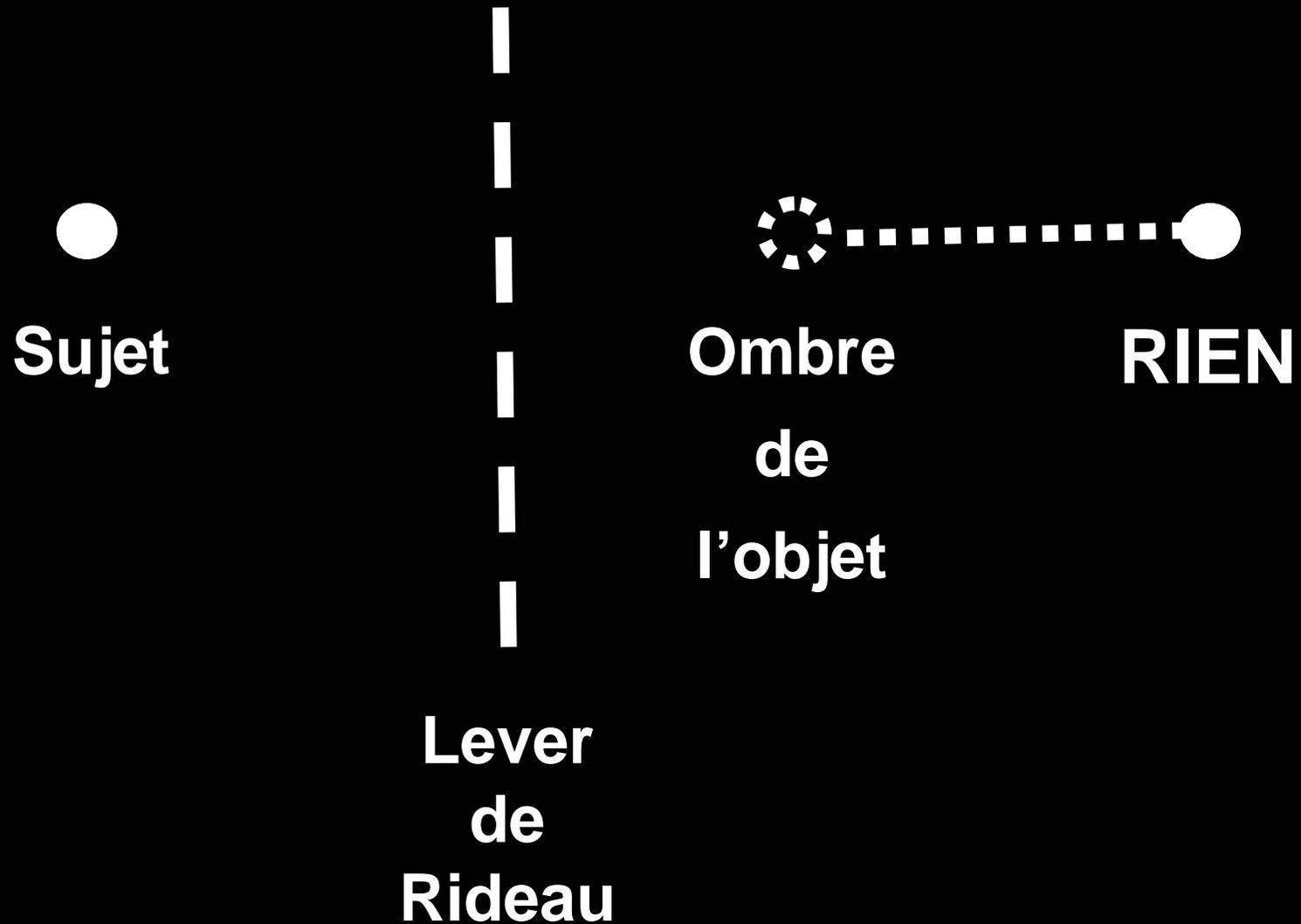
Schéma du voile



Jacques LACAN

Le séminaire, Livre IV : *La relation d'objet*

Schéma du lever de rideau





La Colonne brisée

**Frida Kahlo,
1944.**

**(Huile sur toile –
coll. part.)**



Contemporaries
(Nos contemporains)

Gloria Friedmann,
2007.

(Installation –
Musée de l'Histoire yougoslave
pour le
48^{ème} Salon d'Octobre pour
l'Art contemporain.
Belgrade, Serbie)



Café Müller. Pina Bausch, 1995.

(Danse, théâtre – Cour d'honneur du Palais des Papes – Reprise pour le Festival d'Avignon – créé le 20 mai 1978 par le Tanztheater de Wuppertal, Allemagne)

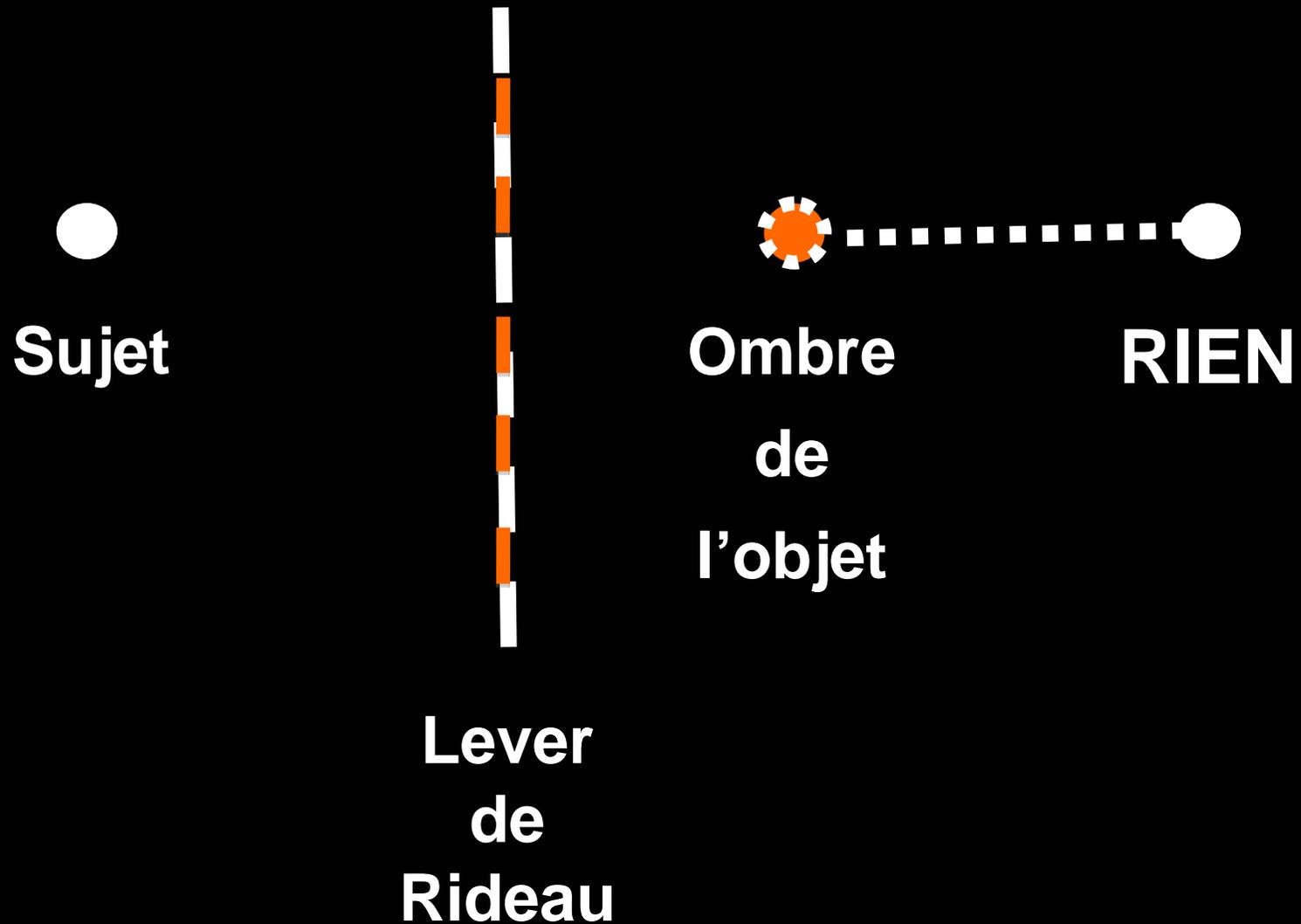


Morning Sun (*Le soleil du matin*). Edward Hopper, 1952.
(Huile sur toile – Musée des Beaux-Arts de Columbus, Ohio, États-Unis)



saute d'humeur. Laurence Demaison, 2004.
(4 photographies noir et blanc – coll. part.)

La reconstruction du voile



La Chambre d'Isabella

Jan Lauwers & la
Needcompany, 2004.

(Théâtre, danse – Cloître des Carmes –
Création pour le Festival d'Avignon)





Sinfonia Eroica. Michèle Ann de Mey, 2006.

(Danse – Reprise par Charleroi/Danses –

Création en 1990 au Théâtre Varia de Bruxelles, Belgique)

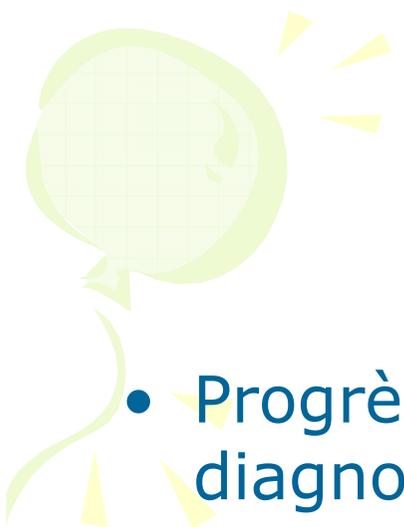


Merci de votre attention

The background features several large, overlapping, curved shapes in shades of purple, green, and blue. Interspersed among these are numerous small, yellow, triangular shapes, some pointing upwards and others downwards, creating a dynamic and abstract composition.

Impact de l'amniocentèse sur la psychopathologie maternelle et sur les représentations maternelles d'attachement

**Journées inter-universitaires des
CCA de psychiatrie de l'Ouest
26 Mars 2010
Aude Delcuze**

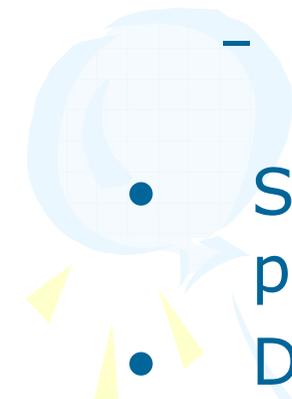
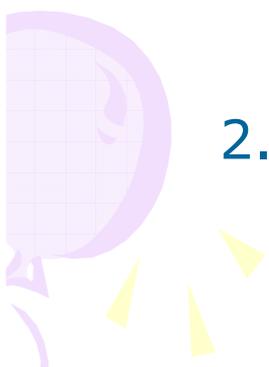


Introduction

- Progrès technique croissant en matière de diagnostic prénatal
 - Utilisation fréquente de l' amniocentèse pour caryotype foetal principalement à la recherche d'une trisomie 21
 - Démarche de prévention même si heureusement la plupart des grossesses se déroulent sans complications
 - Quel est l'impact sur le psychisme de ces futures mères confrontées à des techniques de plus en plus sophistiquées et des prises de décisions difficiles?
- 

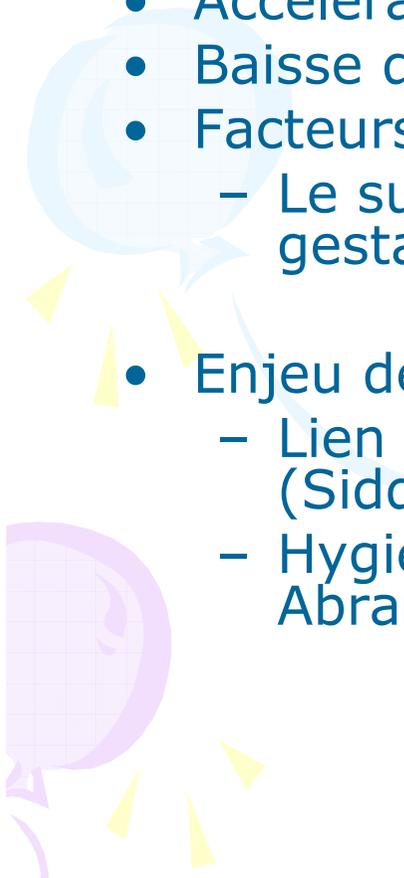


La grossesse

- Crise de maturation (Bibring, 1961)
 - Revit des conflits infantiles (premières relations et identification à sa mère)
 - Réorganisation de l'identité de la femme
 - état de vulnérabilité, elle peut vivre les changements dus à la grossesse comme une atteinte à l'intégrité
 - Séparation-individuation par rapport à sa propre mère (Pines, 1972)
 - Différentes phases (Bibring, 1959, 1961)
 1. Acceptation du fœtus en tant que faisant partie intégrante de soi, expérience de fusion qui se poursuit jusqu'à la perception des mouvements fœtaux
 2. Reconnaissance de l'existence d'un enfant à l'intérieur de son corps, préparation à la naissance-séparation de l'enfant
- 
- 



Concept d'attachement prénatal

- Début de la relation mère-enfant pendant la grossesse
 - Développement tout au long de la grossesse
 - Accélération lors de la perception des mouvements fœtaux
 - Baisse de l'intensité au dernier trimestre
 - Facteurs influençant cet attachement:
 - Le support social, le diagnostic prénatal, l'âge gestationnel
 - Enjeu de l'attachement prénatal:
 - Lien avec la qualité de l'attachement post natal (Siddiqui, 2000; Arnott, 2007; Fuller, 1989)
 - Hygiène de vie pendant la grossesse (Lindgren, 2001; Abrams, 2000; Cnattingius, 2000)
- 

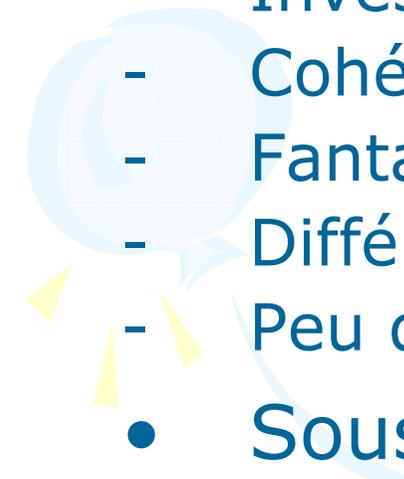
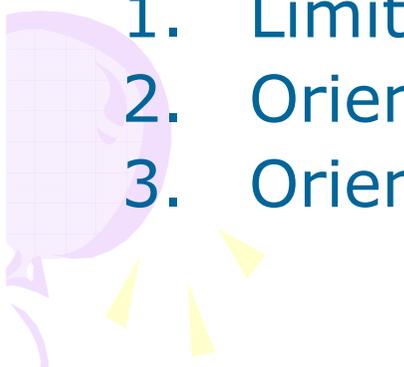


Représentations maternelles d'attachement

- Contribution de la psychanalyse à la conceptualisation des représentations en mettant au 1^{er} plan le rôle joué par les fantasmes de la future mère (peurs, désirs, distorsions, perceptions sélectives, attributions)
 - Plusieurs styles maternels (Raphael-Leff, 1983):
 1. Mère « facilitante »
 2. Mère « régulatrice »
 3. Mère « reciprocator »
 - Correspondance avec les différents types de représentations maternelles d'attachement décrits par Ammaniti (1990)
- 
- 



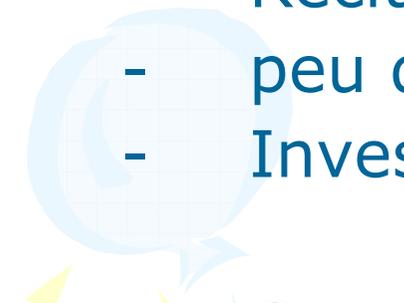
1. Représentations maternelles intégrées / équilibrées

- Perceptions riches
 - Ouverture au changement
 - Investissement affectif important
 - Cohérence
 - Fantaisies plutôt riches
 - Différenciation bien définie
 - Peu de dépendance sociale
 - Sous groupes :
 1. Limitée
 2. Orientée sur soi
 3. Orientée sur l'enfant
- 
- 

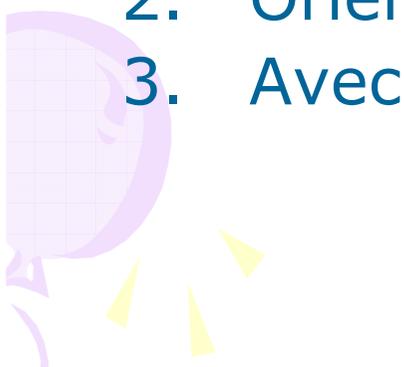


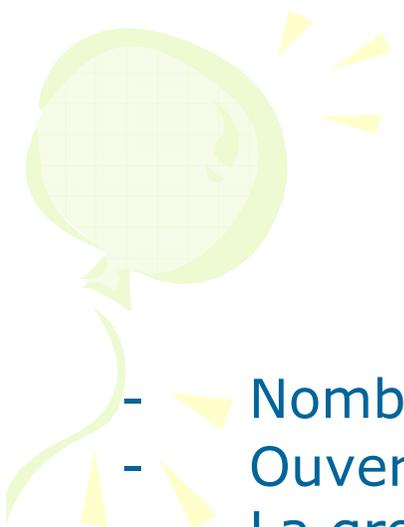
2. Étroites / désinvesties

- La grossesse comme « une étape nécessaire de la vie »
- Récit assez pauvre, abstrait
- peu de fantaisies
- Investissement affectif plutôt faible



- **Sous groupes:**

1. Accentuée
 2. Orientée sur soi
 3. Avec peur
- 



3. Non intégrées / ambivalentes

- Nombreuses contradictions dans le récit, cohérence faible
- Ouverture au changement faible
- La grossesse active des conflits et ambivalences
- Forte implication affective
- Différenciation faible

● Sous groupes

1. Confuse
 2. Inversion de rôle :
 - Enfant idéalisé avec une fonction résolutive parfois protectrice de la femme
 3. Absorbée par elle-même:
 - expérience de la grossesse au 2^{ème} plan
- 



Effet du stress prénatal

- Accouchement prématuré, fausses couches, retard de croissance, prééclampsie
 - Augmentation du risque de troubles psychiatriques chez l'enfant : TDAH (van den Bergh 2004), schizophrénie (Hultman, 1997; Van Os, 1998) dépression (Ward, 1991), autisme (Kinney, 2008)
- intérêt d'étudier les facteurs de stress pendant la grossesse
- 



Amniocentèse

- Prélèvement de liquide amniotique
 - Caryotype fœtal à la recherche d'anomalies chromosomiques
 - Indications:
 - Âge maternel supérieur ou égal à 38 ans
 - Taux de marqueurs sériques élevés
 - Anomalies échographiques
 - Antécédents familiaux de maladies génétiques
 - Invasif
 - Risque de fausse couche 0.5%
 - Peu d'études sur les effets de l'amniocentèse sur la psychopathologie maternelle pendant la grossesse et sur l'attachement prénatal
 - Échantillon faible, absence de groupe contrôle, résultats contradictoires
- 
- 



Objectifs de l'étude

- Effet de l'amniocentèse pendant la grossesse et en post partum sur :
 - La dépression maternelle
 - L'anxiété maternelle
 - Les symptômes post traumatiques maternels
 - Les représentations maternelles d'attachement pendant le 7^{ème} mois
- 
- 



Population de l'étude

- **Critères d'inclusion:**

- grossesse unique,
- femme âgée de plus de 18 ans,
- absence de pathologie maternelle ou fœtale nécessitant une prise en charge lourde



- **Critères d'exclusion:**

- grossesse multiple,
 - pathologie maternelle ou fœtale nécessitant une prise en charge lourde,
 - antécédents de malformation fœtale, de mort fœtale in utero, d'interruption médicale de grossesse,
 - incapacité légale et/ou circonstances rendant la patiente incapable donner son consentement éclairé
- 

Matériel & Méthodes

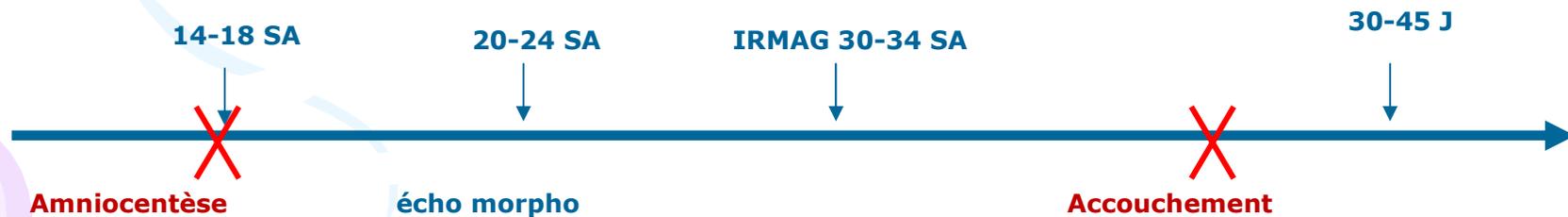
Étude observationnelle de type exposées versus non exposées

Recrutement : 09/2004 à 06/2007 au CHRU de Tours

Échantillon

- Femmes enceintes exposées à l'amniocentèse (**n=232**)
- Femmes enceintes non exposées à l'amniocentèse (**n=160**)

4 visites d'évaluations





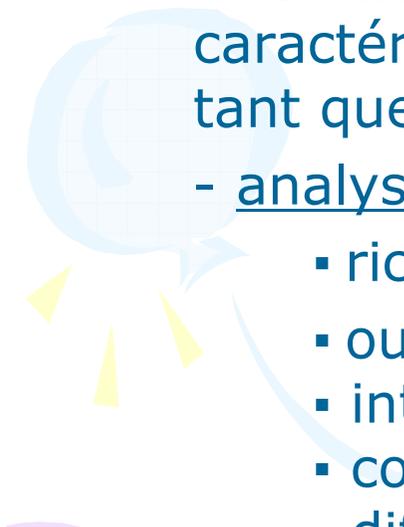
Critères de jugement

- **Anxiété état:** Inventaire d'anxiété-trait et anxiété-état de Spielberger (STAI) visites 1, 2 et 4
 - **Dépression:** Echelle de dépression postnatale d'Edinburgh, autoquestionnaire, valeur seuil de 11, visites 1, 2 et 4
 - **Expériences dissociatives:** Echelle des expériences dissociatives (DES), autoquestionnaire, valeur seuil de 30, visites 1, 2 et 4
- 
- 

- 
- **Représentations maternelles d'attachement:** Entretien pour représentations maternelles d'attachement (IRMAG, Ammaniti, 1990) visite 3

- aborde différents thèmes: désir de maternité, émotions à l'annonce de la grossesse, changements dans la vie personnelle, couple et rapport avec sa propre mère, espace de l'enfant intérieur, attentes à propos des caractéristiques de l'enfant et des caractéristiques de soi en tant que mère

- analyse du discours avec la grille d'Ammaniti:

- richesse des perceptions
 - ouverture au changement et flexibilité
 - intensité de l'investissement
 - cohérence
 - différenciation de la représentation
 - dépendance sociale
 - émergence des fantasmes
- 
- 



Résultats

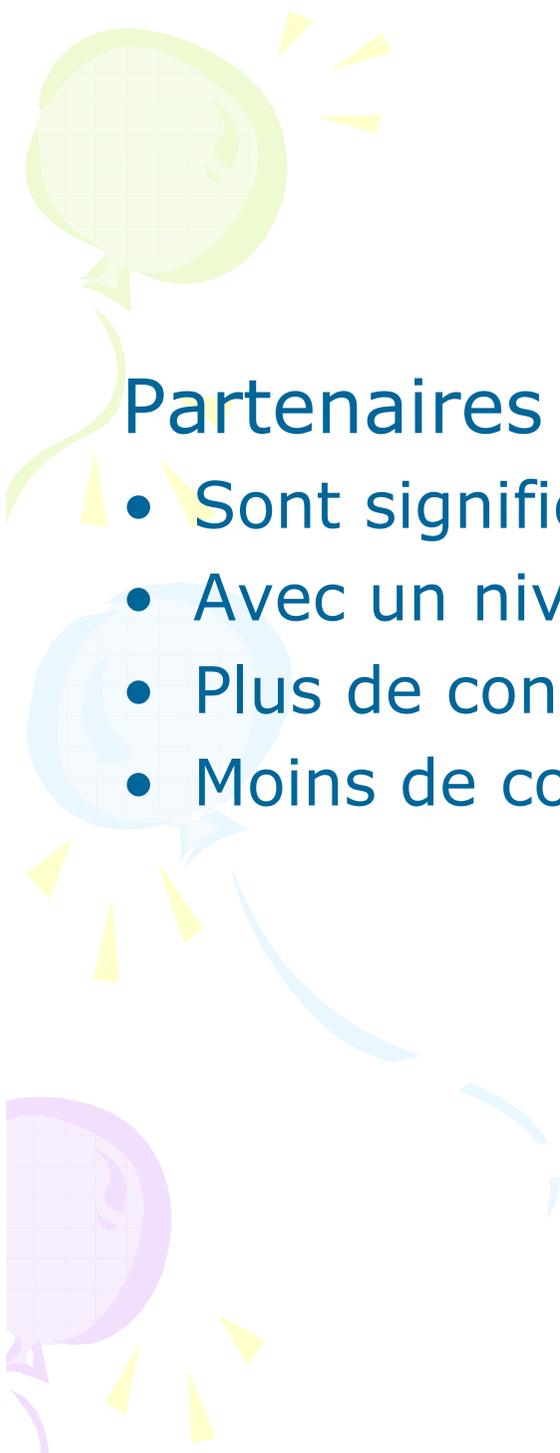
- Indications de l'amniocentèse:
 - Marqueurs sériques élevés: 63.7%
 - Âge maternel élevé: 34%
 - Augmentation de la clarté nucale: 2.3%



Caractéristiques médicales et socio-économiques

Dans le groupe amniocentèse:

- Moyenne d'âge significativement plus élevée (34.9 vs 28.2)
 - Âge à la naissance du premier enfant plus élevé
 - Moins de primipares
 - Plus actives
 - Niveau d'études plus élevé
 - Plus d'antécédents de maltraitance dans l'enfance, de dépression ou d'anxiété à l'adolescence
 - Plus de consommation d'alcool avant et pendant la grossesse
- 



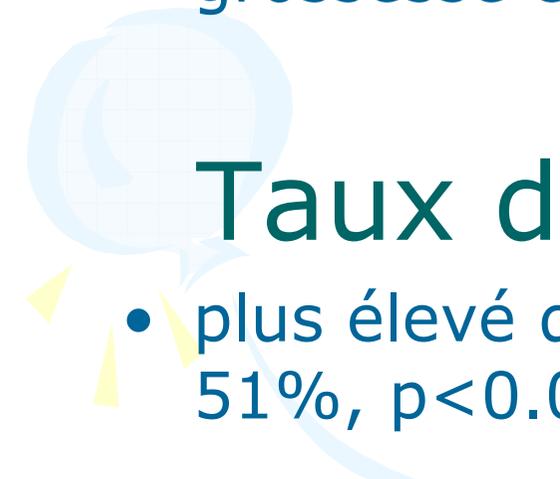
Partenaires dans le groupe amniocentèse:

- Sont significativement plus actifs
- Avec un niveau d'études plus élevé
- Plus de consommateurs d'alcool
- Moins de consommateurs de tabac



Caractéristiques obstétricales

- Pas différence significative entre les 2 groupes pour les caractéristiques obstétricales pendant la grossesse et à l'accouchement



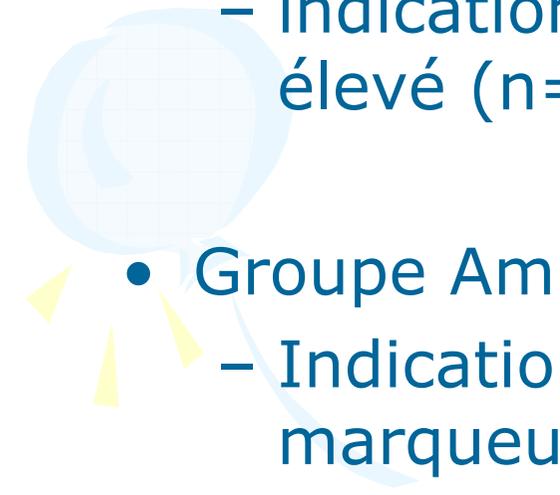
Taux d'allaitement maternel

- plus élevé dans le groupe amniocentèse (69% vs 51%, $p < 0.004$)

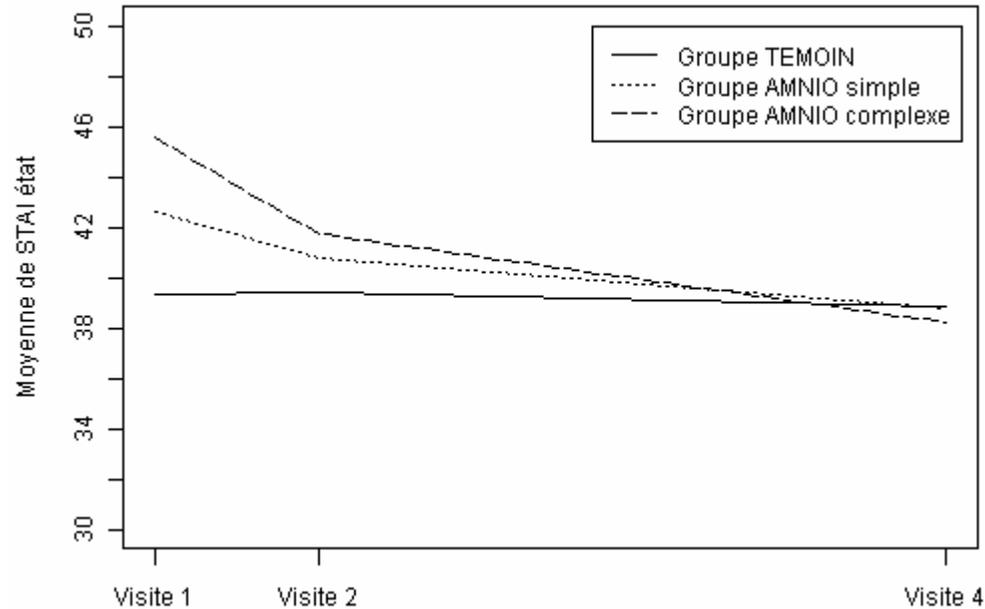




Utilisation de sous groupes dans le groupe amnio

- Groupe Amnio simple:
 - indications de l'amniocentèse = âge maternel élevé (n=79)
 - Groupe Amnio complexe:
 - Indications de l'amniocentèse = nuque épaisse, marqueurs sériques élevés (n=153)
- 
- 

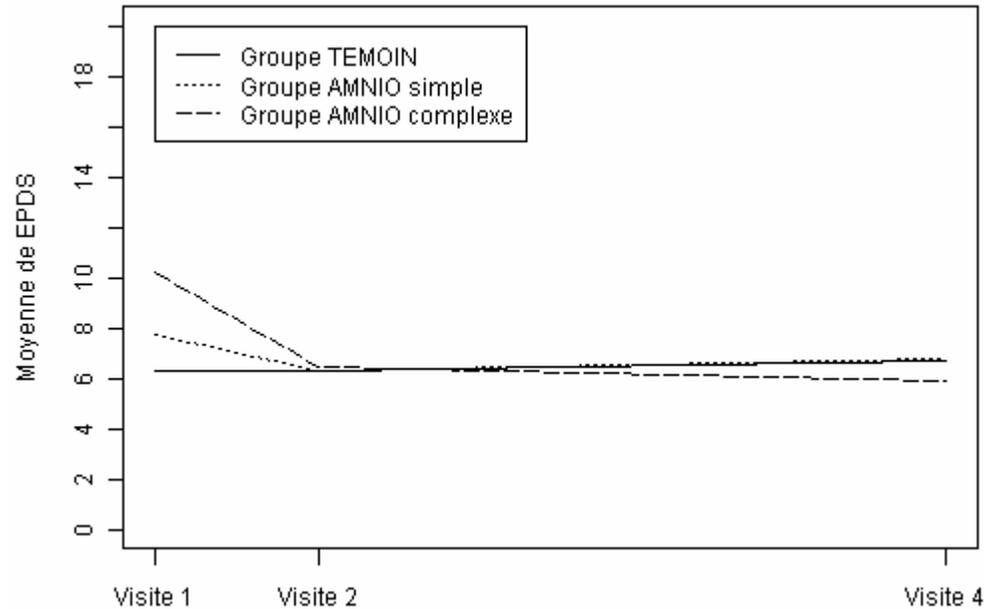
Anxiété maternelle



V1:anxiété significativement plus élevée dans le groupe amnio complexe (45.6 vs 39.3)

V2:différence moindre mais significative dans le groupe amnio complexe (41.7 vs 39.3)

Dépression maternelle



V1: score dépression significativement plus élevé dans le groupe amnio complexe (10.2 vs 6.3)

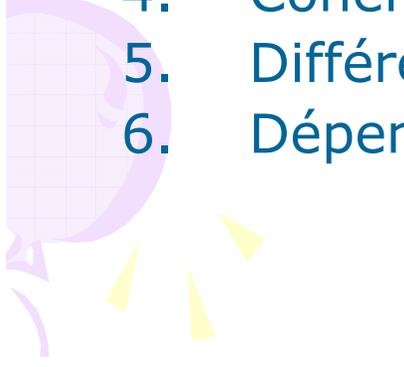


Symptômes post traumatiques maternels

- Échelle des expériences dissociatives:
Absence de différence significative entre les groupes



Représentations maternelles d'attachement

- Représentations intégrées et équilibrées (98.8% dans le groupe amniocentèse et 100% dans le groupe contrôle)
 - Pas de différence significative pour les différents critères pour les représentations de soi et de l'enfant:
 1. Richesse des perceptions
 2. Ouverture au changement
 3. Intensité de l'investissement
 4. Cohérence
 5. Différenciation
 6. Dépendance sociale
- 
- 

Représentations maternelles d'attachement

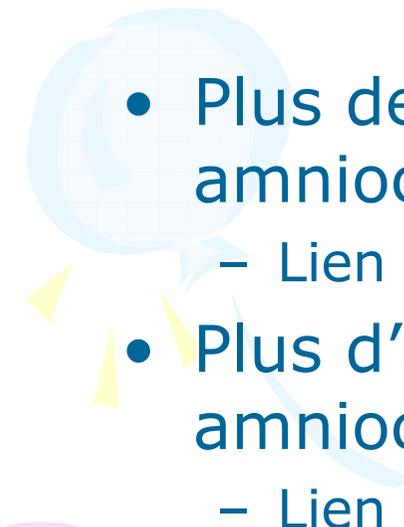
| | Amniocentèse | Contrôle |
|--|--------------|------------|
| Intégrées/équilibrées, orientées sur l'enfant | 110 (67.9%) | 58 (84.1%) |
| Intégrées/équilibrées, orientées sur soi | 50 (30.9%) | 11 (15.9%) |
| Étroites /désinvesties avec peur | 2 (1.2%) | 0 |

$p < 0.03$



Discussion

- Étude prospective originale
- Peu de littérature

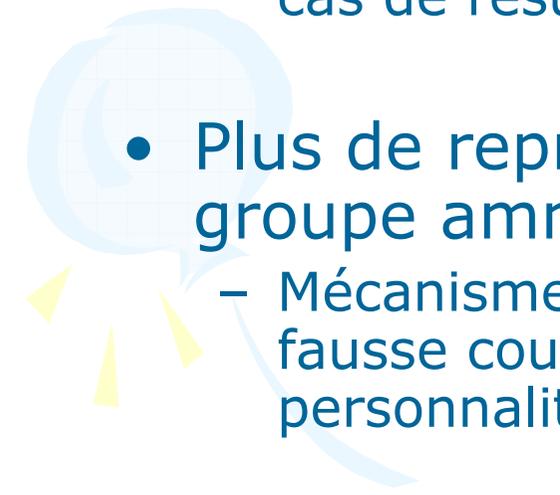
- 
- Plus de consommation d'alcool dans le groupe amniocentèse
 - Lien avec la multiparité
 - Plus d'allaitement maternel dans le groupe amniocentèse
 - Lien avec l'âge maternel élevé, la multiparité
 - Mécanisme d'adaptation à un facteur de stress
- 

Discussion

- Augmentation significative mais transitoire des niveaux d'anxiété et de dépression
 - pour les femmes qui ont eu une amniocentèse pour marqueurs sériques élevés et/ou nuque épaisse
- Crainte de résultats anormaux
- Réactions d'adaptation avec repli sur elle, maintien d'une distance émotionnelle jusqu'à la confirmation de résultats normaux



Discussion

- Représentations intégrées et équilibrées
 - Pas d'altération de l'attachement prénatal due à l'amniocentèse
 - Possibilité d'une interruption médicale de grossesse en cas de résultat positif (4 femmes dans notre échantillon)
 - Plus de représentations orientées sur soi dans le groupe amniocentèse
 - Mécanisme d'adaptation par rapport aux risques de fausse couche probablement en lien avec leur personnalité, leur histoire personnelle
- 
- 

Limites

- Effectif du groupe contrôle:

- Peu de grossesses « normales » dans une maternité de niveau 3

- Taux de données manquantes:

- Principalement dans le groupe contrôle (pas de bénéfices médicaux pour les participantes)
- Mais problème fréquent dans les études de cohorte avec mesures répétées dans le temps

Conclusion

- Grossesse = expérience humaine unique (modification de l'identité de la femme, début du développement de l'attachement mère-enfant)
- Période pendant laquelle vont intervenir des techniques médicales de plus en plus performantes → nécessité avant tout d'une approche globale et humaine de la femme enceinte
- Conséquences pour les partenaires?
- Approche multidisciplinaire pour :
 - Adapter l'information
 - Aider les couples à prendre leur propre décision
 - Évaluer et prendre en charge les troubles psychologiques
 - une réflexion éthique
 - des recherches transdisciplinaires

JOURNÉES DES CCA DE L'OUEST

26 MARS 2010

BIPOLARITÉ ET ADDICTION



OBJECTIFS

Nombreux patients présentant des troubles co-occurents

Interrogation concernant les mécanismes d'interaction

Interrogation concernant la prise en charge de ces patients

Choix des troubles bipolaires car statistiquement les plus liés aux addictions

- Méthode : analyse des données de la littérature concernant les mécanismes d'interaction et les traitements existants, proposition d'un nouveau modèle

LES TROUBLES CO-OCCURENTS

DEFINITIONS

Association d'un ou plusieurs troubles psychiatriques et d'un ou plusieurs troubles liés à l'abus de substance

A différencier du double diagnostic

Séparation troubles indépendants et troubles induits

- Délai de 4 semaines
- Troubles psychiatriques constitués antérieurement

LES TROUBLES CO-OCCURENTS

EPIDEMIOLOGIE

Limites des études :

Souvent rétrospectives

Difficile de déterminer la chronologie d'apparition des troubles

Biais de recrutement

Surtout centrées sur les consommations de substances

3 grandes études américaines en population générale : ECA, NCS, NESARC

LES TROUBLES CO-OCCURENTS

EPIDEMIOLOGIE

Bipolarité chez les patients addicts

ECA : 5 fois plus de risque de présenter une bipolarité
chez les patients en difficulté avec l'alcool

NESARC :

4 fois plus de risque de présenter une bipolarité
chez les patients dépendant à l'alcool vs 1,3 chez
les patients abuseurs d'alcool

Regier-1990

Grant-2004

LES TROUBLES CO-OCCURENTS

EPIDEMIOLOGIE

Addictions chez les patients bipolaires

ECA :

Prévalence des troubles liés aux substances de 60,7% chez les Bp 1 et de 48,1% chez les Bp 2 soit 56,1% pour Bp (OR=6,6)

NCS et NESARC

retrouvent aussi une prévalence élevée des addictions chez les bipolaires

Plus de dépendance que d'abus

LES TROUBLES CO-OCCURENTS

EPIDEMIOLOGIE

Addiction comportementale

Lien statistique entre trouble bipolaire et jeu pathologique

Lien statistique entre TCA et trouble bipolaire

Nécessité de poursuivre les études concernant les addictions sexuelles, la cyber-addiction et les achats compulsifs

McElroy-1996

McIntire-2007

LES TROUBLES CO-OCCURENTS

EPIDEMIOLOGIE

Conclusion

Fort lien statistique entre bipolarité et abus de substance

Le trouble addictif est le plus souvent une dépendance en cas de troubles co-occurents

La co-occurrence est plus fréquente pour les Bp1

Femmes Bp plus à risque que les hommes

Les données concernant les addictions comportementales sont moins nombreuses

LES TROUBLES CO-OCCURENTS

LES MODELES D'INTERACTION

la concomitance fortuite et la confusion diagnostique

la vulnérabilité commune

l'addiction résulte de la bipolarité :

l'abus de substance est un symptôme du trouble bipolaire

l'abus de substance est une auto-médication des patients bipolaires,

la bipolarité est un facteur de vulnérabilité pour les addictions

l'addiction comme moyen de lutte contre les effets des traitements psychotropes

l'abus de substance est à l'origine du trouble bipolaire.

LES TROUBLES CO-OCCURENTS

LA CONCOMITANCE FORTUITE ET LA CONFUSION DIAGNOSTIQUE

Concomitance fortuite

- Lien statistique plus fort que ne laisserait présager la prévalence de chaque maladie
- Données vérifiées en population générale excluant le biais de Berkson (biais d'admission)

Confusion diagnostique

- IEA et sevrage mime des troubles thymiques
- Délai de 4 semaines nécessaire

LES TROUBLES CO-OCCURENTS

LA VULNERABILITE COMMUNE

La vulnérabilité génétique commune

Facteurs génétiques impliqués dans les 2 troubles

Pas d'augmentation de la prévalence des troubles addictifs chez les apparentés de bipolaires, sauf si addiction

Pas d'augmentation de la prévalence de la bipolarité chez les apparentés de patients addicts

L'hypothèse ne semble donc pas vérifiée

Maier-1996

Winokur-1995

Lish-1993

LES TROUBLES CO-OCCURENTS

LA VULNERABILITE COMMUNE

Évènements de vie stressant et kindling

Rôle des évènements de vie stressants dans la
genèse des troubles addictifs et des troubles
bipolaires

Vulnérabilité au stress peut être à l'origine des
troubles concomitants

Brady-2005

LES TROUBLES CO-OCCURENTS

LA VULNERABILITE COMMUNE

Rôle des traits de personnalité

Recherche de sensation : non corrélée aux troubles concomitants

Impulsivité : corrélée aux troubles concomitants

Alexithymie : pas d'étude réalisée sur ce sujet

Henry-2001

Bizzari-2007

Swan-2004

LES TROUBLES CO-OCCURENTS

LA VULNERABILITE COMMUNE

Rôle des troubles anxieux

Troubles anxieux associés aux addictions et au trouble bipolaire

Rôle des troubles anxieux probable uniquement chez les femmes présentant un trouble concomitant

Goldstein-2008

LES TROUBLES CO-OCCURENTS

BIPOLARITE PRIMAIRE

Addiction comme symptôme de la bipolarité

L'addiction précède la bipolarité dans environ 50%
des cas

Les patients ne modifient pas leur consommation en
fonction des épisodes thymiques

L'hypothèse ne semble donc pas validée

Strakowski-1998

Mayfield-1968

Bernadt-1986

LES TROUBLES CO-OCCURENTS

BIPOLARITE PRIMAIRE

L'auto-médication

Hypothèse la plus communément admise, mais
l'addiction précède souvent la bipolarité

Contrôle des prodromes

Passage de l'abus à la dépendance

Lam-1997

Weiss-2004

LES TROUBLES CO-OCCURENTS

BIPOLARITE PRIMAIRE

Bipolarité comme facteur de risque

Neuro-adaptation secondaire aux épisodes
thymiques

Circuit neuronaux communs aux deux troubles

Modifications induites par la bipolarité entraînant une
addiction

LES TROUBLES CO-OCCURENTS

BIPOLARITE PRIMAIRE

Addiction comme moyen de lutte contre les
traitements

Tabac modifie la distribution des neuroleptiques
Tabagisme induit une hyperdopaminergie

Dawe-1995

Desai-2001

Goff-1992

LES TROUBLES CO-OCCURENTS

ADDICTION PRIMAIRE

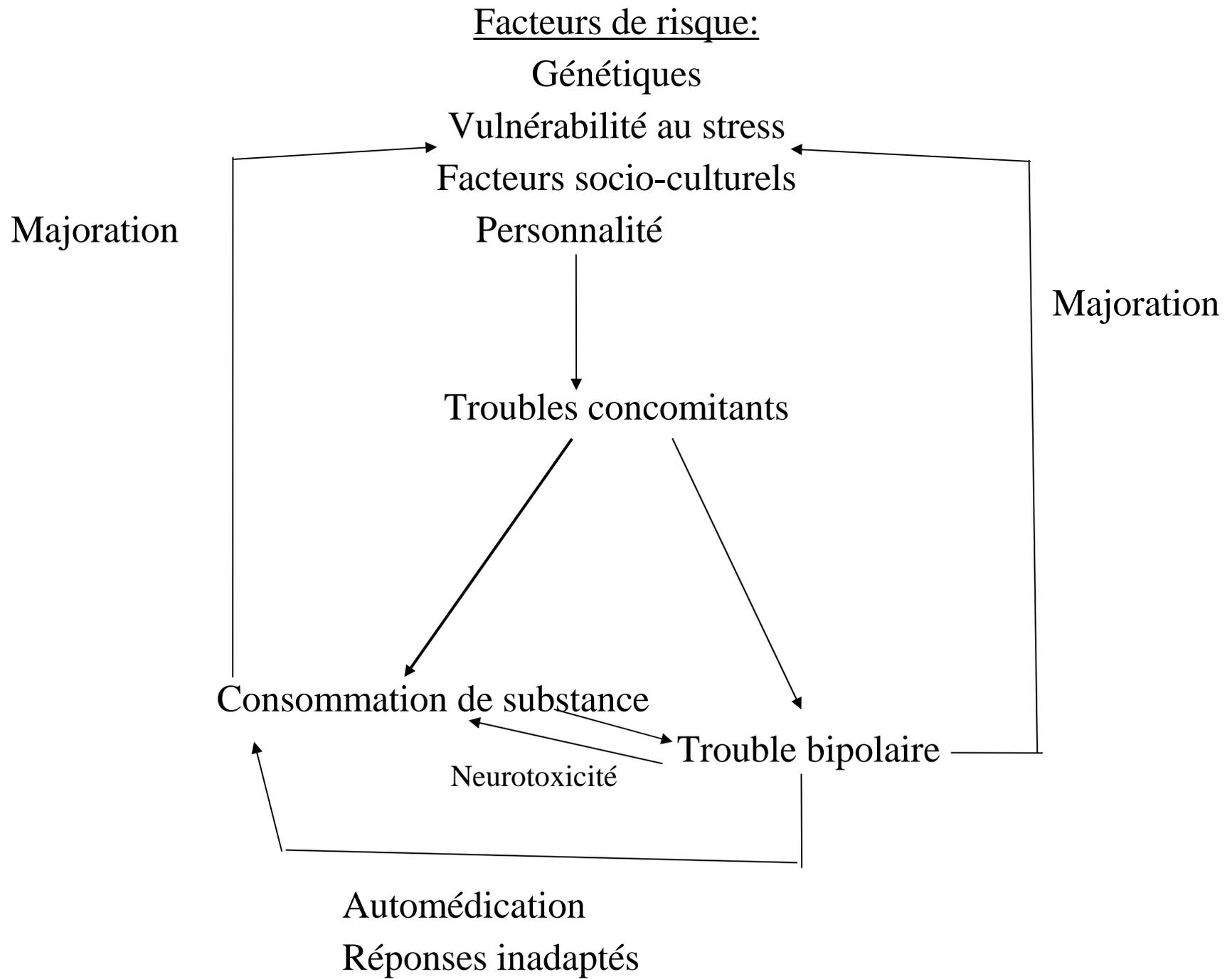
Neurotoxicité des SPA

Stress induit par l'addiction

Addiction comme dérégulateur des rythmes de vie

LES TROUBLES CO-OCCURENTS

- UN MODELE INTEGRE
 - Aucune des hypothèse ne paraît satisfaisante pour expliquer la fréquence de ces troubles concomitants
 - Probablement plusieurs facteurs intriqués
 - Intérêt d'un modèle intégré



LES TROUBLES CO-OCCURENTS

CONSEQUENCES

Plus d'états mixtes et de cycles rapides

Hospitalisations plus fréquentes, rémission plus lente après un épisode maniaque

Risque suicidaire accru

Moins bonne compliance et moins bonne réponse au traitement

Risque médico-légal accru

Risque d'infection par le VIH accru

Keller-1986

Dalton-2003

Salloum-2002

O'Connel-1991

Manwani-2007

LES TROUBLES CO-OCCURENTS

PRISE EN CHARGE

Intérêt des traitements intégrés

Moins coûteux, meilleure adhésion des patients

Integrated Group Therapy

Thérapie centrée sur les facteurs communs aux 2 troubles et à leur interaction

Réduction de la consommation de substance et du nombre de décompensations thymiques

Weiss-1999

LES TROUBLES CO-OCCURENTS

CHIMIOThERAPIE

Traiter les symptômes du trouble bipolaire

Améliorer les symptômes de sevrage et diminuer le craving

Prévenir la rechute et la reprise de consommation

Avoir peu de risque d'induire une dépendance et avoir une forme galénique ne permettant pas d'être détournée

Pouvoir être utilisé en un minimum de prises quotidiennes

Être bien toléré et avoir peu d'effets indésirables

Kosten-2004

LES TROUBLES CO-OCCURENTS

CHIMIOThERAPIE

Peu d'études réalisées dans cette population

Valproate efficace utilisé seul ou en bithérapie

Saloum-2005

Brady-1995

Lamotrigine efficace

Rubio-2006

CONCLUSION

Fort lien statistique entre bipolarité et addiction

Probablement plusieurs facteurs intriqués dans la genèse des troubles concomitants

Intérêt des traitements intégrés et des anticonvulsivants

Evaluation des étudiants en psychiatrie au CHU de Nantes

A.Sauvaget, JM Vanelle

Pôle Universitaire d'Addictologie et Psychiatrie

CHU Nantes

Journées Inter-Universitaires CCA Ouest

Fontevraud, 26 et 27 mars 2010

Les étudiants concernés

- # DCEM 2
 - # Stage obligatoire en psy
 - # Durée de 1 mois
 - # 8 groupes dans l'année universitaire
-

Les objectifs d'une évaluation

Contrôle des connaissances

- Pour l'ECN
- Pour la pratique du métier

La validation du stage

Les différentes évaluations

- # Un examen écrit en fin d'année (sous forme de dossier)

 - # Un « grand oral » transversal en mars et avril (pour tous les étudiants sur leur lieu de stage)

 - # Deux évaluations pendant le stage
 - Un contrôle de connaissance (*Nouveau depuis cette année*)
 - Un entretien oral par un enseignant (PU-PH, CCA)
-

Le « grand oral »

But: mettre l'étudiant en situation pratique le plus possible

Déroulement

- Vidéo d'un cas clinique de 20 à 30 mn
 - Temps de rédaction 30 mn
 - Analyse sémiologique
 - Hypothèses diagnostiques
 - Prescription rationnelle d'examens complémentaires
 - Conduite thérapeutique
 - Oral de 10-15 mn devant un jury (PU-PH et CCA)
-

Le contrôle de connaissance en stage

- # 3 à 4 questions rédactionnelles courtes la 3ème semaine du stage
 - # Évaluation non notée
 - # Reprise pour l'évaluation individuelle de la fin de stage
 - # Intérêt: faire bosser la psy
-

L'évaluation orale du stage

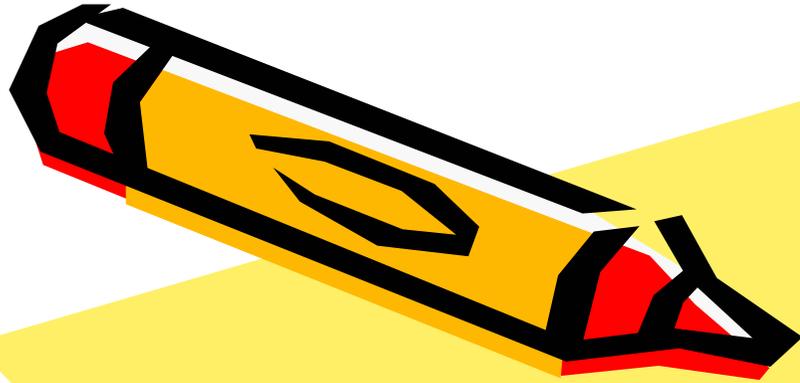
- # Reprise du contrôle de connaissance
 - # Pratiques diverses selon l'enseignant
 - Reprise d'un cas clinique à l'oral
 - Retour d'expérience
 - Nouveau contrôle si écrit moyen
 - « groupe de parole » entre les différents étudiants
-

Questions

L'évaluation de nos méthodes

Et ailleurs ?

Et les internes ?



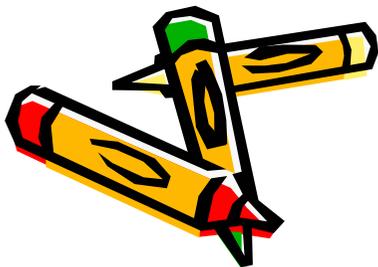
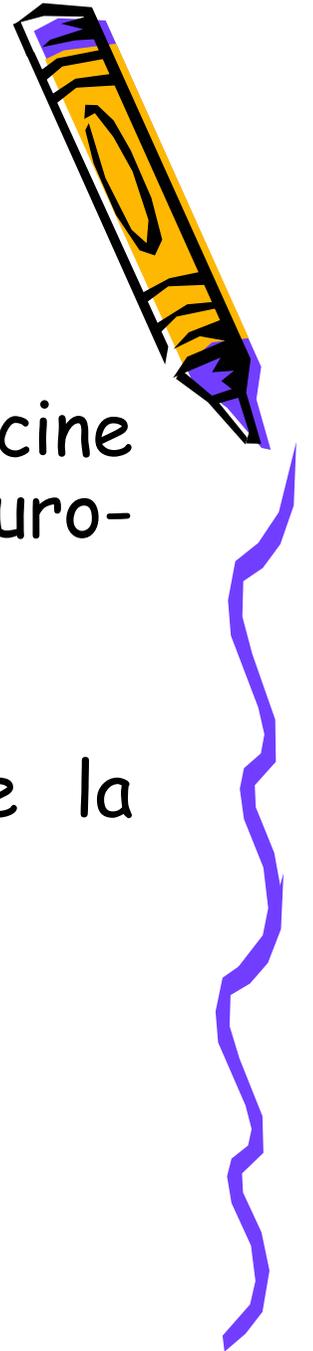
Comment encadrer et
évaluer les étudiants
hospitaliers en stage
en psychiatrie?

Expérience angevine



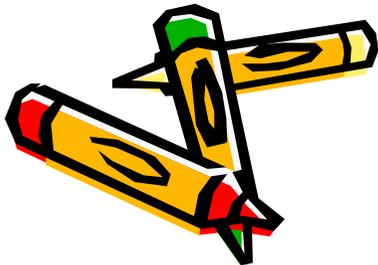
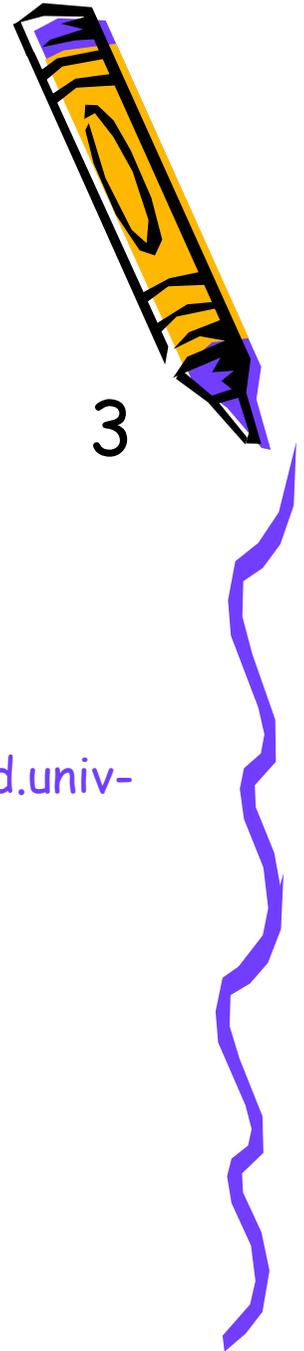
Un constat

- 25 à 30 % des demandes en médecine générale concerne la pathologie neuro-psychiatrique (Green et al. NEJM 2001)
- Nombres d'heures d'enseignement de la psychiatrie dans le cursus médical ?
- Stage obligatoire ?



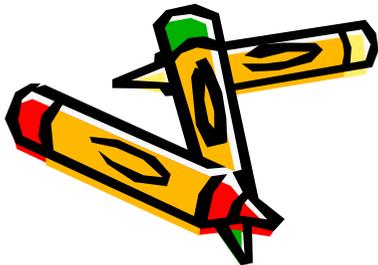
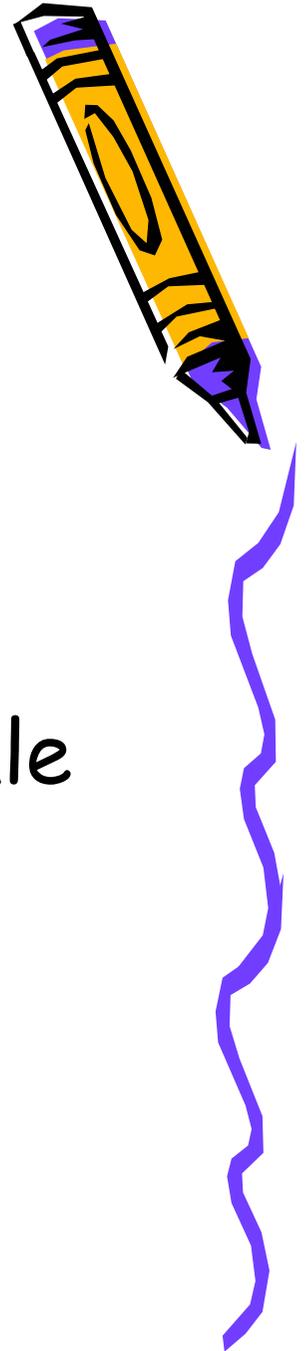
Les prérequis

- Enseignements magistraux (5 fois 3 heures)
 - Support vidéos
 - Polycopié national/ conférences d'internat
 - Cours en ligne http://www.med.univ-angers.fr/discipline/psychiatrie_adulte/
 - Cas cliniques
- Jeudis savants
- ED de psychologie médicale



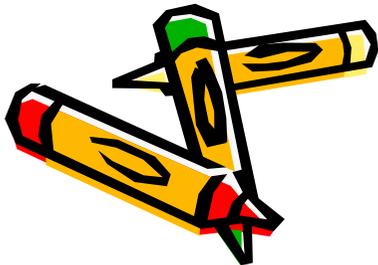
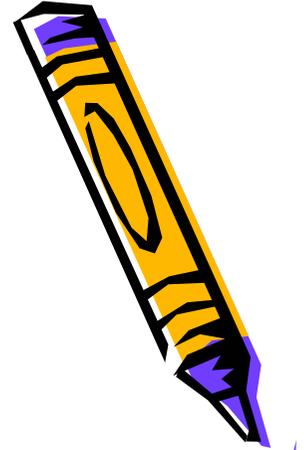
Les lieux de stage

- Département de psychiatrie et de psychologie médicale, CHU
- CESAME (CEntre de SAnté MEntale angevin)
- Clinique psychiatrique St Didier



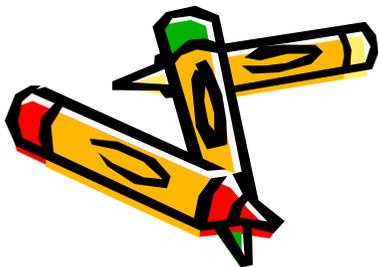
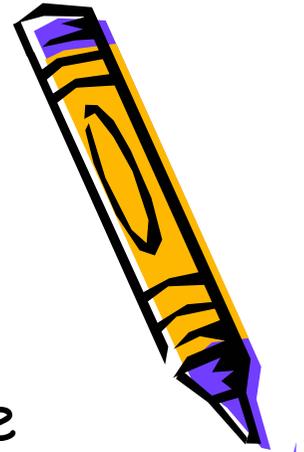
Droits et devoirs de l'étudiant hospitalier

- Complément de l'enseignement théorique
- Immersion dans les conditions réelles de soins à l'hôpital
- Seule occasion de confronter, durant 8 semaines, la théorie et la pratique



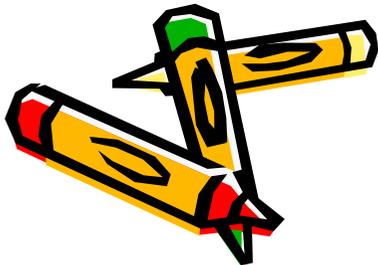
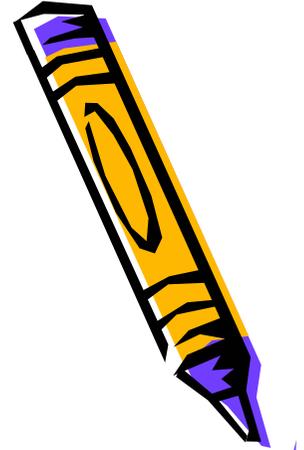
Droits et devoirs de l'étudiant hospitalier

- Compagnonnage, Identification professionnelle
- Apprentissage au contact de ses pairs plus expérimentés
 - il assiste aux visites médicales, des médecins et internes du service
 - il assiste aussi à certaines consultations externes et de liaison
 - il s'imprègne de l'ambiance d'un service hospitalier de psychiatrie
 - il tente de comprendre la prise de décision médicale en psychiatrie



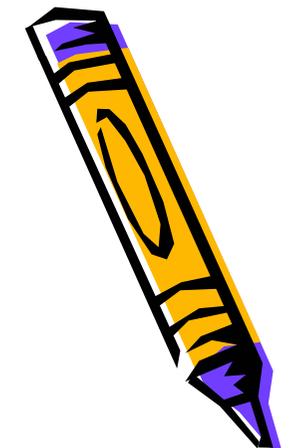
Droits et devoirs de l'étudiant hospitalier

- L'étudiant doit faire preuve
 - d'initiative
 - de curiosité
 - d'intérêt
 - dans le respect des patients, de l'équipe soignante et de l'encadrement pédagogique
- L'étudiant doit être présent le matin ou l'après-midi



II - OBJECTIFS DE STAGE de Psychiatrie – Suicidologie – Pathologie professionnelle 1 (Unité UMPS et Unité Santé au Travail)(1)

| Objectifs du stage (UMPS) | J'ai vu | J'ai fait | Autonome |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Examen clinique | | | |
| Identifier, hiérarchiser et gérer les problèmes de santé dans une approche globale centrée sur le patient | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Appréhender les conséquences de la maladie pour le patient, dans le cadre de sa vie familiale, sociale et professionnelle | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Reconnaître un trouble de l'adaptation | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Reconnaître un état confusionnel toxique | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Reconnaître les signes de gravité d'une crise suicidaire | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Reconnaître un Episode Dépressif Majeur | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Raisonnement clinique | | | |
| Interrogatoire, examen clinique, conduite à tenir devant : | | | |
| - Un syndrome dépressif | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Une crise suicidaire | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Une intoxication par benzodiazépine | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Une intoxication par paracétamol | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Un état de souffrance psychique au travail | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Une affection périarticulaire du membre supérieur liée au travail (TMS) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Une lombalgie chronique | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Une maladie professionnelle | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Savoir adapter un traitement psychotrope | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Connaître les effets secondaires des principaux psychotropes (anxiolytiques, antidépresseurs) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Initiation aux questions de prévention individuelle et collective du risque suicidaire | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

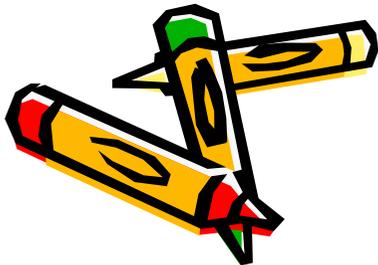
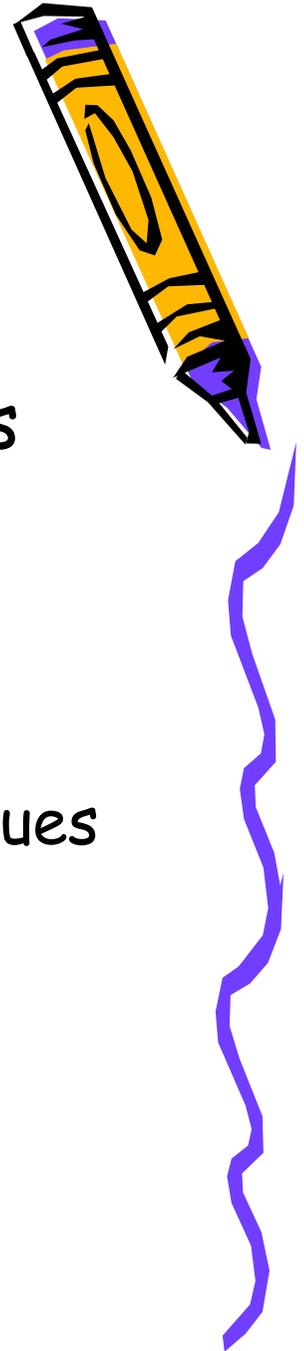


| Objectif | J'ai vu | J'ai fait | Autonomie |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Gestes « Techniques » | | | |
| Faire une évaluation du risque suicidaire | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Faire une évaluation de l'intensité d'un syndrome dépressif | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Connaître la procédure d'hospitalisation psychiatrique sans consentement | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Rédiger une déclaration de maladie professionnelle ou d'accident du travail | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Examens paracliniques | | | |
| Echelle d'intentionnalité suicidaire | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Echelles d'évaluation d'une dépression | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Consultations – Staffs - LCA | | | |
| Assister à un entretien psychiatrique d'une personne dépressive | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Assister à une consultation spécialisée de pathologie professionnelle (lombalgie, TMS, souffrance psychique au travail) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Assister à une expertise médicale pour la reconnaissance d'une maladie professionnelle | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Assister à une consultation multidisciplinaire « lombalgie chronique » | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Assister à un jeudi savant de psychiatrie (jeudi, 11h) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Assister à un staff de l'UMPS (vendredi 8 h 30) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Assister à une séance d'éducation thérapeutique (antidépresseur) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Lecture critique d'un article (rédiger un résumé ou une synthèse d'un article (psychiatrie, médecine du travail)) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



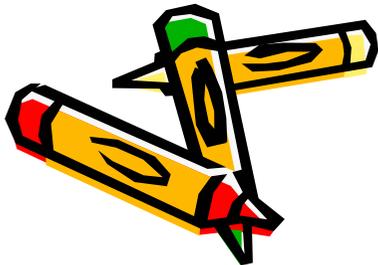
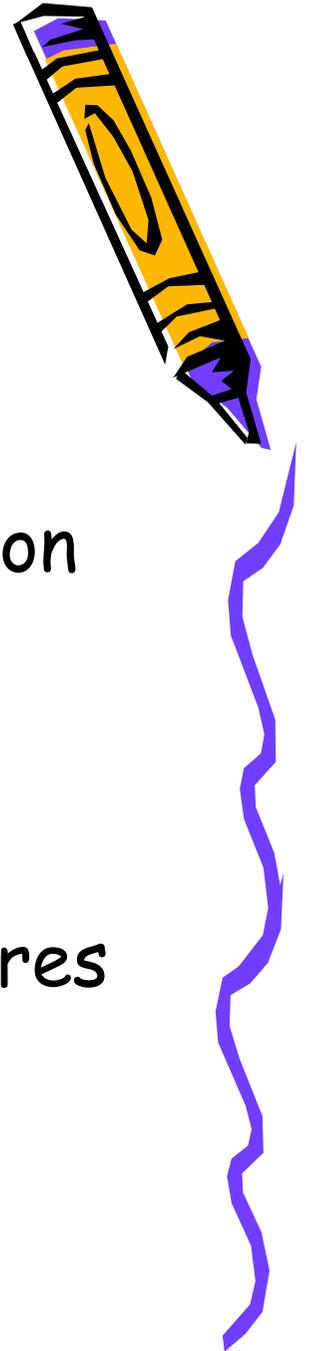
Comment évaluer ?

- Évaluation en fin de stage des étudiants hospitaliers
 - l'assiduité
 - le comportement
 - la qualité des observations et gestes pratiques
 - la validation des objectifs de stage
 - l'épreuve clinique de mise en situation
 - la qualité de l'exposé oral



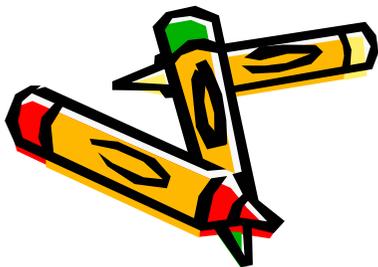
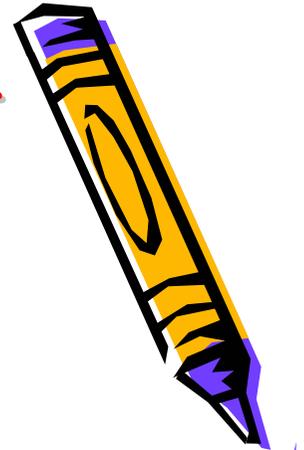
Limites

- Ratio enseignants/étudiants
- Disponibilité/investissement/organisation
- Durée limitée du stage (8 à 9 semaines)
- Précocité dans le cursus des études médicales (DCEM-1)
- Hétérogénéité des sites et des structures accueillant les étudiants hospitaliers



Comment encadrez-vous et évaluez-vous les étudiants hospitaliers en stage en psychiatrie?

- Expérience ?
 - Brestoise
 - Poitevine
 - Nantaise
 - Rennaise
 - Tourangelle



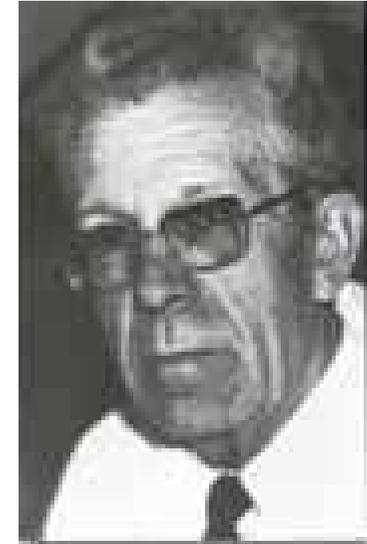
Qualité de vie des adolescents avec Syndrome d'Asperger et autisme de bon niveau

Effets des caractéristiques sociales, familiales, scolaires et de
prise en charge thérapeutique

Hélène Cottenceau
CCA en pédopsychiatrie
CHU Bretonneau Tours

Regroupement des chefs de clinique de l'Ouest
26 et 27 mars 2010

Prérequis



- Syndrome d'Asperger
 - 1944 : Hans Asperger « psychopathie autistique »
 - Troubles des **habiletés sociales**
 - Maladresse de la **communication**
 - Caractère routinier et champs d'**intérêts** particuliers, inhabituels et restreints
 - Capacités intellectuelles normales ou subnormales, avec **aptitudes spécifiques**
 - Troubles **psychomoteurs**
- Entité nosographique **controversée** aujourd'hui

Prérequis

- Adolescence : période toute particulière
- Bouleversement hormonal
- Intensité des relations amicales et sociales

Accentuation des difficultés autistiques

- Fréquence des troubles psychiatriques surajoutés
 - Majoration des symptômes dépressifs (Ghaziuddin 1998, Tantam 2000, « Ben X » 2008),
 - Défaut d'estime de soi, perception négative d'eux-mêmes (Humphrey 2008)

Prérequis

- Hypothèse d'une qualité de vie altérée
- Pourtant **aucune publication** à notre connaissance sur la qualité de vie de ces adolescents...

- Notion de **qualité de vie** « délicate » chez le sujet autiste

- Questionnaire d'évaluation de qualité de vie
 - Génériques/spécifiques

Matériel et Méthodes

- Etude comparative
 - 26 adolescents avec SA ou autisme de bon niveau, avec quotient intellectuel normal
 - Centre de pédopsychiatrie, hôpital Bretonneau (Pr Barthélémy, Dr Lenoir)
 - 250 adolescents témoins
 - Collèges et lycées publiques
 - 44 adolescents avec une maladie somatique chronique : diabétiques
 - Consultations externes, hôpital pédiatrique Clocheville
 - Âgés de 10 à 20 ans
 - Scolarisés dans l'enseignement général

Matériel et Méthodes

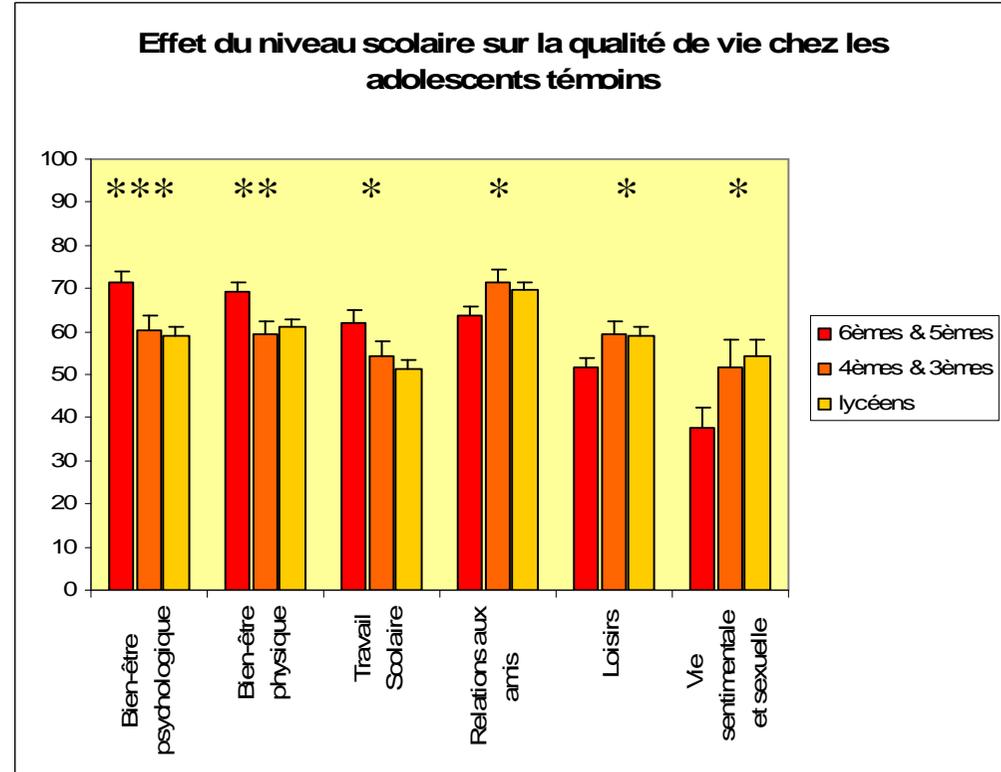
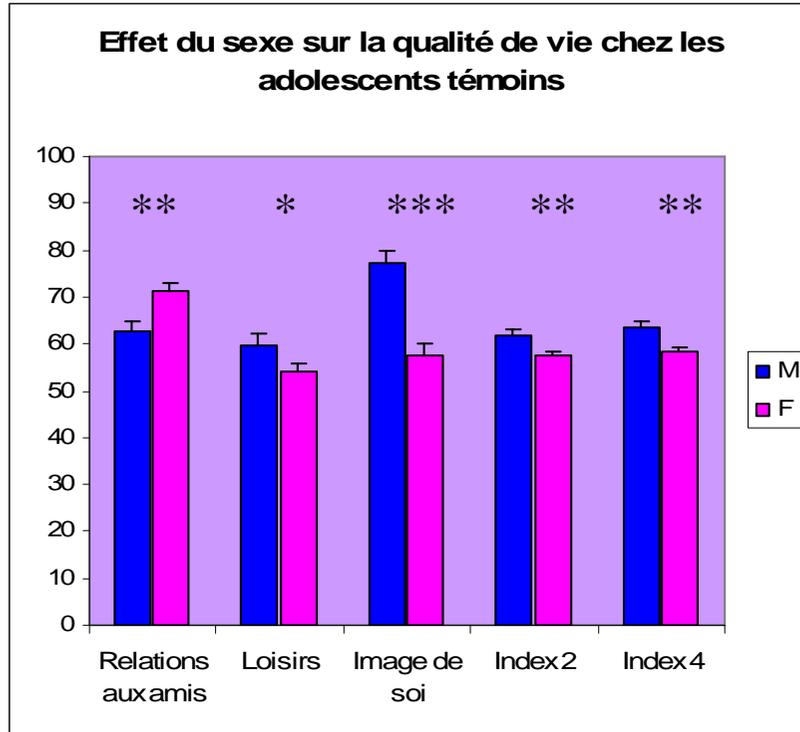
- VSP-A « Vécu et Santé Perçue » pour adolescent
 - Sapin, Simeoni, Auquier, 2005
 - Auto-questionnaire de qualité de vie lié à la santé, validé, générique, en langue française
 - 39 items, 11 dimensions :
 - Energie-Vitalité, Bien-être psychologique, Relations aux amis, Loisirs, Relations aux parents, Bien-être physique, Relations aux professeurs, Travail scolaire, Image de soi, Relations au personnel soignant, Vie sentimentale et sexuelle et Index global
 - + 30 questions explorant les conditions de vie
 - + 9 questions sur l'« importance » accordée par l'adolescent aux items sociaux du VSP-A

Résultats

| | Autistes | Témoins | Diabétiques |
|---------------|--|--|--|
| Total | 26 | 250 | 44 |
| Garçons | 24 | 104 | 23 |
| Filles | 2 | 146 | 21 |
| Moyenne d'âge | 14,9 ans | 14,8 ans | 14,3 ans |
| | 4 autistes typiques 4 autistes atypiques 18 Asperger | Exclusion des pathologies invalidantes | Pompe : n=20 Schémas inj : n=22 > 6 mois |

ns

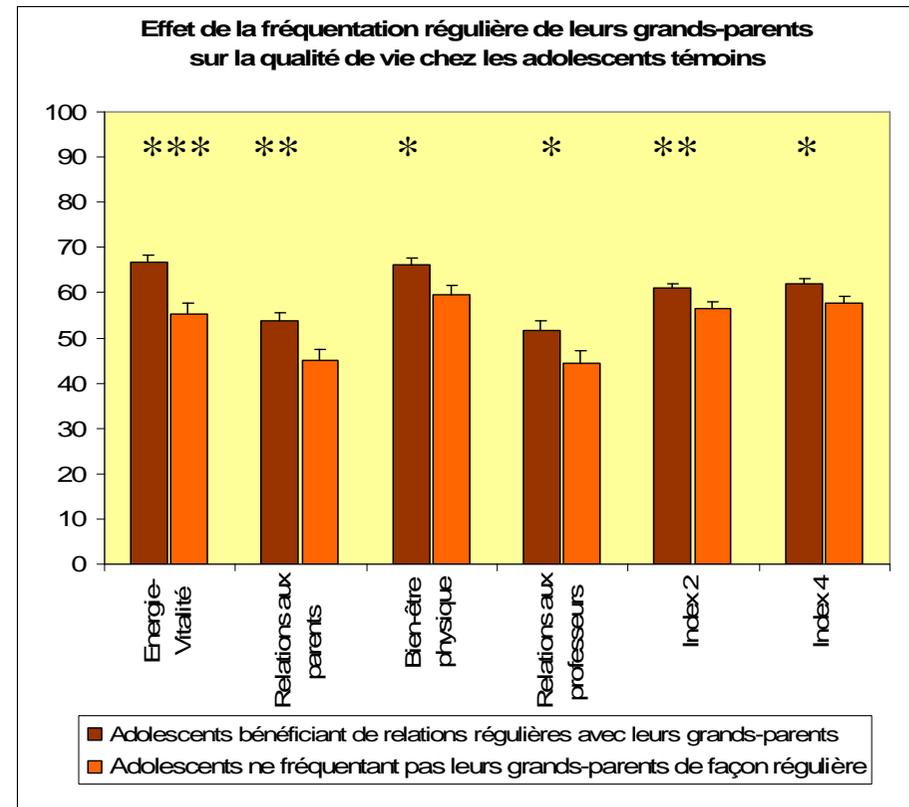
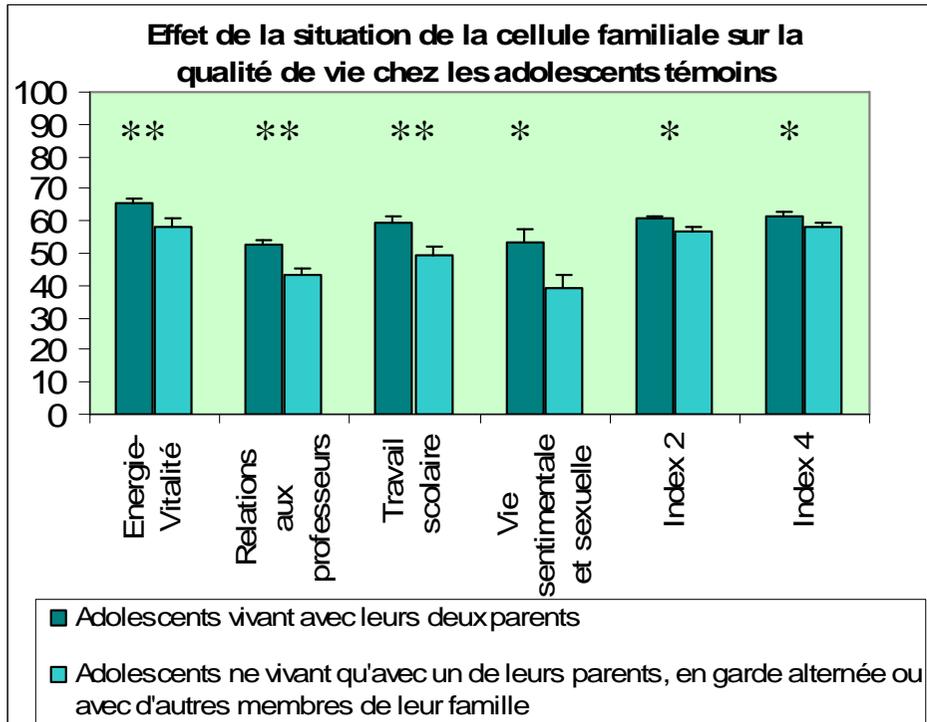
Résultats témoins



* : p entre 0,05 et 0,01 ** : p entre 0,01 et 0,001

*** : p < 0,001

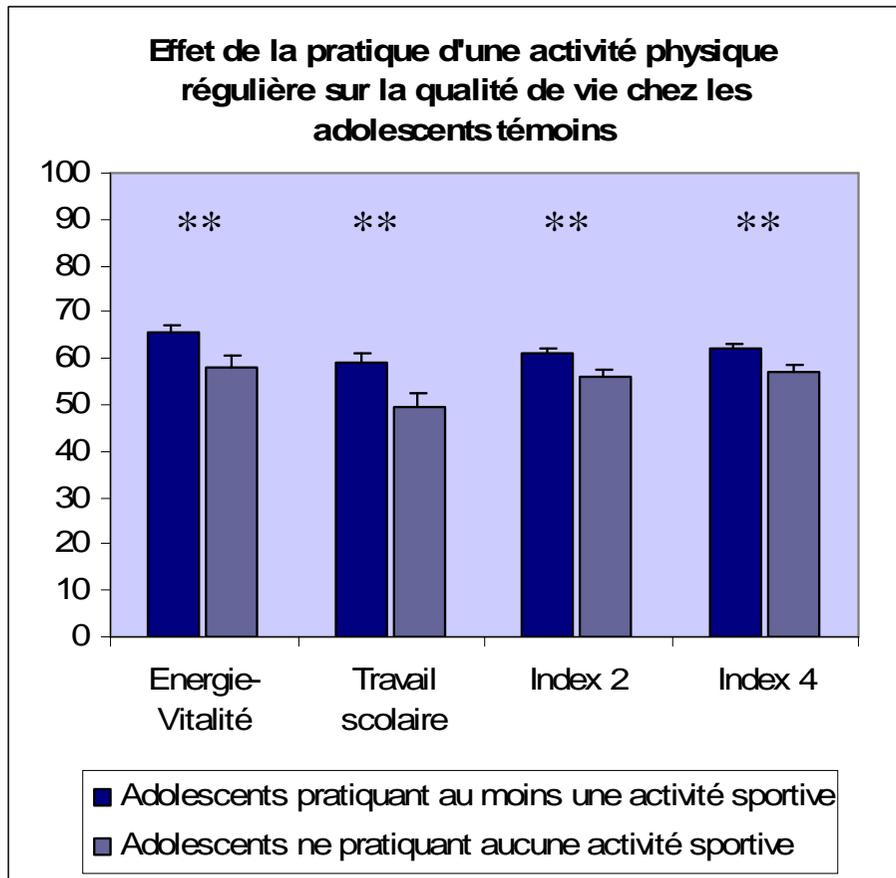
Résultats témoins



✓ Résultats similaires pour la variable « statut du couple parental »

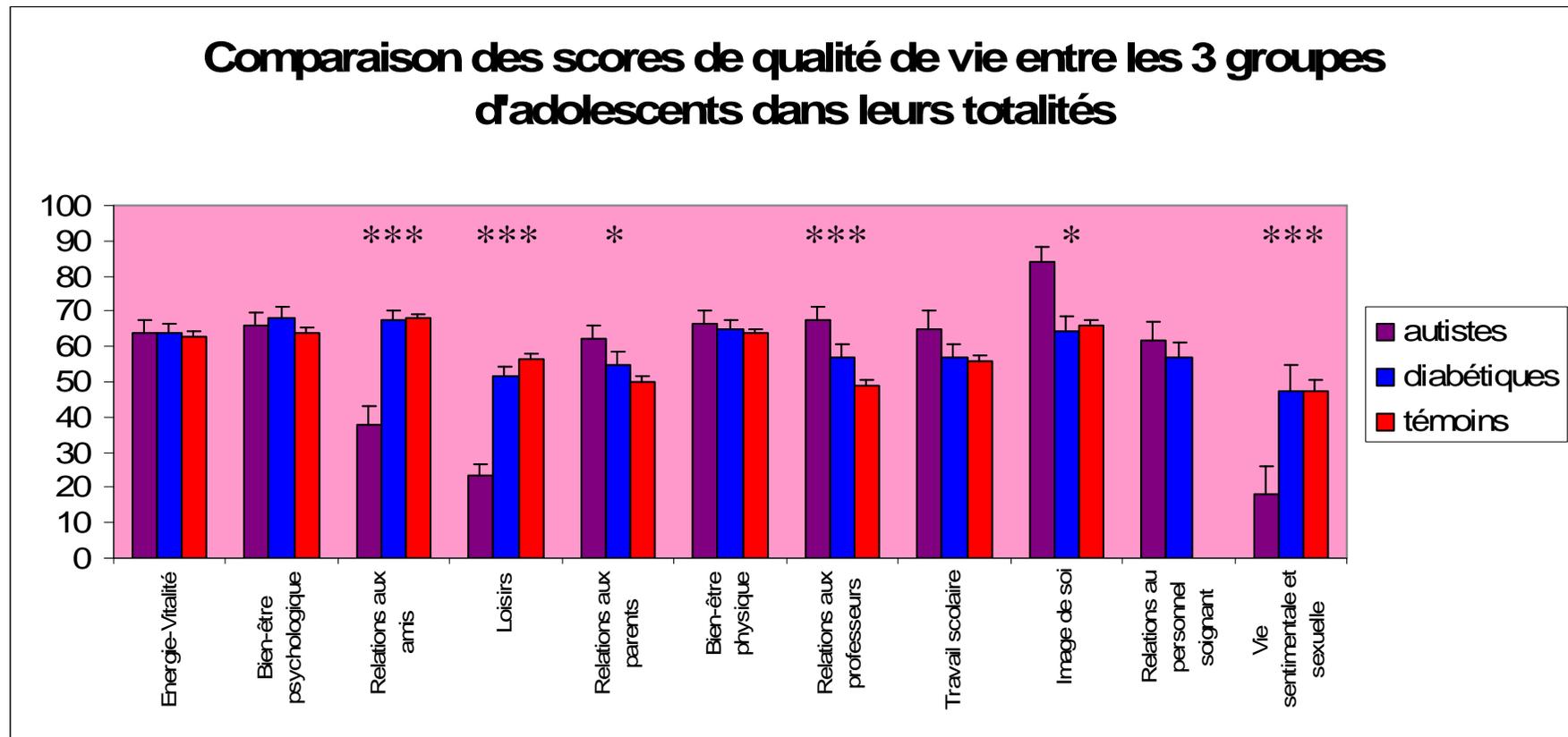
✓ Impact important de l'âge des parents sur la qualité de vie de l'adolescent, en faveur des plus jeunes parents

Résultats témoins



- ✓ La pratique d'une activité de loisirs est associée à une plus grande satisfaction concernant le travail scolaire
- ✓ L'existence d'une fratrie a un impact négatif sur la qualité des relations avec les parents
- ✓ L'existence d'un projet de métier pour l'avenir est associée à de meilleures relations avec leurs parents
- ✓ Pas d'effet retrouvé du lieu d'habitation (citadin/rural), ni de la possession d'un animal de compagnie au domicile familial

Résultats 3 groupes



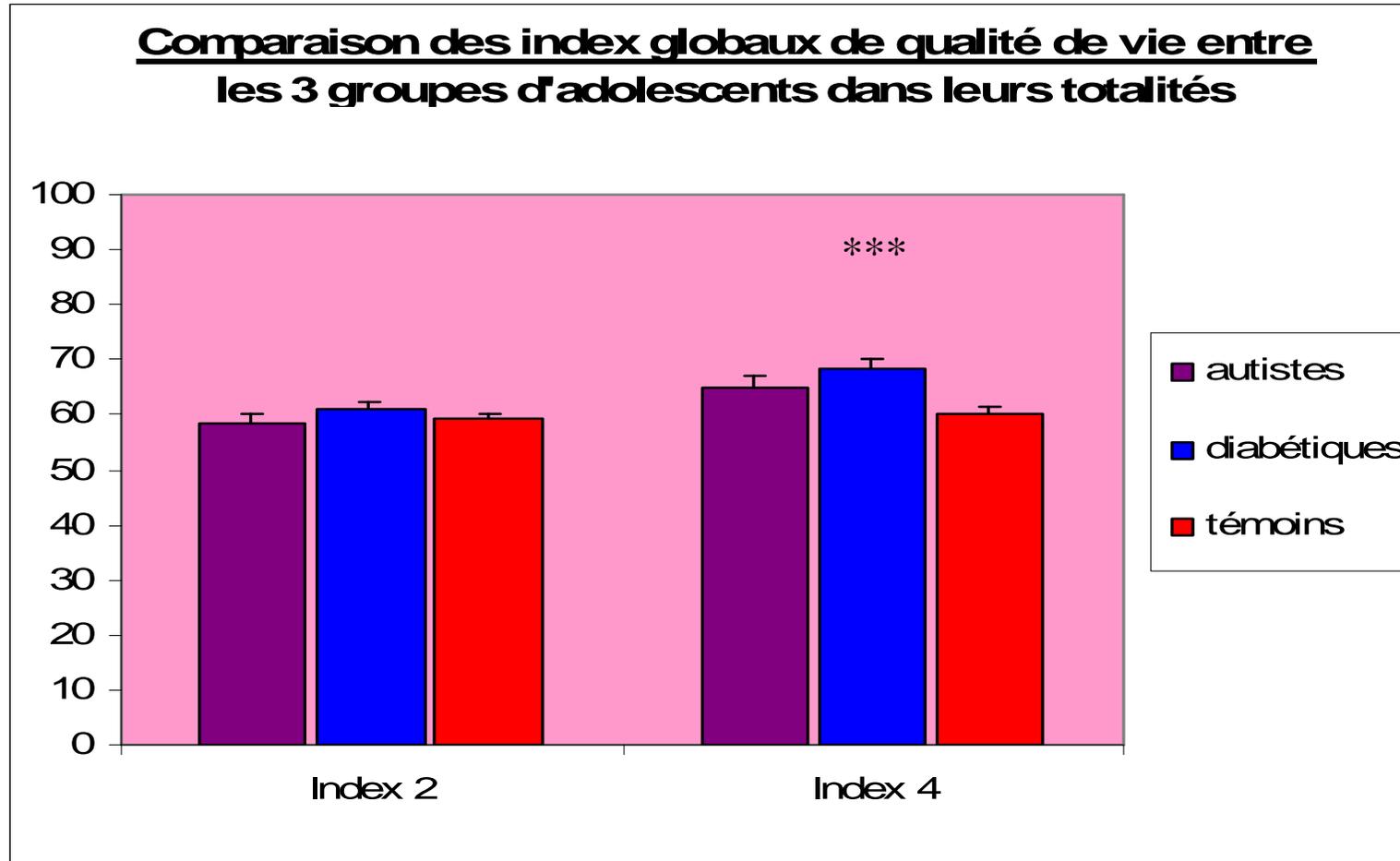
* : $p \leq 0,05$ et $> 0,01$

** : $p \leq 0,01$ et $> 0,001$

*** : $p \leq 0,001$

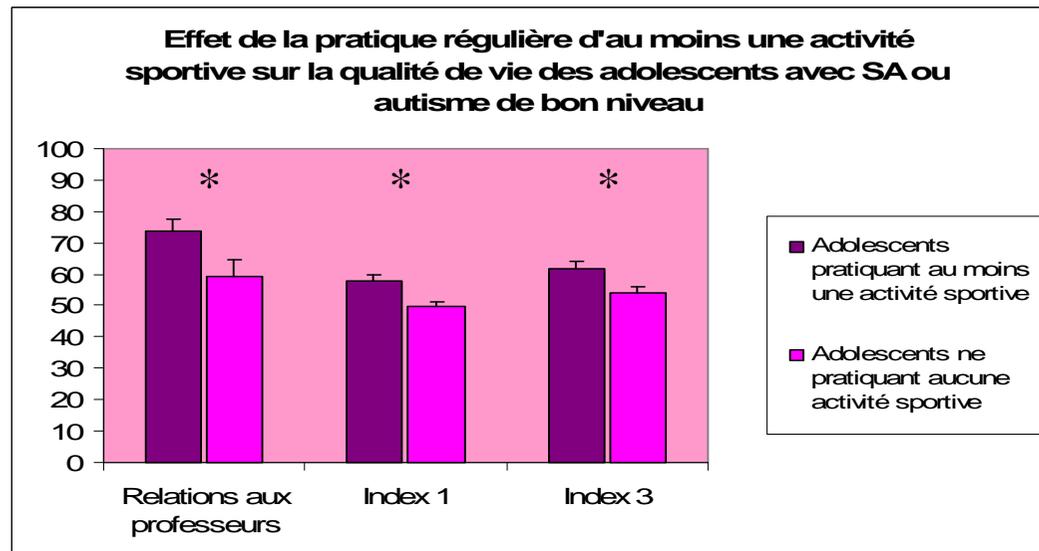
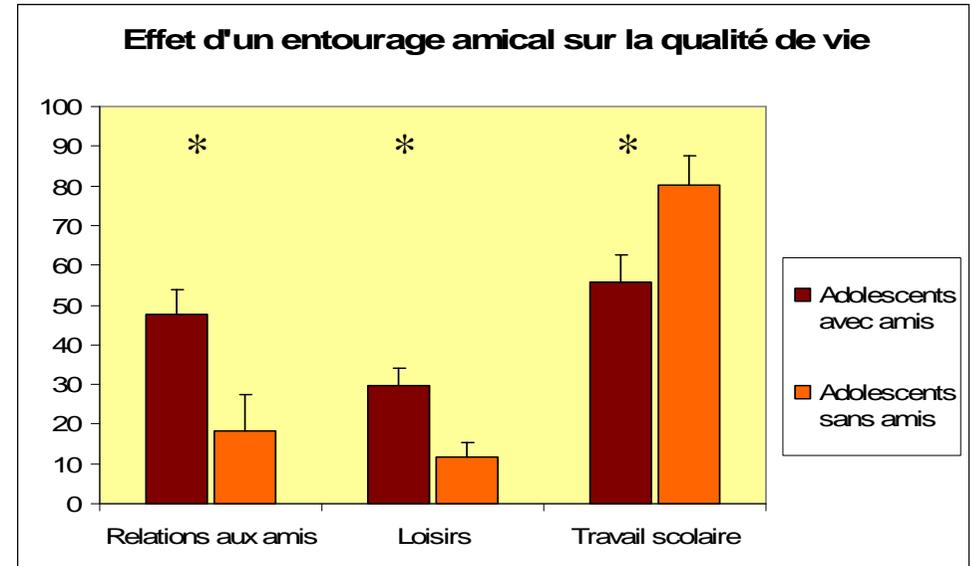
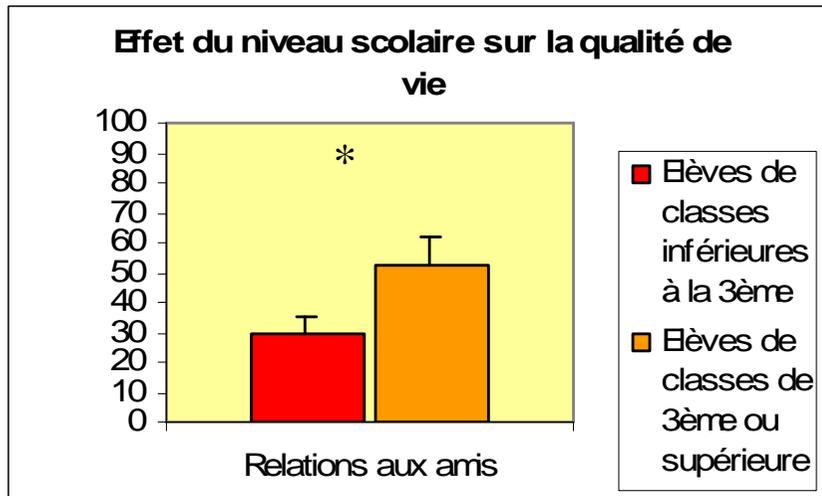
Analyses de variance

Résultats 3 groupes

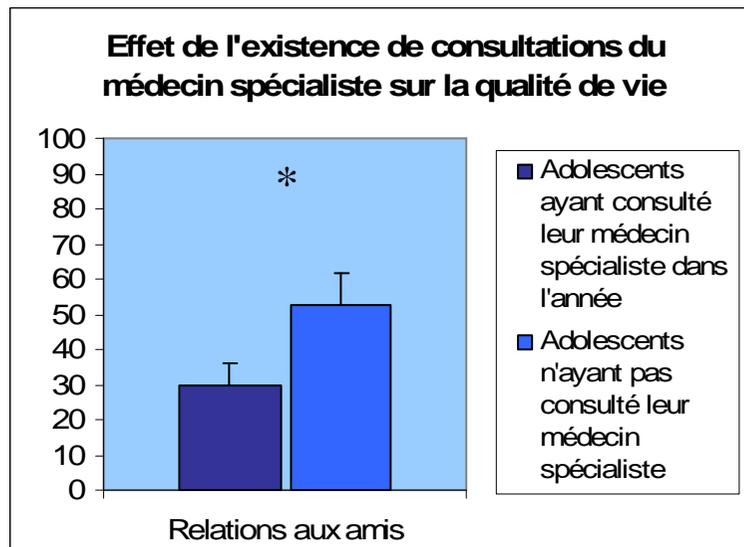
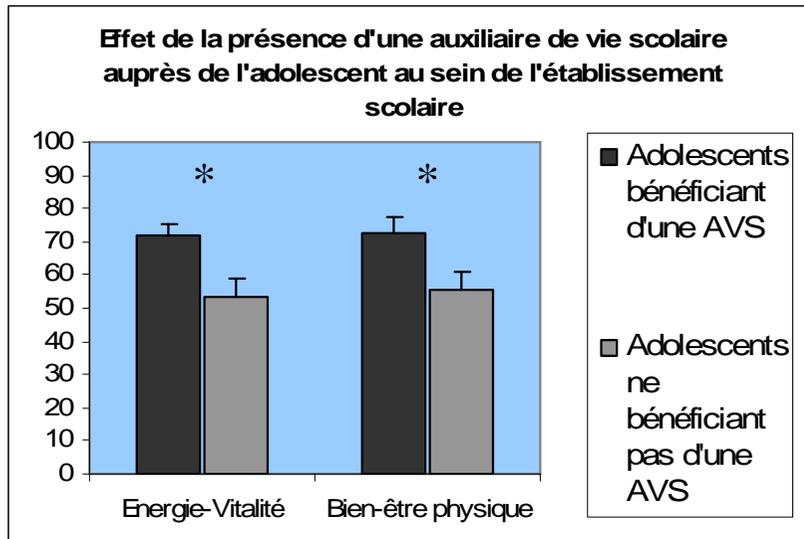


Sans la dimension
« Relations au
personnel soignant »

Résultats autistes



Résultats autistes



✓ Ces adolescents sont moins satisfaits de leur **travail scolaire** après l'âge de 15 ans.

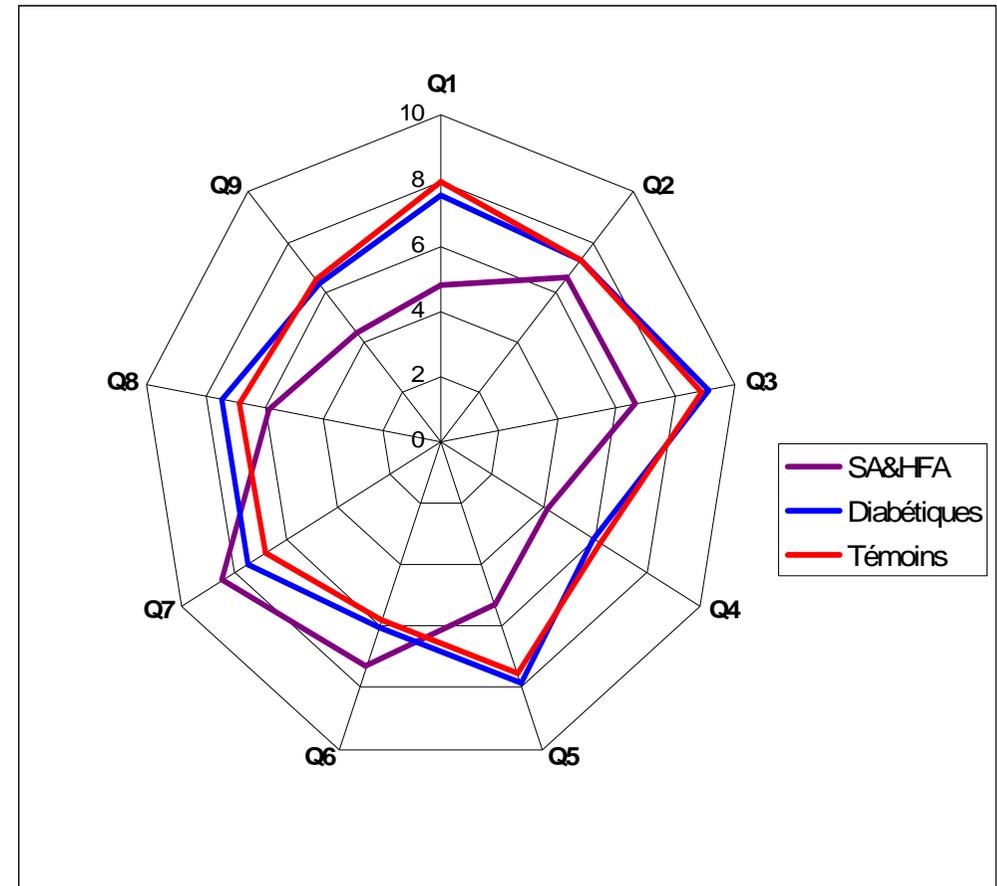
✓ Les adolescents qui vivent en zone rurale présentent une **santé physique** de moins bonne qualité, comparés à ceux qui vivent en ville.

✓ Aucun effet montré pour les variables :

- Situation familiale
- Enfant unique/fratrie
- Présence d'un animal de compagnie au domicile familial
- Scolarisation en établissement scolaire public/privé
- Séances de psychothérapie, de thérapie de groupe, d'orthophonie ou de psychomotricité
- Traitement médicamenteux
- Soutien spécialisé pour la famille

Résultats 3 groupes VSP-A

- Q1.** "se retrouver en bande avec copains"
- Q2.** "sortir (en ville, au cinéma...)"
- Q3.** "discuter avec les copains"
- Q4.** "se confier, parler de ses problèmes aux copains"
- Q5.** "s'exprimer librement, donner son avis aux copains"
- Q6.** "se confier, parler de ses problèmes avec ses parents"
- Q7.** "s'exprimer librement, donner son avis à ses parents"
- Q8.** "aller chez ses copains"
- Q9.** "aller jouer dehors avec ses copains (vélo, foot, roller...)"



Discussion

- Adolescents témoins
 - QdV globale **altérée**
 - Difficultés en lien avec la complexité de cette période de la vie (vie relationnelle avec les parents, les professeurs et vie sentimentale et sexuelle)
 - Comparables aux résultats de Sapin, Simeoni et al (2005)
- Comparaison des 3 groupes
 - **QdV bien inférieure chez les SA & autistes de bon niveau** (domaines des relations avec leurs pairs, des loisirs et de la vie sentimentale et sexuelle)
 - améliorée lorsqu'ils arrivent à avoir des amis
 - Jennes-Coussens (2006) : adultes, vie sociale et santé physique
 - Renty (2006) : QdV associée à activité journalière et soutien social informel perçu

Discussion

- Comparaison des 3 groupes
 - Meilleures **relations aux parents et aux professeurs chez les SA&HFA** (cf Attwood)
 - **! Aucune différence montrée en terme de santé psychique, ni physique, ni énergie/vitalité** (cf Ghaziuddin, Tantam...)
 - Meilleure QdV chez les diabétiques comparés aux témoins (cf Grey, Laffel, De Wit)
- Effet sexe
 - Filles : relations aux amis (témoins, diab)
 - Garçons : loisirs, image corporelle
- Effet âge
 - Santé physique et psychique altérée après 15 ans (cf M Choquet)
 - Meilleures relations avec les amis après 15 ans (témoins et SA&HFA) (cf Simeoni, Attwood)

Discussion

- Certaines variables ont un impact important, à souligner!
 - situation familiale/**couple parental**
 - fréquentation régulière des **grands-parents**
 - pratique d'une **activité sportive** (sauf diab), activité de loisir
- Prise en charge thérapeutique des SA&HFA
 - Bénéfice d'une **AVS** sur la santé physique
 - Les adolescents qui consultent leur médecin spécialiste sont ceux qui présentent le plus de difficultés d'interaction avec leurs pairs
 - Aucun effet montré ici d'un traitement médicamenteux, des séances de thérapie de groupe (habiletés sociales), de psychothérapie, d'orthophonie ou de psychomotricité, ni du soutien spécialisé pour la famille
 - Trop faible effectif?

Conclusion

- **Altération notable de la qualité de vie** de ces adolescents avec Syndrome d'Asperger ou autisme de bon niveau
- **Adolescents autistes** : population parmi les plus en difficultés, isolée de part leurs symptômes, et isolée en raison des difficultés du monde soignant à accéder à leur état psychique intérieur
- **L'évaluation du confort de vie** pourrait faire partie intégrante de nos évaluations ?
- Evaluation de la qualité de vie : outil permettant de tester la **pertinence des prises en charge** que nous proposons à nos patients ?
- Une des principales limites de l'étude : nécessaire **hétéro-évaluation** concomitante de la qualité de vie par ses parents ou les professionnels de santé



La crise de la fonction paternelle et l'exemple de l'anorexie mentale



Introduction



- ◆ Fonction paternelle dans le complexe d'oedipe : support indispensable à l'avènement d'une subjectivité.
- ◆ Légitimité du père dans cette fonction reste liée au sort que lui réserve le groupe social.
- ◆ Impact sur le fonctionnement social et sur le paysage psychopathologique du déclin du patriarcat.



Plan

I- Le complexe d'oedipe et la fonction paternelle

II- La crise de la fonction paternelle

- a- Le déclin du patriarcat
- b- Le discours de la science et l'instauration du savoir en position d'autorité
- c- La dérive totalitaire

III- Le nouveau paysage psychopathologique

- a- La toxicomanie
- b- Les états-limites
- b- Le cas de l'anorexie mentale

I- Le complexe d'oedipe et la fonction paternelle

◆ Prévalence du phallus

- Avant la castration, primat du phallus
- Réel de la différence des sexes assujetti à la notion d'un manque (imaginaire)
- Fonction paternelle : opération symbolique, ancrage dans cette capture imaginaire
- Phallus institué comme signifiant du désir dans la triangulation oedipienne, à travers la dialectique de l'être et de l'avoir

I- Le complexe d'oedipe et la fonction paternelle

◆ Le stade du miroir

- Ébauche d'identification, sur fond de relation d'aliénation à la mère
- Neutralisation de la dispersion angoissante du corps au bénéfice de l'unité du corps propre
- Assujettissement au registre de l'imaginaire et au désir de la mère
- Recherche à s'identifier à ce qu'il suppose être le désir de la mère (le phallus)

I- Le complexe d'oedipe et la fonction paternelle

◆ Le complexe d'oedipe

- Introduction du registre de la castration par l'intrusion du père
- Découverte de la dimension essentielle qui structure le désir : « ce qui soumet le désir à la loi du désir de l'autre »
- Fonction signifiante du père qui va apparaître comme dépositaire du phallus
- Repérage de la place exacte du désir de la mère
- Passage de la dialectique de l'être à celle de l'avoir

I- Le complexe d'oedipe et la fonction paternelle

◆ Métaphore paternelle :

- L'enfant se soustrait à un vécu immédiat pour lui donner un substitut : il faut que la chose se perde pour être représentée.
- Avènement du sujet s'inaugure dans l'opération inaugurale du langage où l'enfant s'efforce de désigner symboliquement l'objet perdu.
- La métaphore inaugure l'accès à la dimension symbolique en le déprenant de son assujettissement à la mère et lui conférant son statut de sujet désirant.
- Au prix d'une nouvelle aliénation dans le langage : séparation du Je de l'énoncé (moi, instance imaginaire) et du Je de l'énonciation (sujet de l'inconscient)

II- La crise de la fonction paternelle

a- Le déclin du patriarcat

- ◆ Place du père s'appuyant sur une place à la transcendance
- ◆ Vers 1500 : père garant de la stabilité de la famille et du royaume
- ◆ XVIIe siècle : siècle d'or de la monarchie paternelle
- ◆ XVIIIe siècle : affaiblissement s'instaure et ne cessera de s'aggraver
- ◆ Symptôme actuel du déclin du père au niveau social : démocratie, libéralisme et discours de la science

II- La crise de la fonction paternelle

b- Le discours de la science

- ◆ Discours de la science : lien social inauguré par ce type de connaissance
- ◆ Descartes a disjoint savoir et vérité
- ◆ Énoncé séparé de son énonciation, pour ne garder que les énoncés
- ◆ Subversion des registres du réel et du symbolique : symbolique qui ne prétend à lui seul rendre compte du réel
- ◆ Prétention totalisante de transformer l'impossible en impuissance

II- La crise de la fonction paternelle

c- La dérive totalitaire

- ◆ La promotion de l'exclusion de l'énonciation au profit des seuls énoncés a permis aux nazis de développer la science raciale
- ◆ Le sujet démissionne de sa position d'énonciation pour être congruent aux énoncés (meurtriers) auxquels il a consenti à s'assujettir
- ◆ Passage de la tyrannie au système totalitaire, d'un abus de fonction paternelle à un abus de fonction maternelle



III- Nouveau paysage psychopathologique dans le social

a- La toxicomanie :

- ◆ Réduction du désir humain à ce qu'il en est du besoin
- ◆ Propre à l'histoire singulière de chacun, mais qui s'inscrit dans une société qui, en se soumettant aux implicites du discours de la science efface la nature signifiante et transforme les désirs en besoins.

III- Nouveau paysage psychopathologique dans le social

b- Les états-limites :

◆ Bergeret :

- les parents n'ont pas constituer de cibles identificatoires suffisantes pour autoriser une structuration de la personnalité
- n'ont pas disposé de moyens pour élaborer un imaginaire intégrant génitalité et triangulation de l'oedipe
- Une organisation psychique à part



III- Nouveau paysage psychopathologique dans le social

b- Les états-limites :

- ◆ Phénoménologie clinique ne permettant pas de dégager une organisation structurale.
- ◆ Persistance d'un enlèvement dans l'imaginaire, dans un entre-deux, entre imaginaire et imaginaire en voie de symbolisation.

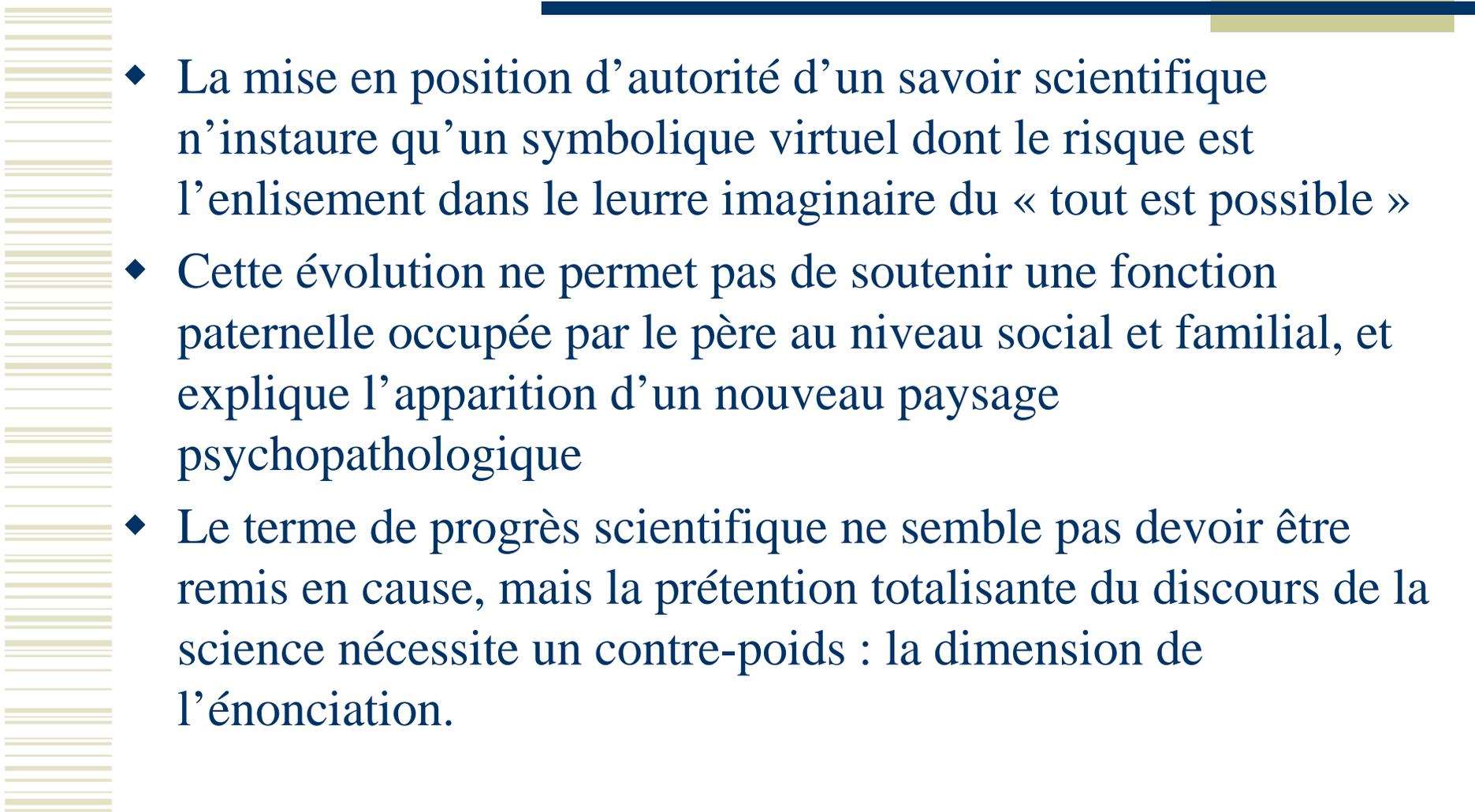
III- Nouveau paysage psychopathologique dans le social

c- Le cas de l'anorexie mentale

- ◆ Distinction entre hystérie, psychose et anorexie mentale vraie
- ◆ Hystérie : corps valeur phallique lié à un manque témoignant d'une inscription d'un désir.
- ◆ Anorexie : tentative désespérée d'inscrire un manque dans le seul lieu qui lui appartient (son corps) à partir il serait possible de commencer à désirer : un appel à la fonction paternelle.



Conclusion



- ◆ La mise en position d'autorité d'un savoir scientifique n'instaure qu'un symbolique virtuel dont le risque est l'enlèvement dans le leurre imaginaire du « tout est possible »
- ◆ Cette évolution ne permet pas de soutenir une fonction paternelle occupée par le père au niveau social et familial, et explique l'apparition d'un nouveau paysage psychopathologique
- ◆ Le terme de progrès scientifique ne semble pas devoir être remis en cause, mais la prétention totalisante du discours de la science nécessite un contre-poids : la dimension de l'énonciation.

Les prodromes de la schizophrénie : d'une revue de la littérature à la mise en place d'une consultation spécialisée

Dr Le Galudec Mickaël
CCA - Psychiatrie adulte – CHU Brest

JOURNEES INTER-UNIVERSITAIRES DES CCA DE PSYCHIATRIE DE L'OUEST

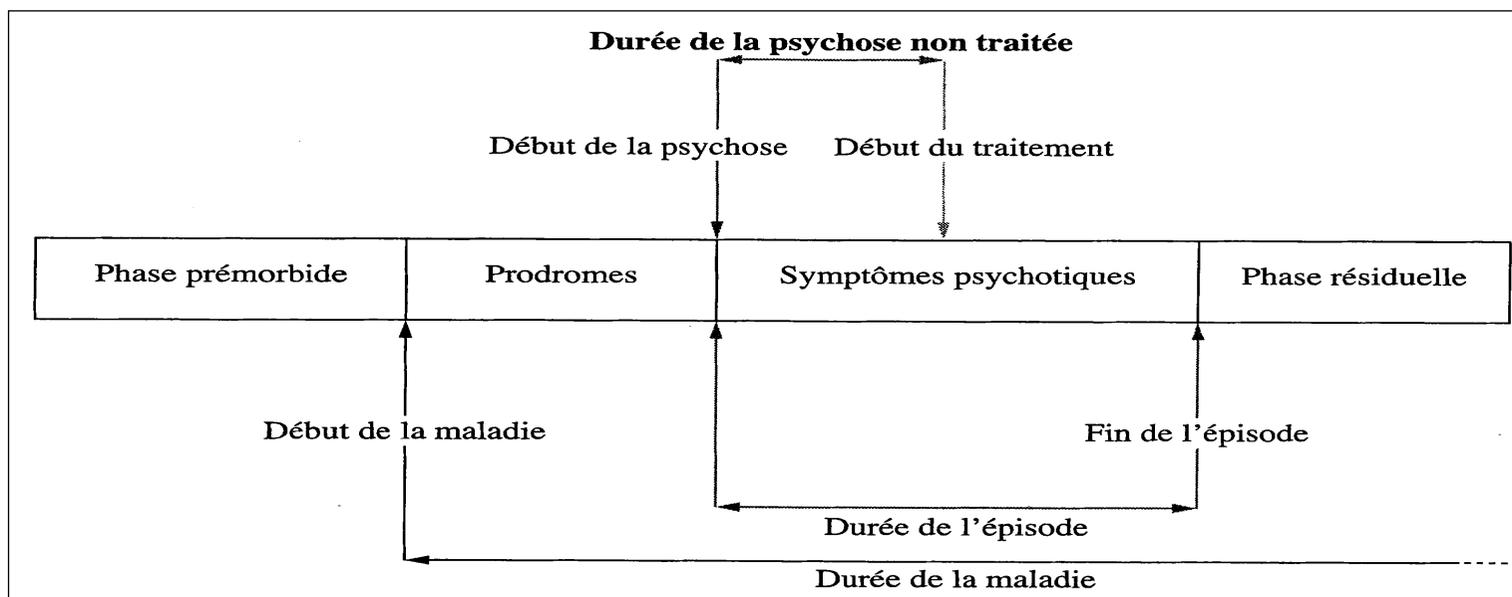
**Abbaye de FONTEVRAUD
Vendredi 26 & samedi 27 Mars 2010**

Plan

- La phase prodromique
- Évaluation des sujets à risque de schizophrénie
- Prise en charge
- Discussion
- Une consultation d'évaluation afin de favoriser le dépistage précoce

La phase prodromique

- Mode de début plus souvent insidieux et progressif (68%) qu'aigu (18%) ou subaigu (15%)¹
- Différentes phases évolutives précoces² :



1. Häfner H, an der Heiden W. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 1999
2. Larsen TK et al. Schizophr Bull 1996

- Période prémorbide : possible existence d'altération développementales (marche, troubles de la coordination, anomalies posturales...), de difficultés cognitives responsables de performances scolaires pauvres avec troubles du langage, de difficultés sociales (isolement, passivité, introversion ou agressivité...)
- Prodromes : signes avant-coureurs de la maladie qui précèdent les manifestations caractéristiques de la phase aigue
- Phase psychotique : début marqué par l'apparition des premiers symptômes psychotiques francs

- Intérêt du repérage de la phase prodromique :
 - période de troubles¹
 - effet DUP^{2,3}
 - Recherche des mécanismes étiopathogéniques
- La durée de psychose non traitée :
 - rémissions plus lentes et moins complètes;
 - un déclin cognitif plus rapide et plus marqué chez les patients;
 - un risque plus élevé de dépression et d'abus de substance;
 - davantage de troubles du comportement et de perturbations sociales graves chez les patients.

1. McGorry PD et al. XII World congress of Psychiatry 2002

2. Perkins DO et al. Am J Psychiatry 2005

3. Marshall M et al. Arch Gen Psychiatry 2005

- Auteurs classiques :
 - Début à l'adolescence;
 - Symptômes thymiques;
 - Modifications psychosensorielles;
 - Tendance au repli sur soi;
 - Symptômes névrotiques aspécifiques (anxiété, phobies, obsessions, compulsions...)
- Caractéristiques générales de la phase prodromique : étude ABC¹
 - phase prodromique chez 75% des 276 patients ayant eu un PEP.
 - durée moyenne 5 années.
 - 1 année sépare les premiers symptômes spécifiques de la première admission
 - hommes présentent plus souvent un début insidieux

1. Häfner H et al. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 1998

- Humeur dépressive
- Tentative de suicide
- Confiance en soi ↓
- Culpabilité

- Délire
- Fausses croyances
- Hallucinations
- Comportement modifié
- Pensée désordonnée

Premiers signes

Symptômes positifs

Hospitalisation

Symptômes négatifs

5 ans

4 ans

2 ans

1 an

Sentiments altérés
Motivation diminuée
Énergie diminuée

- **Caractéristiques cliniques : revue de la littérature de Yung et al.¹**
 - sept catégories de symptômes
 - signes peu spécifiques
 - notion d'état mental à risque et définition de groupes de sujets à très haut risque de développer une psychose à brève échéance
 - Vulnérabilité
 - Psychose atténuée
 - BLIPS (Brief Limited intermittent Psychotic Symptoms)

1. Yung AR et al. Schizophr Bull 1996

| | |
|------------------------------------|--|
| Symptômes « névrotiques » | Anxiété Inquiétude Instabilité Colère Irritabilité |
| Symptômes d'ordre thymiques | dépression Anhédonie Sentiments de culpabilité Idées suicidaires Oscillations de l'humeur |
| Modifications de la volonté | Apathie Perte de l'élan vital Ennui Perte d'intérêt Fatigue Perte d'énergie |
| Modifications cognitives | Troubles de l'attention Baisse de la concentration Préoccupations Rêverie diurne Blocage de pensée Difficulté d'abstraction |

| | |
|--------------------------------------|---|
| Symptômes physiques | Plaintes somatiques Perte de poids Perte d'appétit Trouble du sommeil |
| Modifications du comportement | Détérioration du fonctionnement social Retrait social Comportement impulsif Comportement bizarre Agressivité |
| Autres symptômes | Manifestations obsessionnelles et compulsives Phénomènes dissociatifs Sensitivité exacerbée Modification de la conscience de soi, des autres ou du monde Modifications de la psychomotricité Troubles du langage Troubles de la perception Méfiance Modifications des affects |

- Symptômes prodromiques les plus couramment décrits :
 - 1- Concentration et attention réduites
 - 2- Pulsion et motivation réduites, anergie
 - 3- Humeur dépressive
 - 4- Trouble du sommeil
 - 5- Anxiété
 - 6- Retrait social/repli sur soi
 - 7- Méfiance
 - 8- Détérioration du fonctionnement social
 - 9- Irritabilité

Évaluation des sujets à risque de schizophrénie

- Existence de plusieurs instruments évaluant le risque de transition vers une psychose (CAARMS¹, SIPS/SOPS², BSABS³...)
- CAARMS +++ :
 - taux de transition variable selon étude (40% à 1 an, 50% à 2 ans)
 - phase prodromique tardive
 - très utilisée
 - validée en langue française
 - sept dimensions cliniques explorées
 - réponse : à risque de psychose, psychose avérée, non à risque de psychose

1. Phillips LJ et al. J Psychiatr Pract 2002
2. Miller TJ et al. Psychiatr Q 1999
3. Gross G Br J Psychiatry Suppl 1989

- Instrument non suffisamment sensible → Association à la recherche de facteurs de risque et de vulnérabilité
- Facteurs de risque :
 - antécédents familiaux (généogramme)
 - déroulement de la grossesse et de l'accouchement
 - poids de naissance
 - déroulement de la période périnatale
 - statut socio-professionnel
 - consommation de toxiques
- Marqueurs de vulnérabilité :
 - schizotypie
 - signes neurologiques mineurs
 - anomalies morphologiques mineures
 - troubles cognitifs (mémoire verbale +)
 - données de l'imagerie

Prise en charge

- Accès aux soins : sensibilisation des professionnels de santé, de la population...
- Interventions psychosociales
- Traitements médicamenteux :
 - antipsychotiques de 2^{nde} génération
 - ATD
- Traitement psychothérapeutique : TCC
- Remédiation cognitive ?
- Traitements des comorbidités

Discussion

- Faisabilité d'un diagnostic au stade prodromique
 - dg différentiel (crise d'ado, troubles de l'humeur...)
 - dépistage des sujets demandeurs d'aide médico-psychologique
 - en 2 étapes
- Risque de stigmatisation pour les sujets à risque
- Prise en charge des sujets prodromiques

Une consultation d'évaluation afin de favoriser le dépistage précoce

- Objectif : favoriser l'accès à l'évaluation et aux soins de sujets éventuellement prodromiques (états mentaux à risque)
- Public : adolescents et jeunes adultes demandeurs d'aide médico-psychologique chez qui il existe un doute concernant une évolution vers une psychose
- Intérêt double :
 - individuel : prise en charge précoce
 - collectif pour la recherche (détermination d'un profil de sujet)

Une consultation d'évaluation afin de favoriser le dépistage précoce

- Description

- Parcours en 4 temps

- Évaluation clinique
- Évaluation standardisée
 - ✓ Evaluation du risque : CAARMS, bilan neuropsychologique, tests projectifs
 - ✓ Recueil de données cliniques et paracliniques : BPRS, SANS, SAPS, MINI, SCID II, HDRS, soft signs, AMM, ADI-R, IRM
- Restitution → mise en place d'une prise en charge spécifique
- Réévaluation

Merci de votre attention

Hallucinations et processus de perception de la voix humaine dans la schizophrénie : Étude clinique et neurophysiologique.

Jérôme Graux , CC-A
Clinique Psychiatrique Universitaire,
CHRU Tours
Université François Rabelais de Tours
UMR INSERM U930

Instituts
thématiques



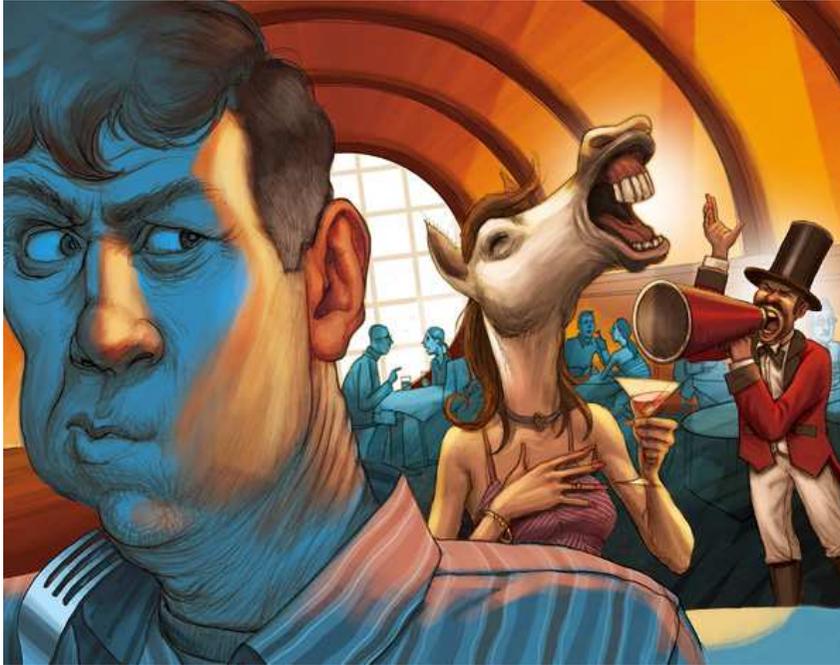
Inserm

Institut national
de la santé et de la recherche médicale

CHRU
HÔPITAUX DE TOURS



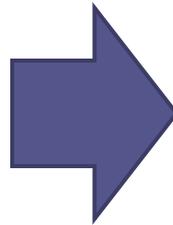

UNIVERSITÉ
FRANÇOIS - RABELAIS
TOURS



Les hallucinations auditives

- « Des voix ».
- La perception d'un langage.
- Une hypothèse prévalente des modèles cognitifs : un mécanisme anormal de la production ou de la perception du langage intérieur (Seal et al. 2004).
- « Entendre des voix » ce n'est pas qu'entendre un langage, c'est aussi percevoir des informations non verbales qui nous renseignent sur l'identité, le genre, la localisation ou l'état affectif du locuteur.

Le signe du miroir

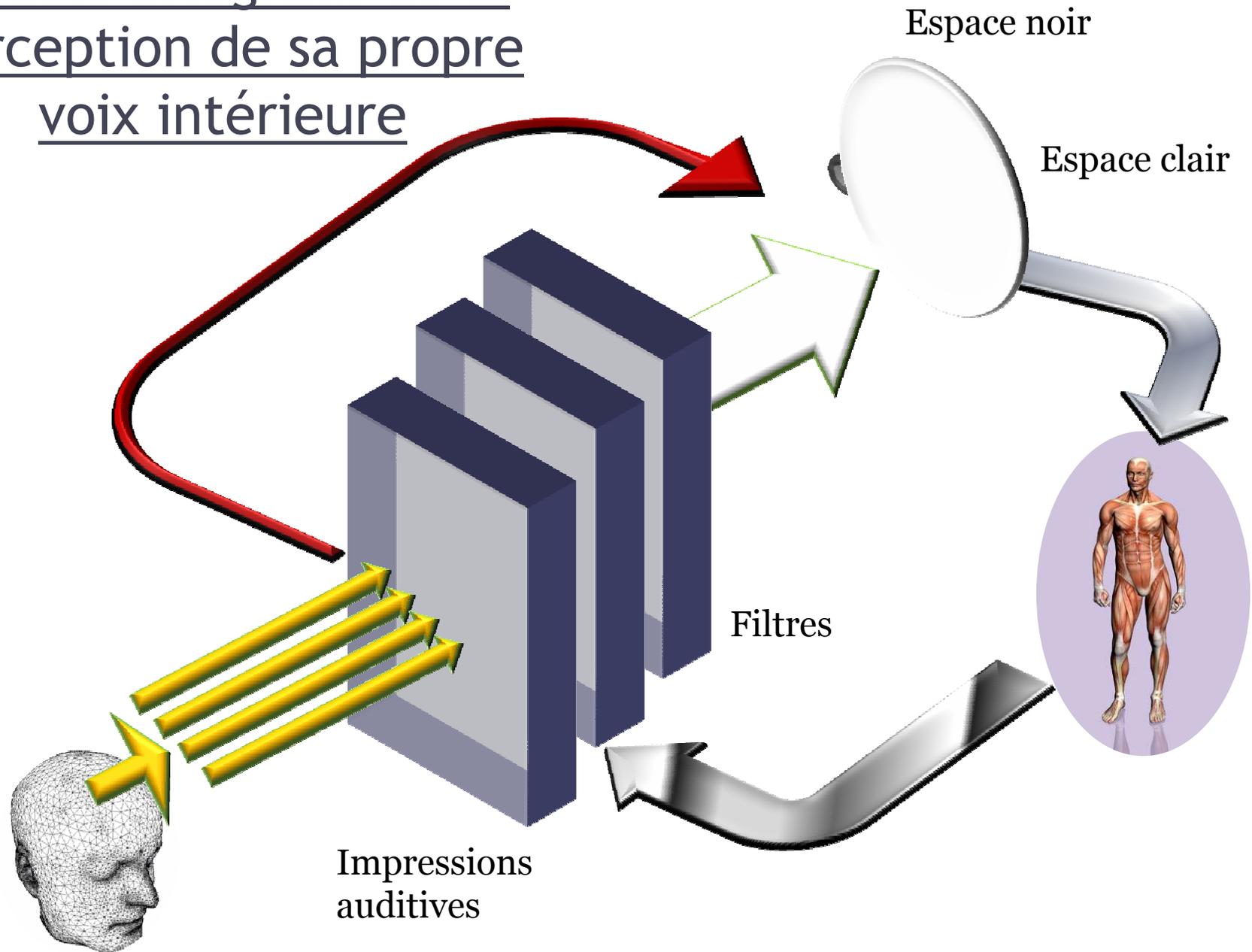


Ecouter sa propre pensée comme on se regarde dans un miroir

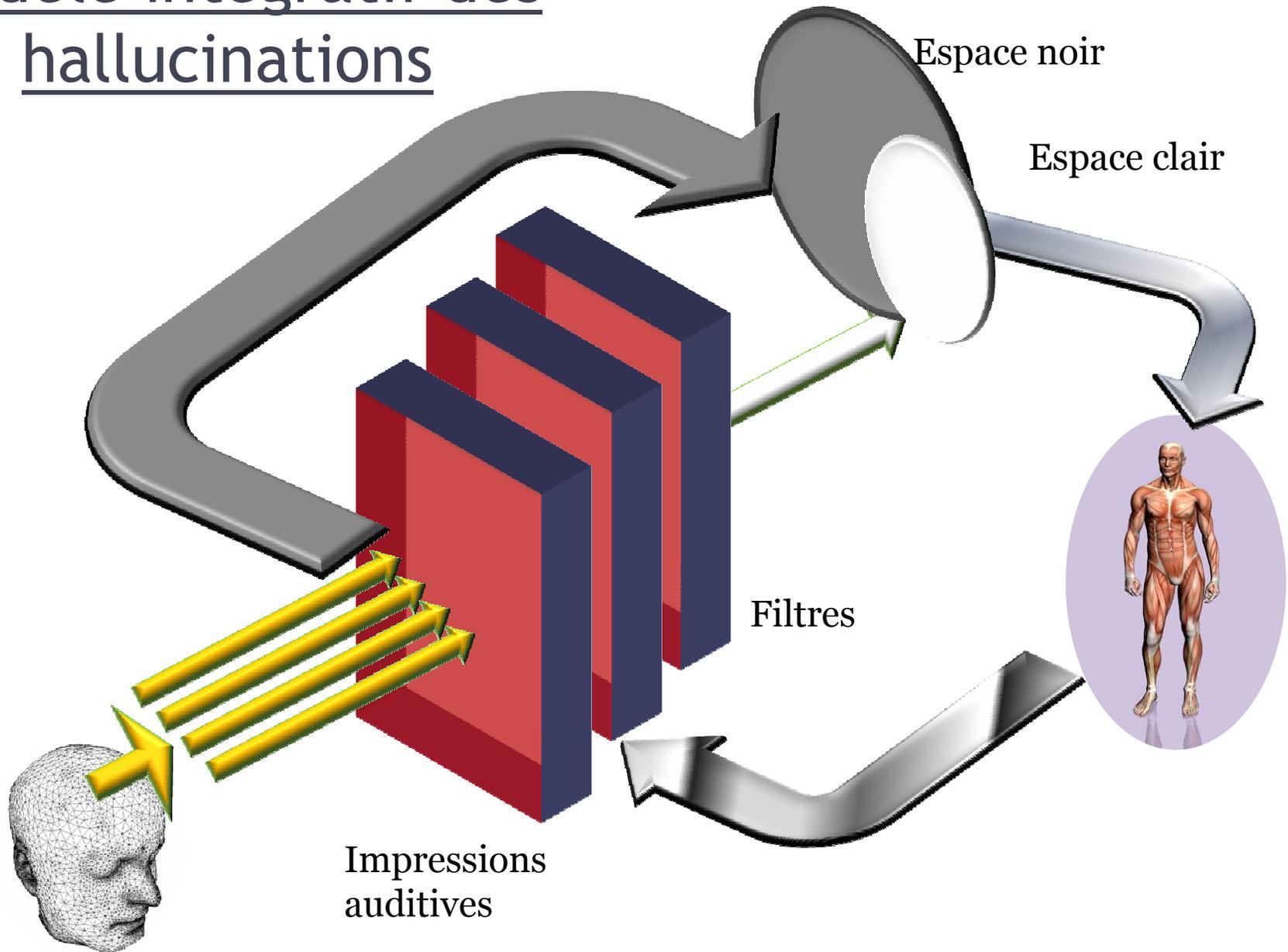


- On peut entendre sa propre voix comme on regarde son propre visage dans un miroir.
- Processus cognitifs similaires pour le traitement des visages et des voix. « The voice: an 'auditory face' » P. Belin

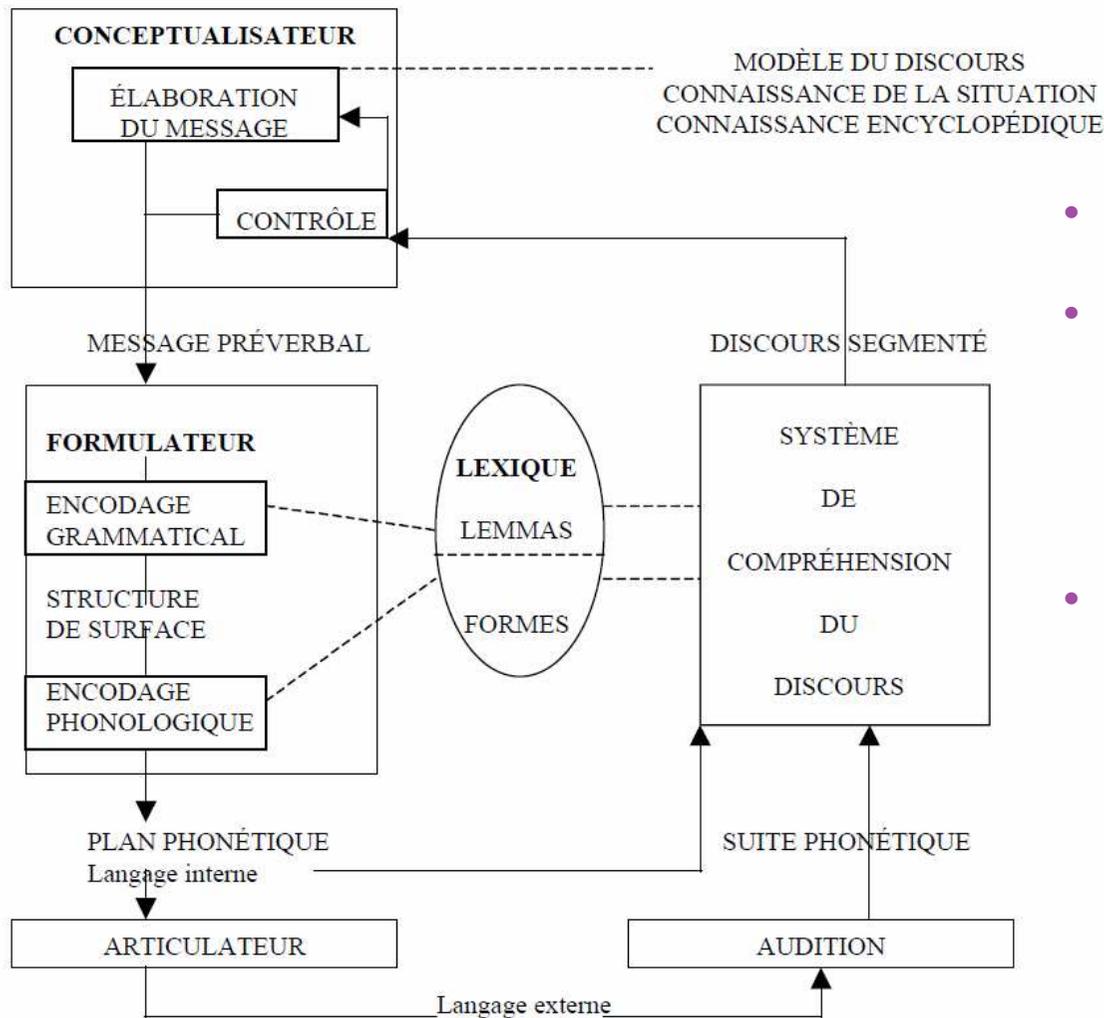
Modèle intégratif de la perception de sa propre voix intérieure



Modèle intégratif des hallucinations



Comment étudier sa propre voix intérieur ?



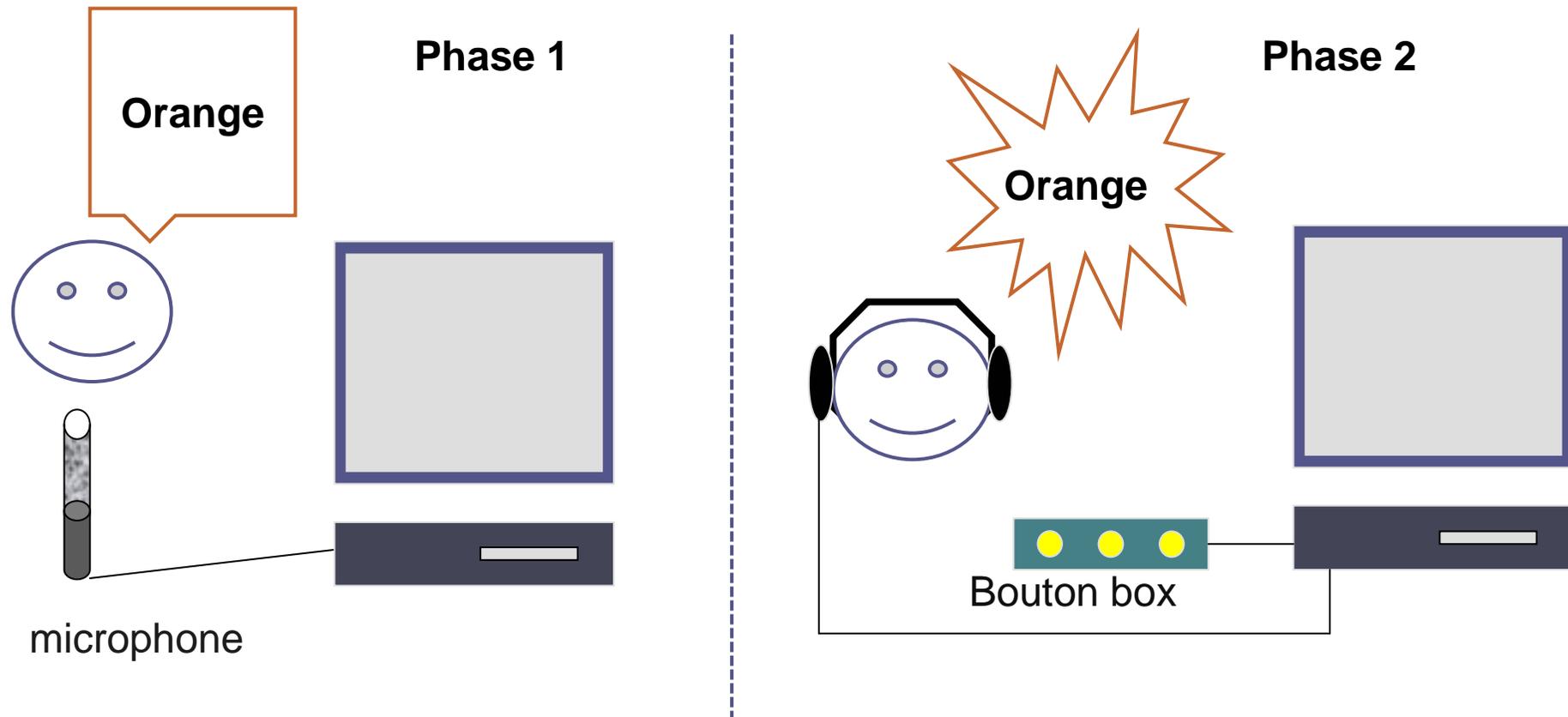
- **Modèle de la boucle perceptive (Levelt 1983)**
- Notre parole extérieure comme notre parole intérieure sont évaluées par des processus cognitifs perceptifs identiques à ceux mis en jeu dans le traitement de la parole d'autrui.
- Deux boucles de rétroaction auditive interviennent avant et après la production du langage :
 - une boucle lente du langage externe, qui opère sur le langage articulé.
 - une boucle rapide du langage interne, qui permet d'entendre ce qu'on va prononcer avant de le produire

Misattribution of external speech in patients with hallucinations and delusions

Paul P. Allen*, Louise C. Johns, Cynthia H.Y. Fu, Matthew R. Broome,
Goparlen N. Vythelingum, Philip K. McGuire

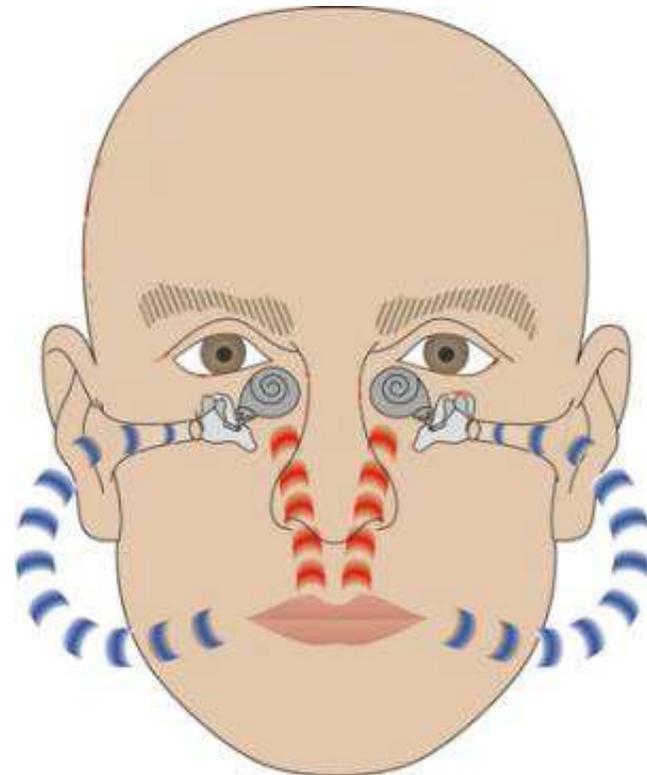
Section of Neuroimaging, Division of Psychological Medicine, Institute of Psychiatry, P.O. Box 67, Denmark Hill, London SE5 8AF, UK

Received 1 August 2003; accepted 24 September 2003



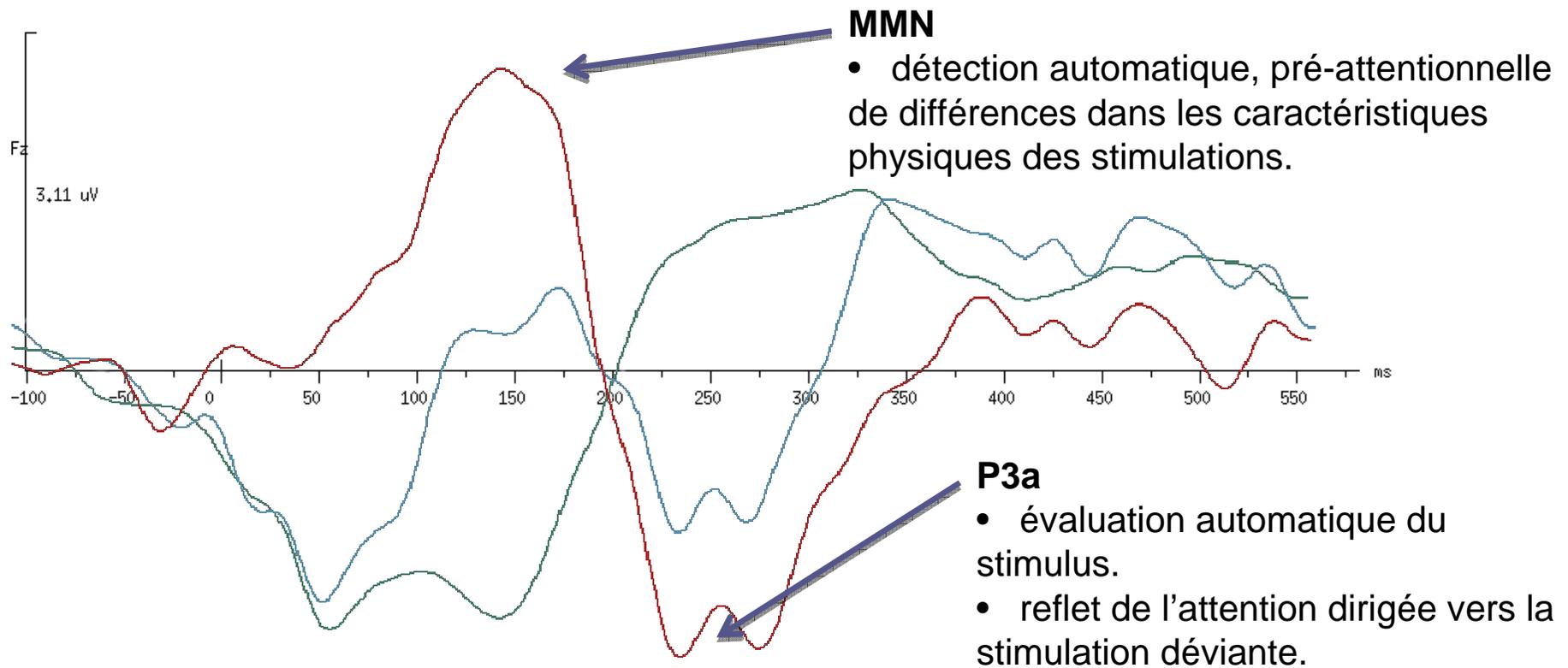
Percevoir sa propre voix

- Reconnaître un enregistrement de sa propre voix est un exercice difficile.
- Plusieurs travaux suggèrent qu'il existe une forme de reconnaissance automatique de sa propre voix enregistrée.
- Entendre un enregistrement de sa propre voix entraîne une activation spécifique du système nerveux neuro-végétatif que l'on observe à la fois lorsque les sujets reconnaissent leur propre voix mais aussi lorsqu'ils ne la reconnaissent pas explicitement (par ex. Holzman et al. 1966).



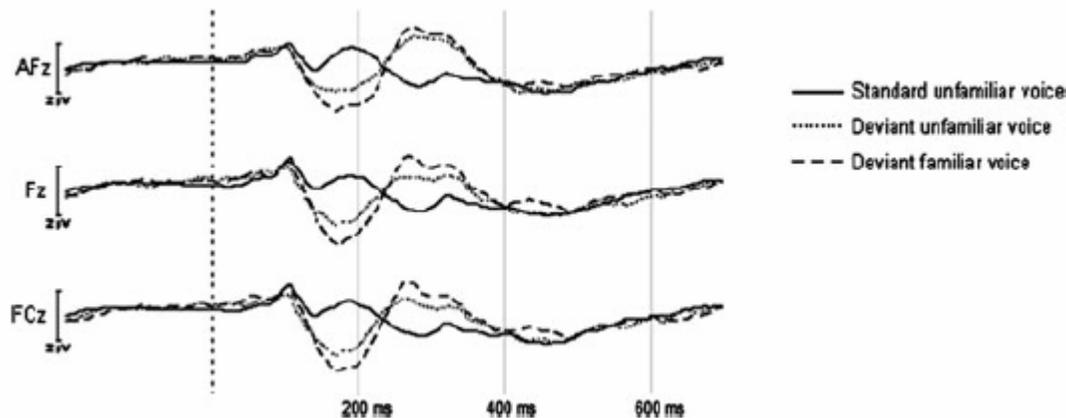
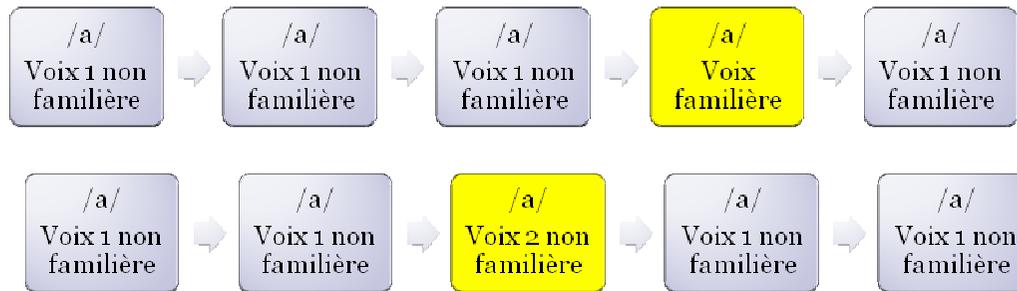
Exploration électrophysiologique de la perception de sa propre voix

- Paradigme oddball passif s-s-s-s-d-s-s-s-s-s-d-s-s-s-s-s-s-d-s-s-s-d-s-s-



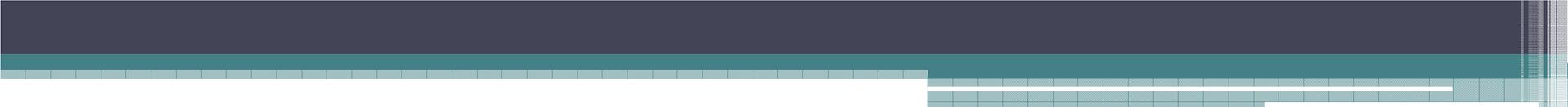
Electrophysiological markers of voice familiarity

Maude Beauchemin,^{1,2} Louis De Beaumont,² Phetsamone Vannasing,¹ Aline Turcotte,^{1,2} Claudine Arcand,^{1,2} Pascal Belin^{1,3} and Maryse Lassonde^{1,2}



- MMN et P3a évoqués par des irrégularités acoustiques de sons simples/ MMN et P3a évoqués par des irrégularités de catégorie (ex: des changements de phonèmes, ou de voix humaine).

- L'amplitude de la MMN et de la P3a apparaît être un marqueur objectif et implicite sensible à la familiarité aux voix humaines.

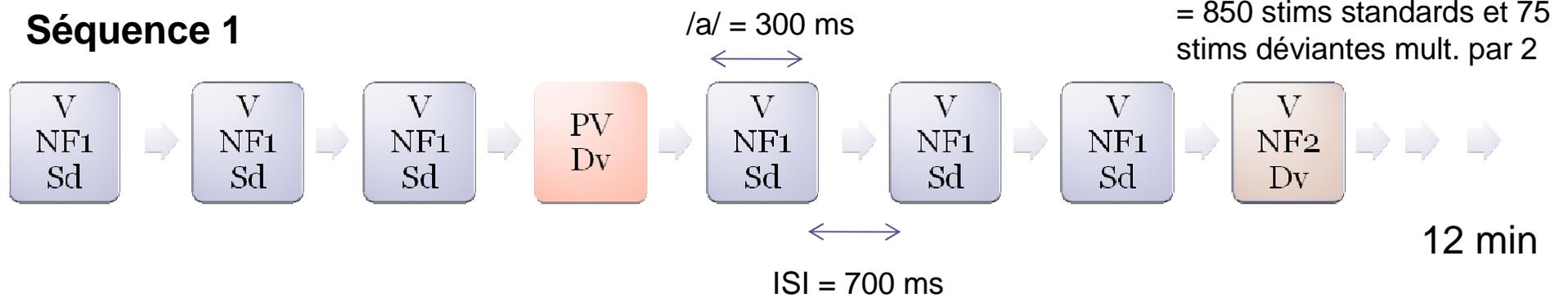


Objectif du travail

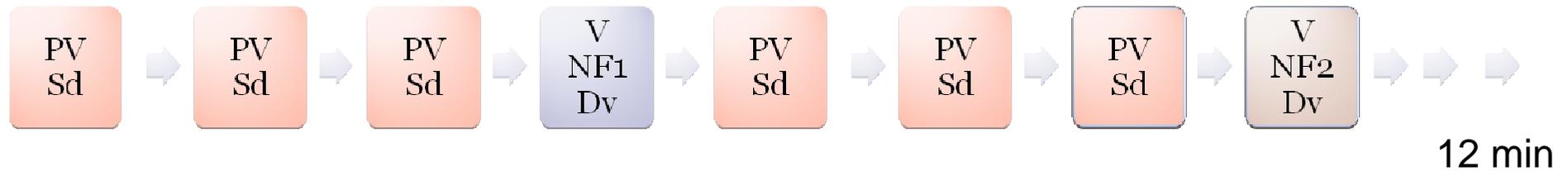
- Valider un critère objectif de la perception de sa propre voix chez les sujets sains et d'étudier les altérations de ce marqueur chez les schizophrènes hallucinés.

Procédure

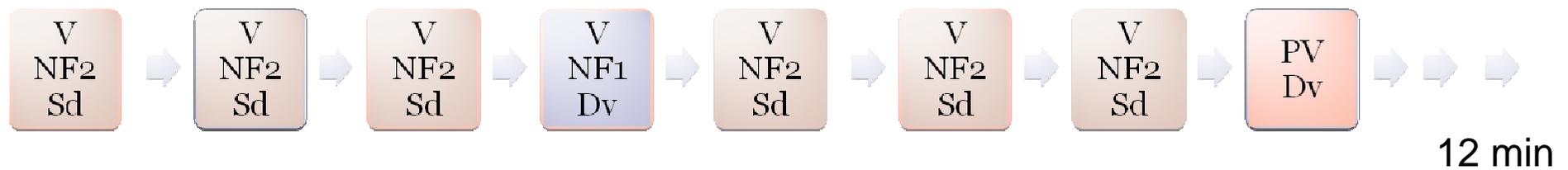
Séquence 1



Séquence 2



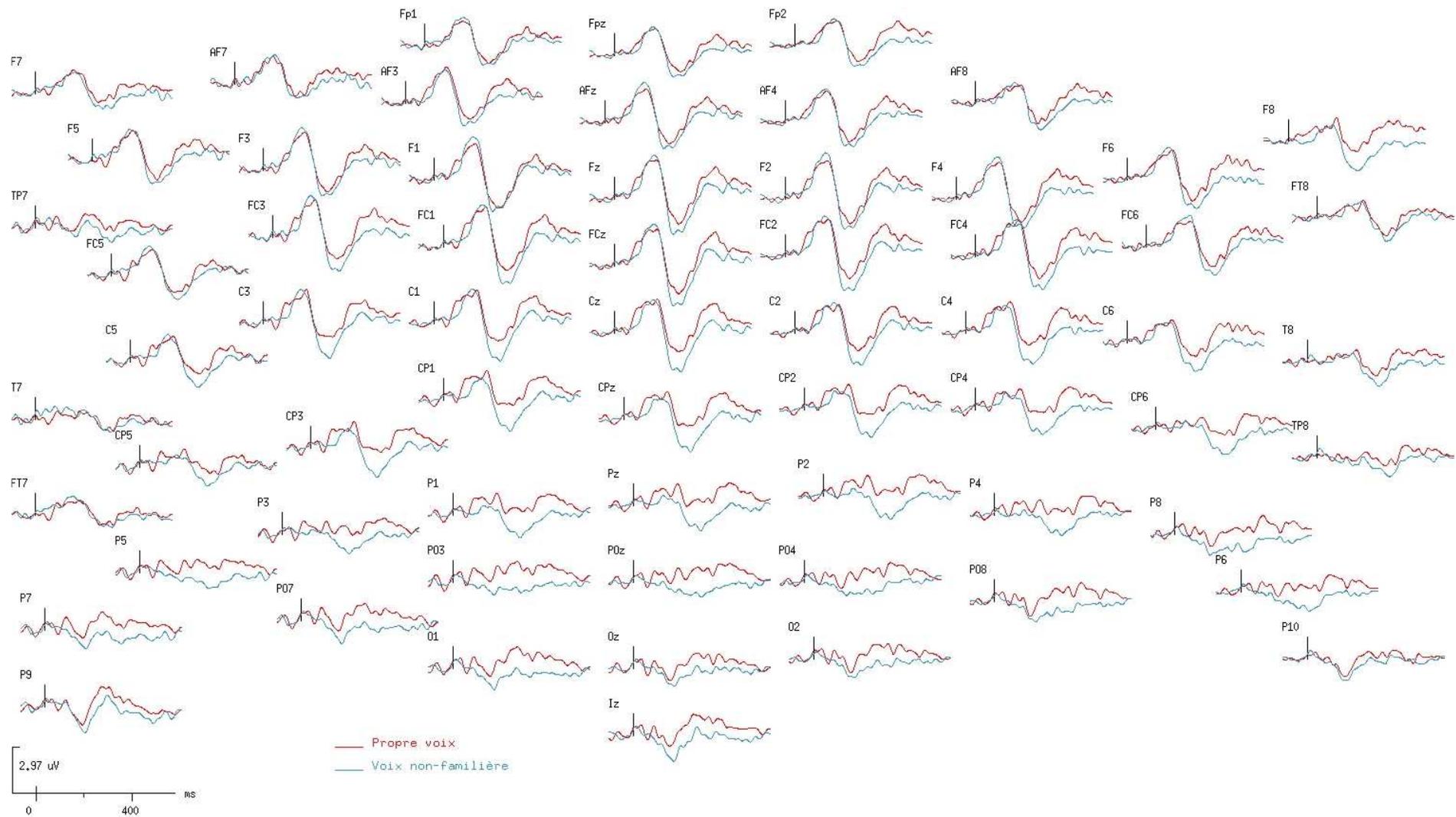
Séquence 3



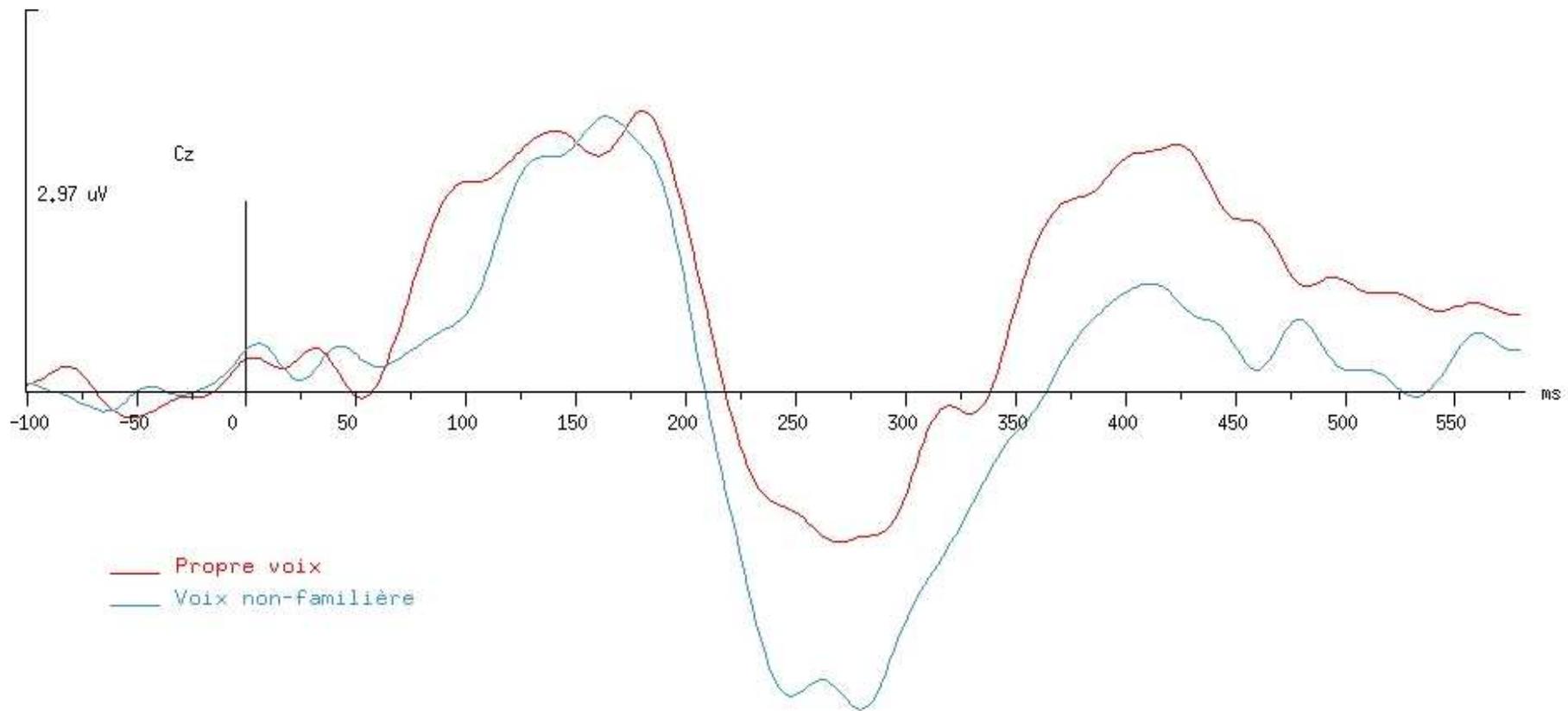
Population étudiée

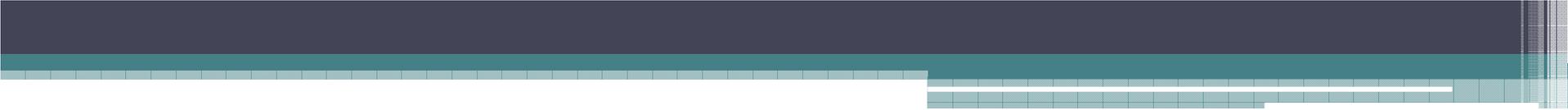
- **Population clinique**
 - 30 patients âgés de 18 à 45 ans recrutés selon les critères cliniques de la schizophrénie, du trouble schizo-affectif ou du trouble délirant chronique du DSM-IV.
 - Le score à l'item hallucination de la PANSS et les antécédents d'hallucinations auditives permettront de constituer 3 sous-groupes de sujets schizophrènes de 10 patients chacun (
 - Groupe des sujets schizophrènes hallucinés 'états'
 - Groupe des sujets schizophrènes hallucinés 'traits'
 - Groupe des sujets schizophrènes non-hallucinés
- **Population témoin**
 - 30 sujets sains âgés de 18 à 45 ans recrutés au sein du personnel de l'hôpital de manière à constituer un groupe apparié en termes d'âge, de sexe, de niveau d'étude et de latéralité avec le groupe des sujets schizophrènes.
 - Un groupe de 15 adultes jeunes étudiants ont participé à une étude préliminaire pour tester l'hypothèse de la sensibilité de la MMN et de la P3a à la perception de sa propre voix. Chacun des sujets a donné son consentement écrit pour sa participation à l'étude.

Résultats



Résultats





**MERCI
DE
VOTRE
ATTENTION**

Traitement du contexte, anticipation et
schizophrénie:
approches neurocognitive,
neurophysiologique et phénoménologique.

Journées inter-universitaires des CCA de
psychiatrie de l'ouest

26-27 mars 2010

Pierre-Guillaume BARBE

Qu'est ce que le contexte?

- Environnement comportemental

→ Neurosciences cognitives

Un homme chemine par une tempête de neige, s'égare, arrive à une auberge. On lui demande par où il est passé. « J'ai traversé la plaine », répond-il, en indiquant d'un geste la direction. « Non, répond l'aubergiste : sachez que vous venez de traverser le lac de Constance »

- Environnement subjectif

→ Phénoménologie

- **Contexte spatial:**

- **Objets Vs Scènes** (Chun 2000; Greene 2009)
- Impact cognitif: extension associative (Intraub 1998; Mobbs 2006; Rensink 2000)
- Impact perceptif: interactions neuronales par contraintes mutuelles, facilitation top-down (Davenport 2004, Kveraga 2007)
- **Via cohérence du contexte**
 - propriétés statistiques + prise de sens pour l'individu (notamment affordances) (Oliva 2007; Gibson 1979)
 - représentations épisodiques, représentations prototypiques
- **Anticipation** de la perception et de la cognition à partir des représentations intégrées du contexte (immédiates et stockées en mémoire)

Intégration automatique, prenant sens pour l'individu, d'informations holistiques actuelles + passées, guident la perception et la cognition

- **Contexte temporel:**

Prise de sens des informations à travers le temps

(succession, durée, délai, passé, futur)

- Informations de nature temporelle associées au sein d'une représentation du contexte
- Musique, langage, mémoire prospective, etc (Repovs 2006, Simons 2006).

- Phénoménologie husserlienne:

- Contexte subjectif

- Champ des objets inactuels de la conscience

- Comment les objets inactuels sont constitués

- 1- Structure temporelle de la conscience: rétention/protection

- 2- Autour de l'objet actuel dans la conscience se trouvent les objets inactuels (actuel ↔ inactuel)

- 3- Objet actuel et champ des objets inactuels motivent le flux de la conscience: processus d'actualisation/ détermination de l'attente (champ de remplissement)

Schizophrénie et contexte

- ALTÉRATION DU FILTRE SENSORIEL

Symptômes de désorganisation (Silverstein 1998)

- DÉFAUT DU TRAITEMENT DU CONTEXTE

- Spatial (Brebion 1997; Malaspina 2004)

- Temporel (Cohen 1992; Wang 2009; Stratta 1999)

- DESCRIPTIONS PHÉNOMÉNOLOGIQUES

- Sass, Binswanger, Blankenburg, Minkowski

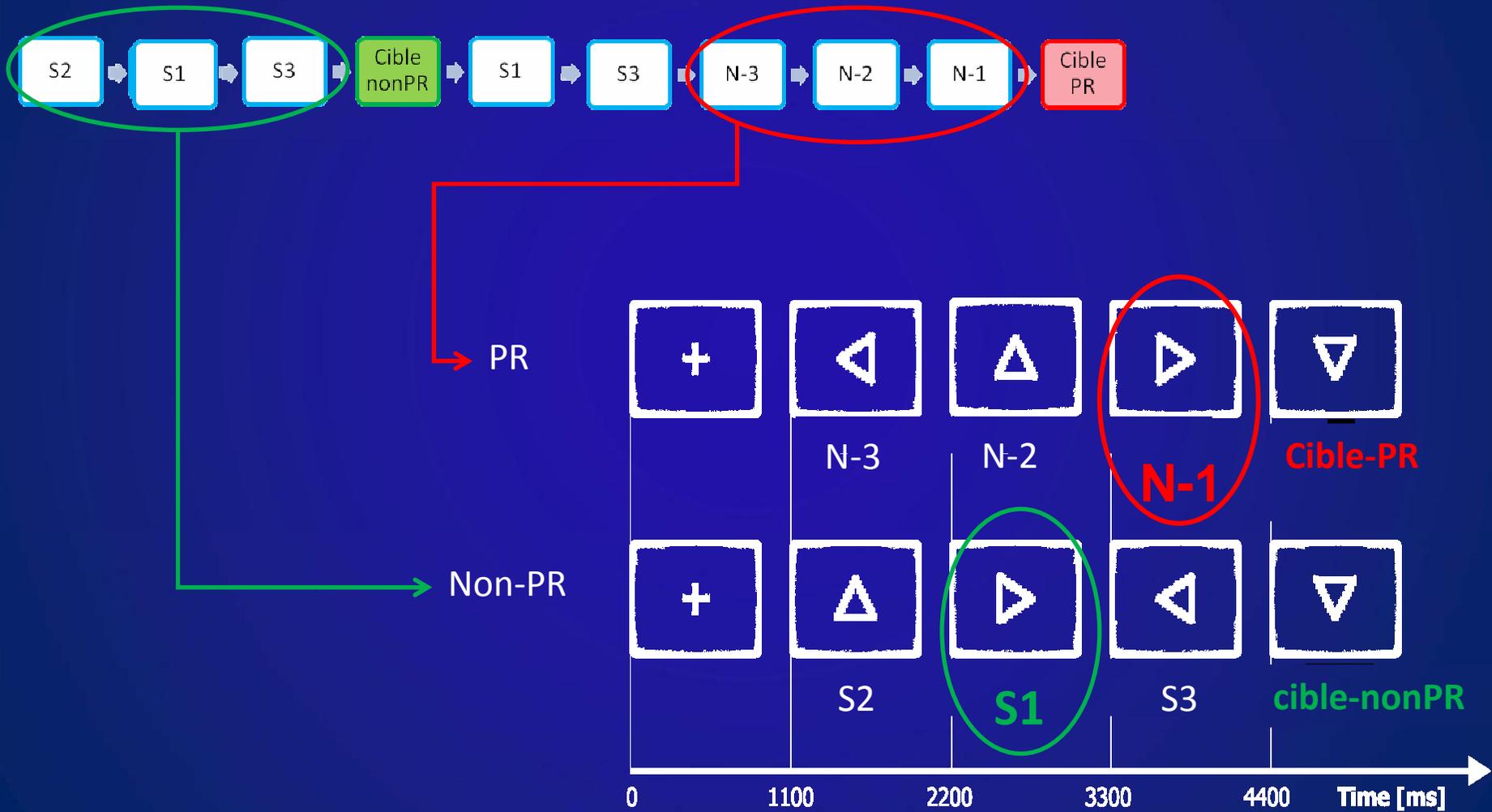
- *Je empirique* se substitue au *Je transcendantal*

→ Processus de traitement du contexte sont normalement automatiques: automatisme défaillant ou absent, substitué par traitement volontaire artificiel

ETUDES

- **Hypothèse:** Il existe un déficit en traitement du contexte dans la schizophrénie
- **Objectif:** Evaluer une méthode expérimentale permettant l'exploration des processus neurophysiologiques impliqués dans le traitement du contexte, en vue d'une application ultérieure dans la schizophrénie
- **Méthode:** Utilisation d'une variante du paradigme oddball comportant des séquences prédictives
 - 1- Etudes comportementales chez sujets sains et sujets schizophrènes
 - 2- Etude électrophysiologique chez sujets sains

• Paradigme:



(Fogelson 2009)

• Populations

Sujets sains

12 sujets: 10 sujets inclus

5 femmes, 5 hommes

Age moyen: 27 ans +/- 1,6 (22-36 ans)

Scolarité depuis CP: 13,6 ans +/- 0,4

(2 exclus: non respect des consignes)

Sujets schizophrènes

10 sujets inclus

4 femmes, 6 hommes

Age moyen: 35,6 ans +/- 2,5 (22-48 ans)

Scolarité depuis CP: 11,9 ans +/- 0,8

Schizophrénie (DSM IV-TR)

2 hospitalisés. 8 suivis ambulatoires

Durée d'évolution: 8,6 ans +/- 1,9

Durée d'hospitalisation: 38 semaines +/- 12

Posologie ttt neuroleptique: éq. à 491 +/-
95 mg de chlorpromazine/j

Ttt associés: 2/ ISRS, 1/BZD,
2/Anticholinergiques

• Etudes comportementales

Analyse: Précision / Temps de réponse
Sur la tâche complète et en fonction du temps

+ Evaluation clinique: MINI, PANSS
+ Evaluation neuropsychologique: TMT-A et B,
D2, Stroop

Résultats: **PRECISION**

Sujets sains

Tx de cibles détectées: 99,4%

Tx de fausses alarmes: 0,2%

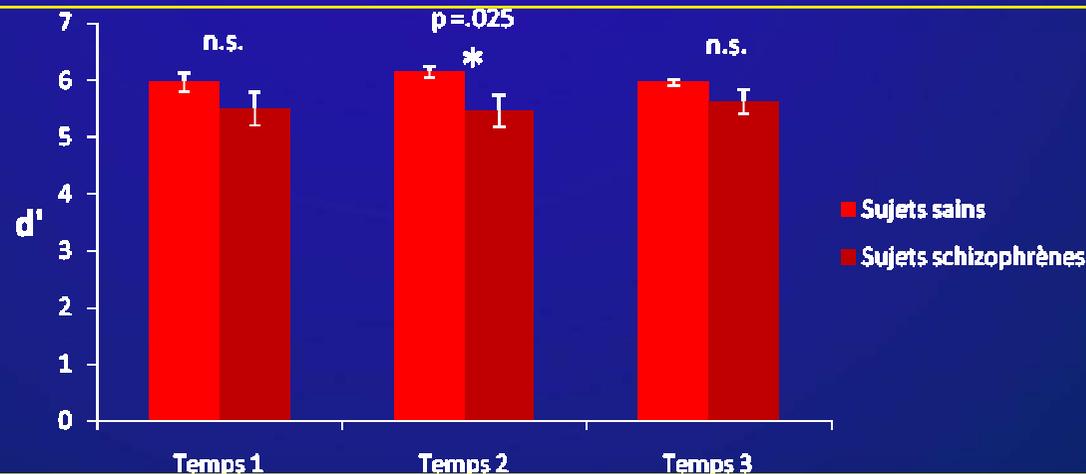
Sujets schizophrènes

Tx de cibles détectées: 96,5%

Tx de fausses alarmes: 0,6%

Tache complète: d' sains $>$ d' schizophrènes ($t(16)=2,23$; $p=.04$)

Evolution:



Résultats: TEMPS DE REPONSE TACHE COMPLETE

Sujets sains

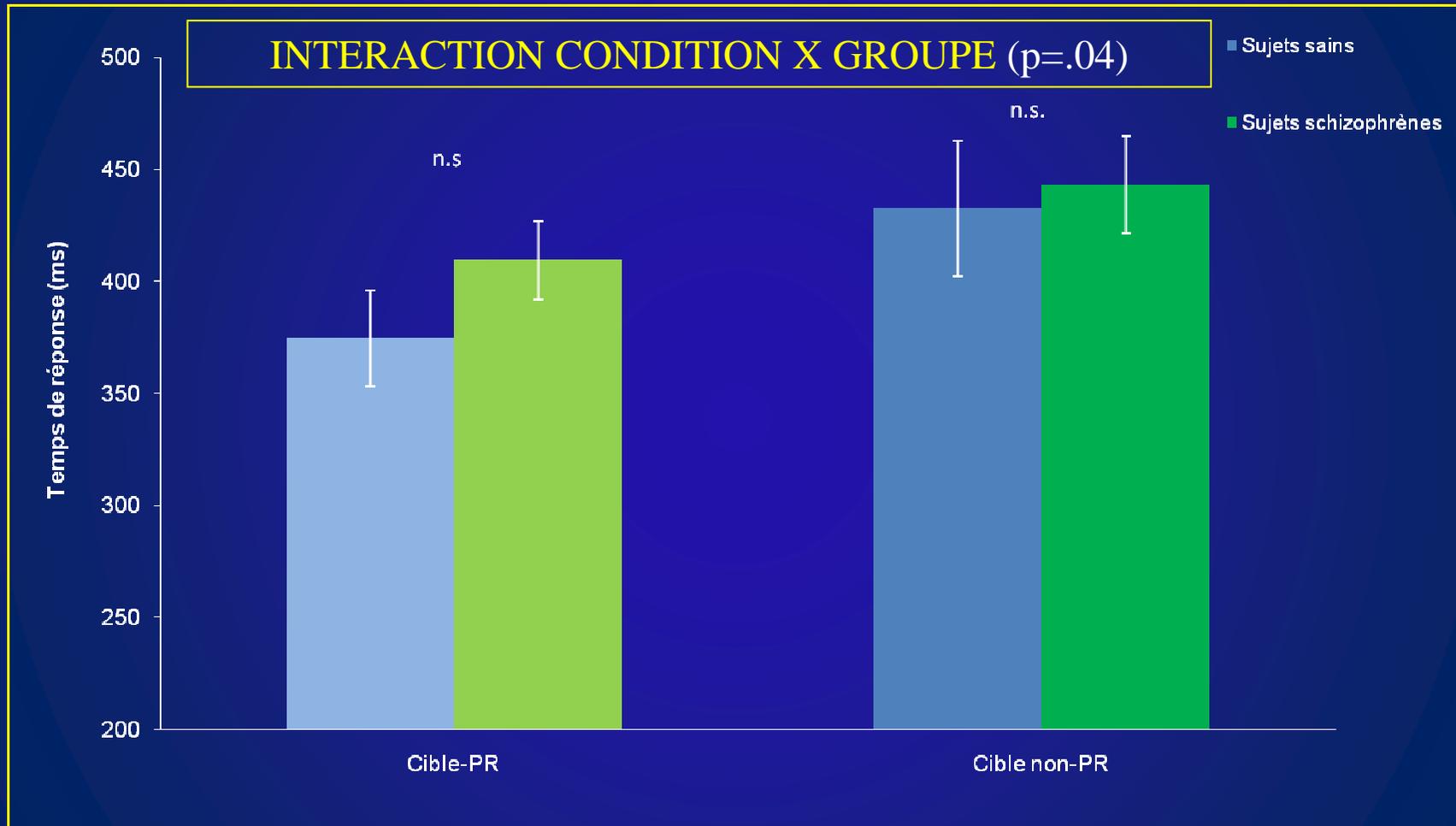
TR cible-PR = 374 +/- 21 ms

TR cible-nonPR = 433 +/- 20 ms

Sujets schizophrènes

TR cible-PR = 410 ms +/- 17 ms

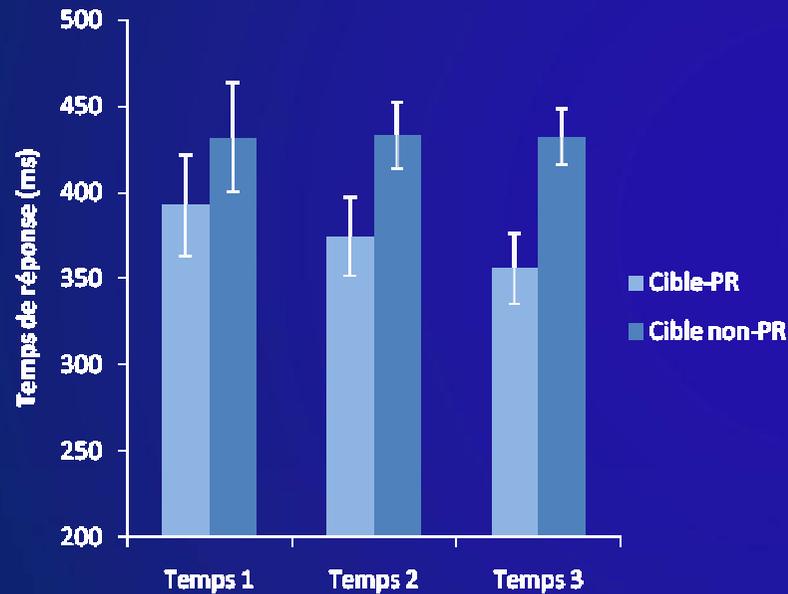
TR cible-nonPR = 443 ms +/- 22 ms



Résultats: EVOLUTION TEMPS DE REPONSE

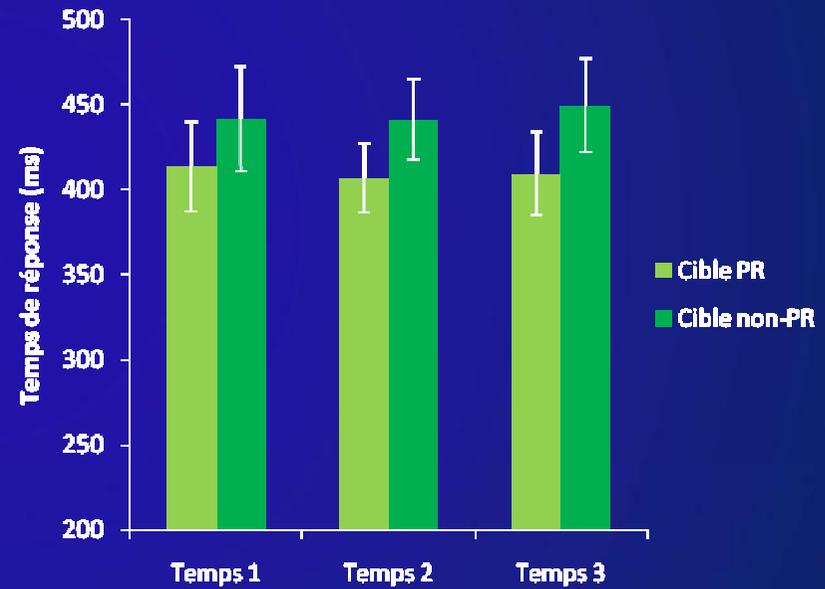
Sujets sains

INTERACTION Conditions X Temps
($F(2,18)= 7,32$; $\epsilon=0,88$; $p=.007$)



Sujets schizophrènes

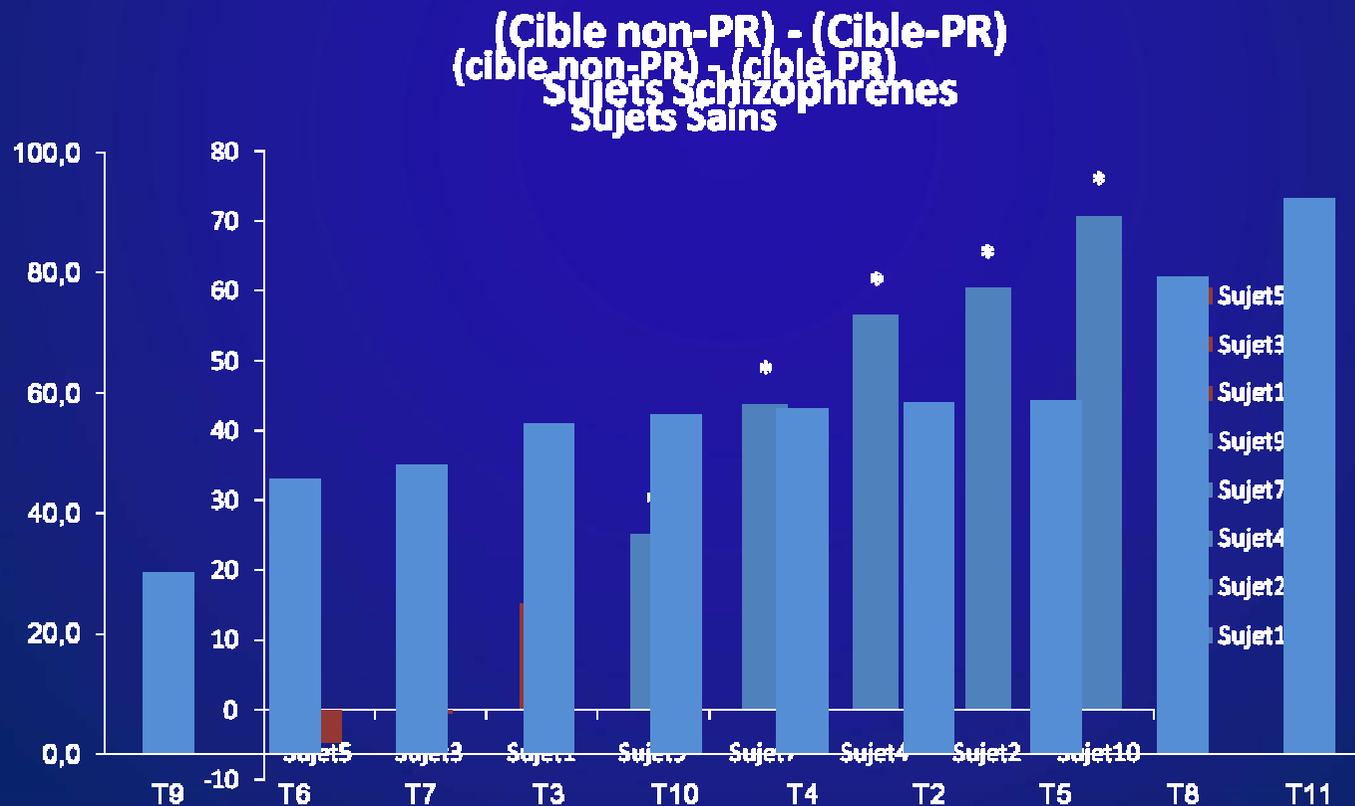
PAS D' INTERACTION Conditions X Temps
($F(2,14)= 0,83$, $\epsilon=0,92$; n.s.)



Résultats descriptifs des sujets schizophrènes

2 sujets ont échoué : ttt anticholinergiques
+ mauvaises performances au D2

Différences individuelles des temps de réponses:



Discussion

- **Résultats comportementaux:**
- Informations du contexte prennent sens dans le temps et permettent anticipation des événements
- Bonne détection des cibles des sujets schizophrènes
- Sujets schizophrènes bénéficient moins de la valence prédictive du contexte
- Automatisation de la réponse chez sujets sains, pas chez sujets schizophrènes: maintien d'un traitement volontaire
- Variabilité interindividuelle: Expression d'une atteinte quantitativement variable? Adaptation individuelle à un trouble essentiel commun?

ETUDES

- **Hypothèse:** Il existe un déficit en traitement du contexte dans la schizophrénie
- **Objectif:** Evaluer une méthode expérimentale permettant l'exploration des processus neurophysiologiques impliqués dans le traitement du contexte, en vue d'une application ultérieure dans la schizophrénie
- **Méthode:** Utilisation d'une variante du paradigme oddball comportant des séquences prédictives
 - 1- Etudes comportementales chez sujets sains et sujets schizophrènes
 - 2- Etude électrophysiologique chez sujets sains

• Etude électrophysiologique (sujets sains)

• POPULATION:

- 15 sujets inclus (10 Université de Tours, 5 Université de Berkeley)
- Droitiers
- sexe ratio ♀/♂ = 0,9
- Age moyen 26,1 ans ± 1,2

Traitement de la séquence

Reconnaissance de l'initiation
de la séquence

Reconnaissance de la
séquence

Effet de la
prédictibilité



N-3



N-2



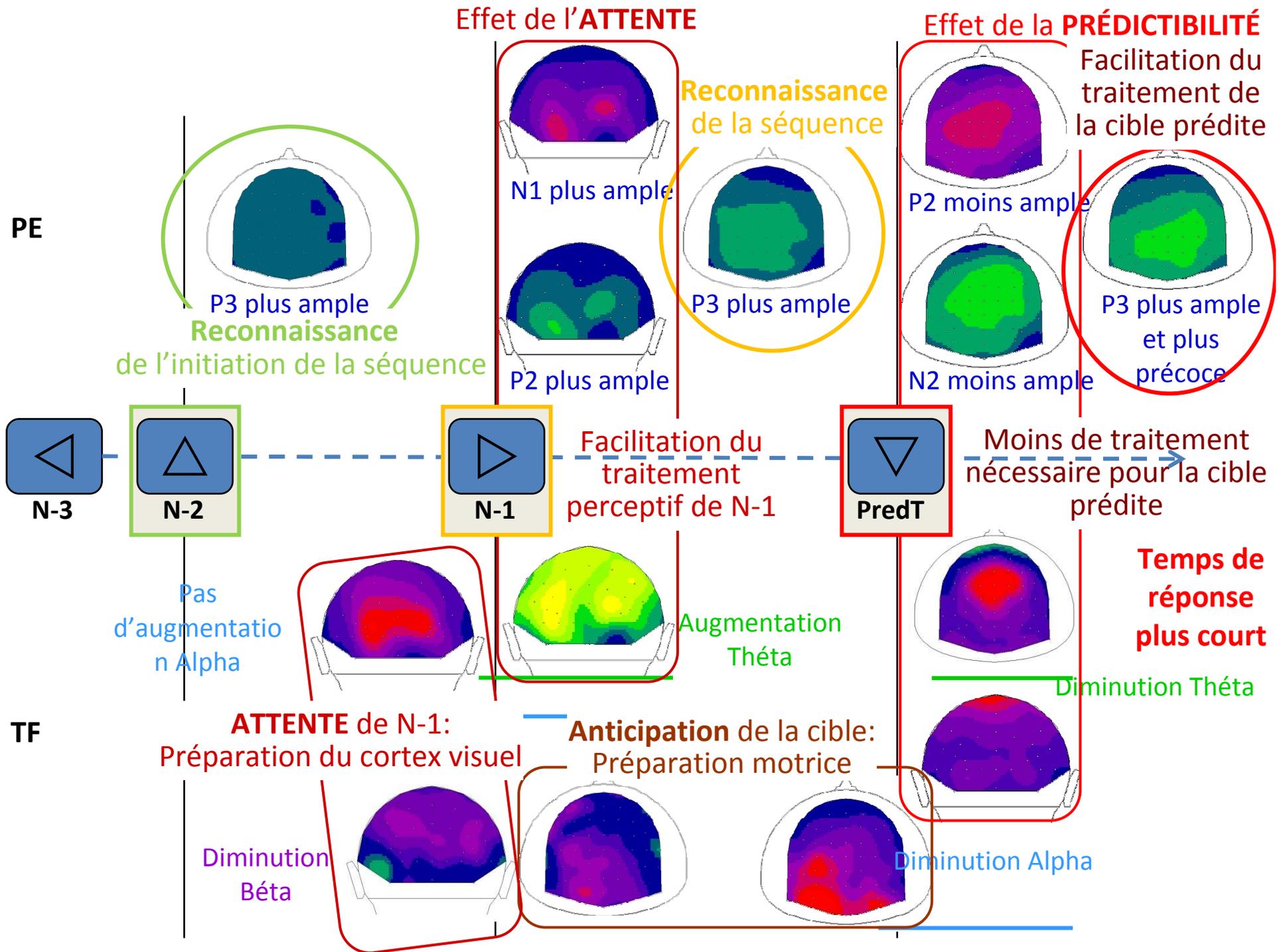
N-1



Cible-PR

Attente de la progression de la
séquence

Prédictibilité de
la cible



Discussion

- **Résultats électrophysiologiques:**

ATTENTE DU STIMULUS AU COURS DE LA SÉQUENCE PRÉDICTIVE (N-1 Vs S1):

- Activité oscillatoire cérébrale modifiée
 - alpha (8-14 Hz) (absence d'augmentation de puissance)
 - beta (14-30 Hz) (diminution de synchronisation et donc de puissance) dans les régions occipito-pariétales avec une prédominance gauche.
- Modifications de l'état d'activation du cortex visuel en attente d'un stimulus donné.
- Composantes N1 et P2 des potentiels évoqués également modifiées en N-1 avec une amplitude plus grande qu'en S1: facilitation du traitement de l'information visuelle lorsque celle-ci est attendue.

EFFET DE LA PREDICTIBILITE SUR LA DETECTION DE CIBLE (Cible-PR Vs non-PR):

(TR plus court)

- P3 plus ample et plus précoce pour cible prédite.
- Désynchronisation Alpha démarrant avant la survenue de la cible, prédominant en central gauche et traduisant la facilitation de la préparation motrice à la réponse à la cible.

Schizophrènes: corrélations entre processus précoces et/ou tardifs avec altération de la prise en compte du contexte?

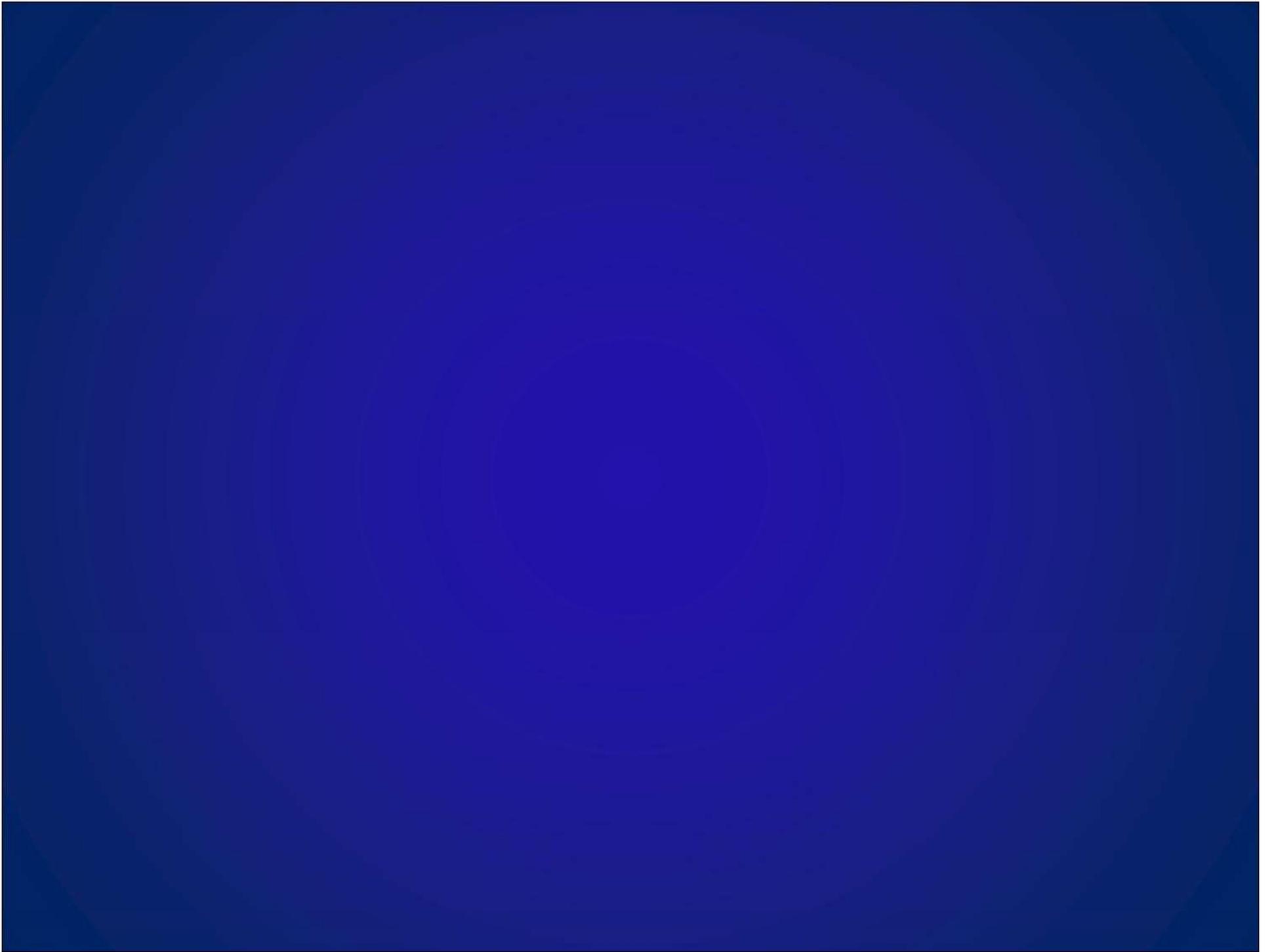
Etude par période: évolution des processus neurophysiologiques à travers le temps chez sujets sains? Versus schizophrènes?

Perspectives

- **1- Etude EEG chez sujets schizophrènes**
 - Bonne détection des cibles/ sujets schizophrènes
 - Nombre de sujets ≥ 30
 - Evaluation SEP
 - Tests neuropsychologiques adaptés (CPT-AX, n-back)
 - PANSS
 - Evaluation des réponses EEG en fonction du temps
- **2- Elaboration d'un protocole sélectionnant spécifiquement certains actes de la conscience impliqués dans le traitement du contexte**
(synthèses passives...)

Merci de votre attention

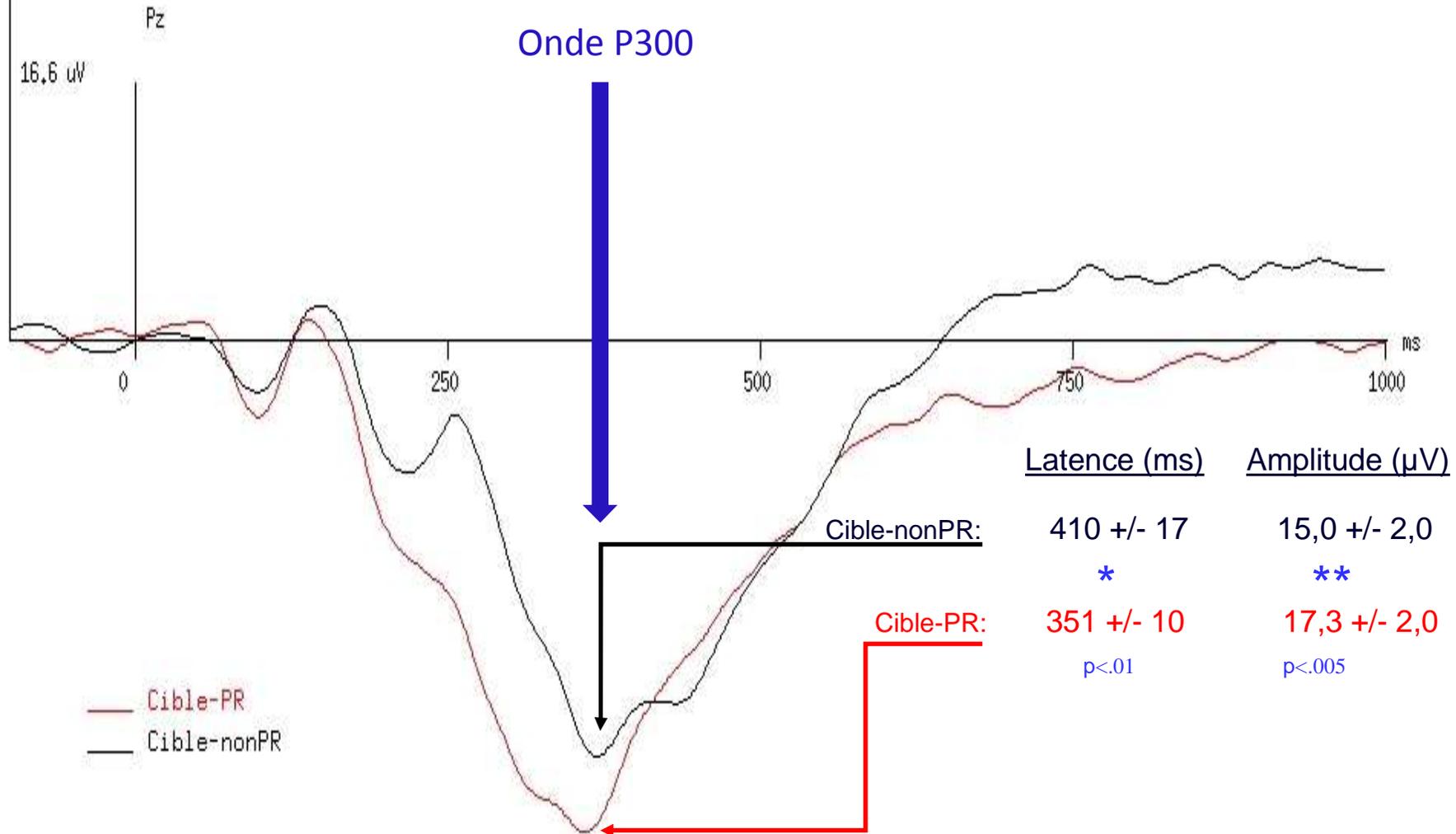




- Résultats EEG: *Détection de cible et prédictibilité (1)*

Caractéristiques de la P300: Latence et amplitude

PE en PZ: cible-PR et cible-nonPR

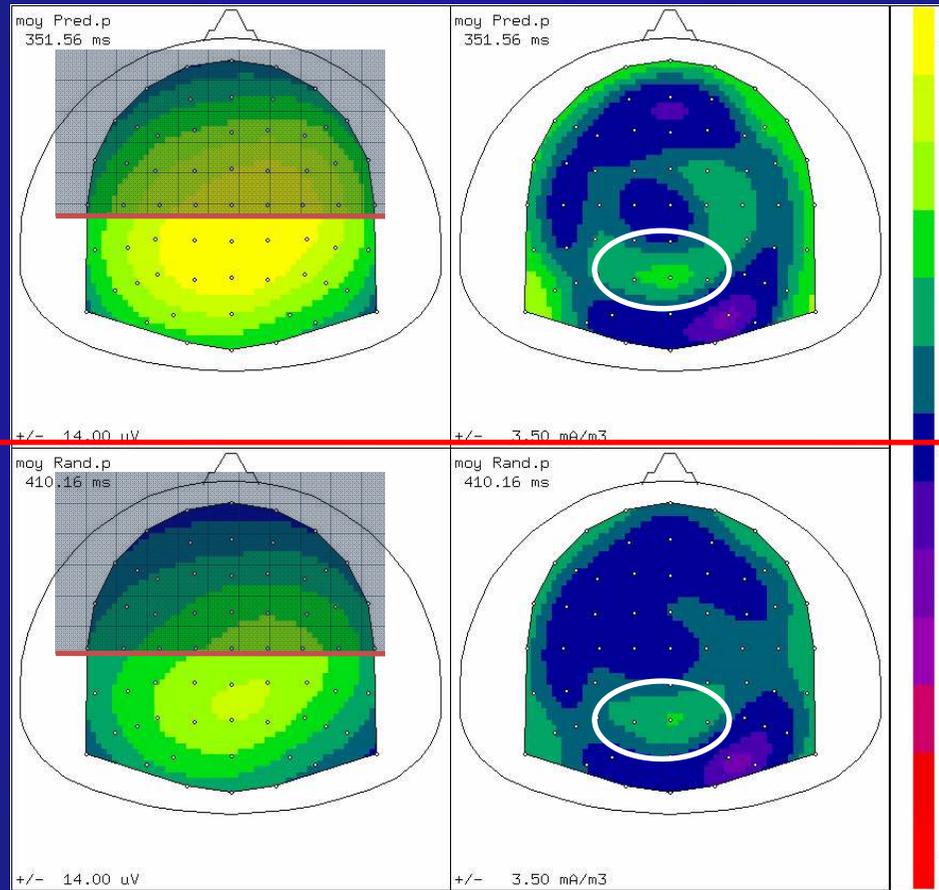


- *Détection de cible et prédictibilité (2)*

Caractéristiques de la P300: Distribution

Cible-PR

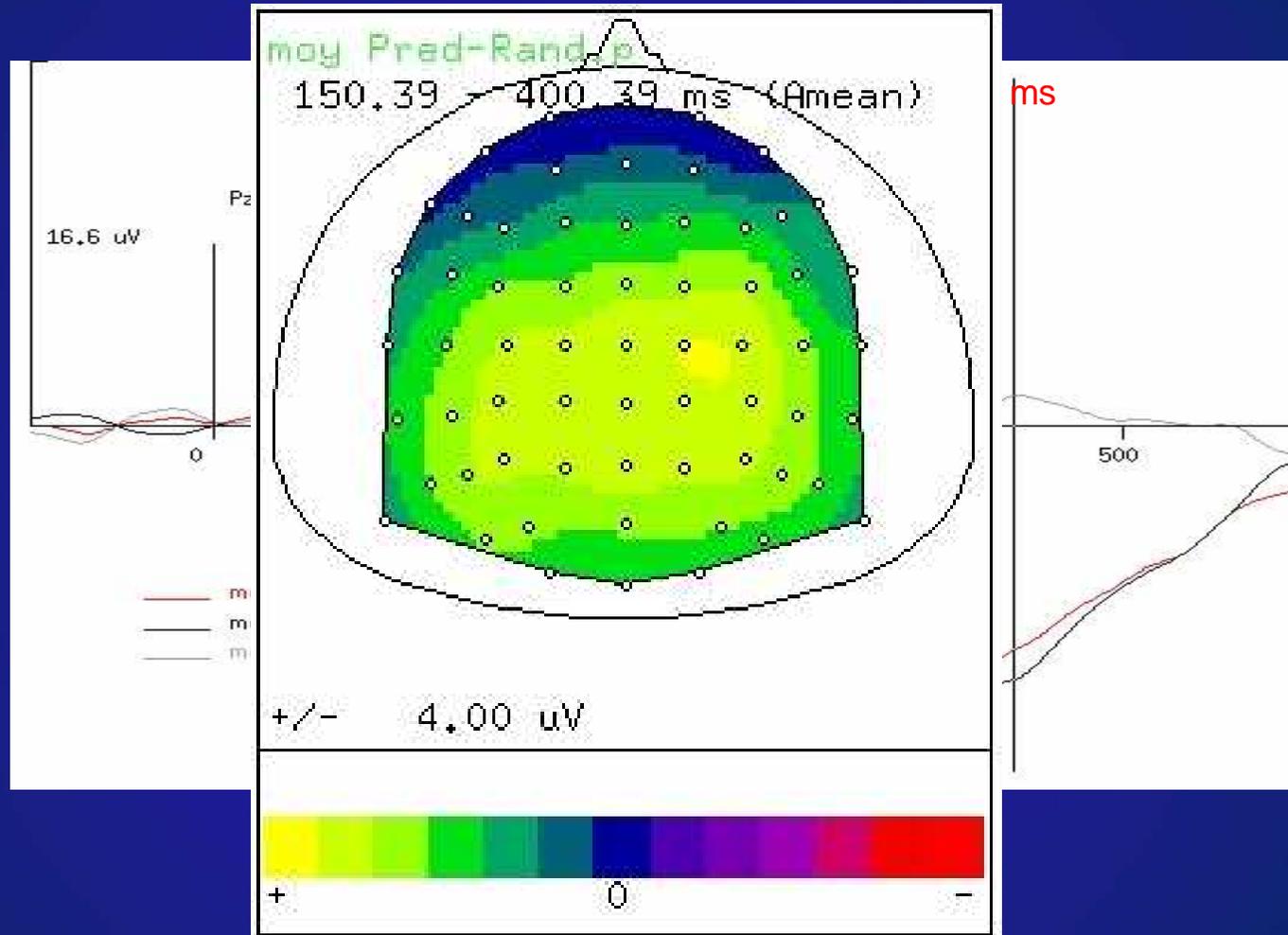
$p = .01$



Cible non-PR

$p = .001$

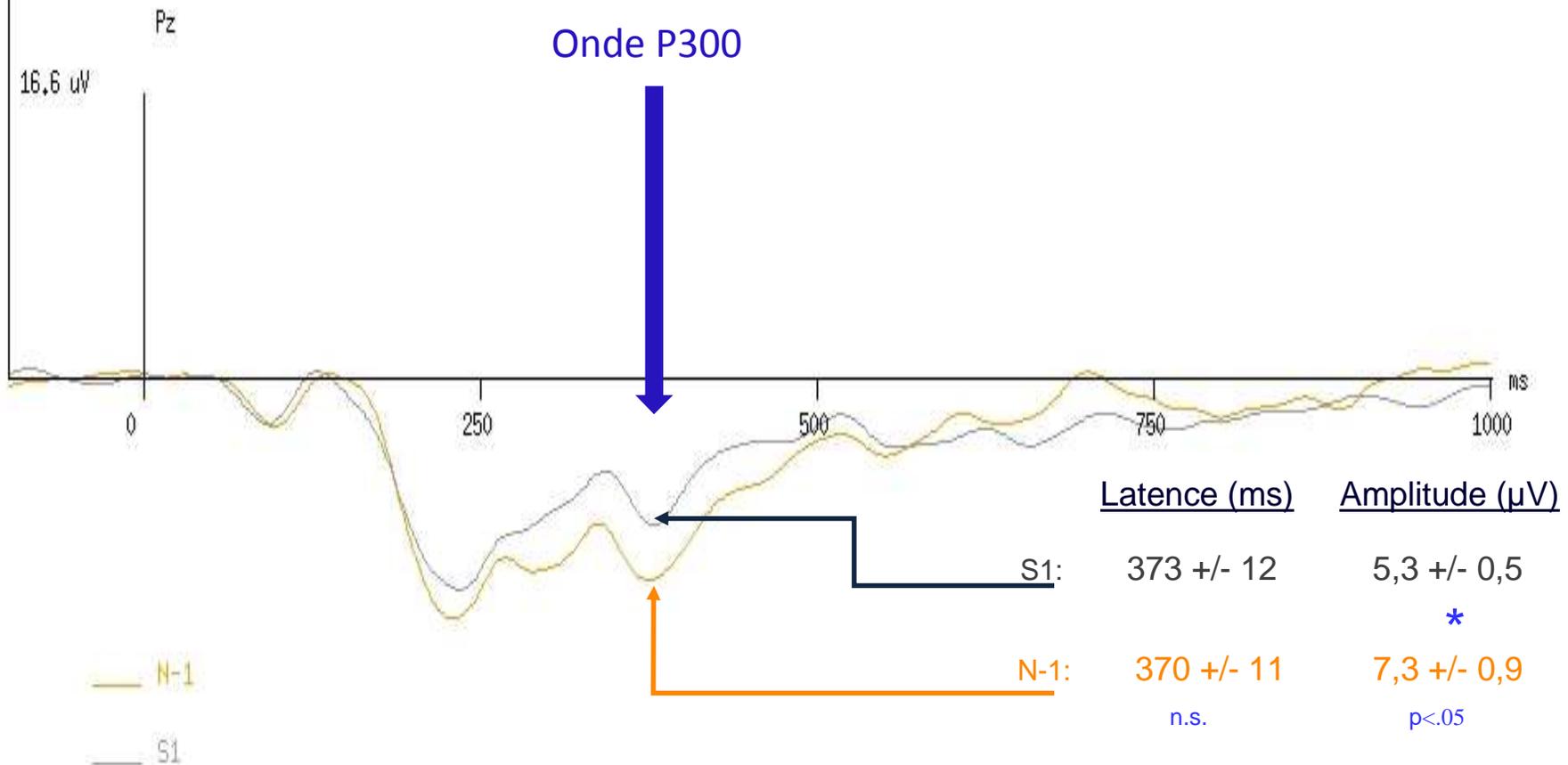
- *Détection de cible et prédictibilité (3):*
Courbes de différences



- *Formation de la valence prédictive du contexte (1)*

Caractéristiques de la P300: Latence et amplitude

PE en PZ: N-1 et S1

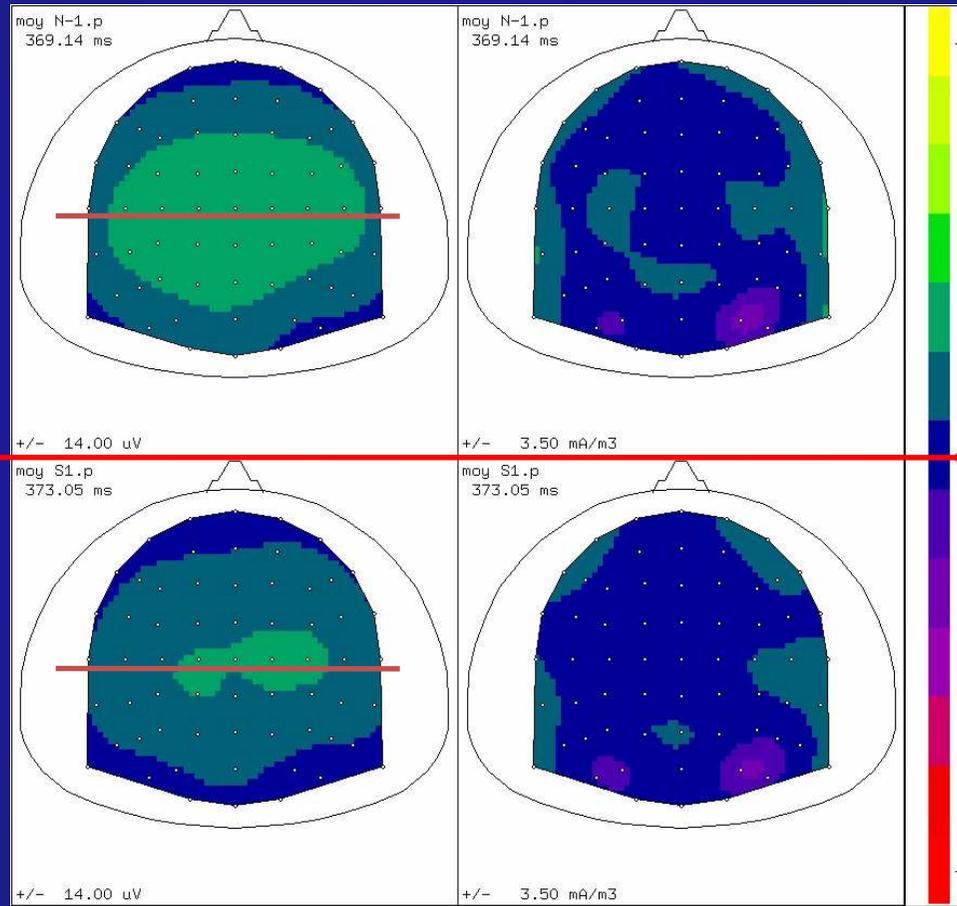


- Formation de la valence prédictive du contexte (2)

Caractéristiques de la P300: Distribution

N-1

n.s.



S1

n.s.

- *Formation de la valence prédictive du contexte (3)*

Courbes de différences

