

– explorer les représentations que les patients ont des anti-dépresseurs et de la dépression, ainsi que la perception de la stigmatisation aux troubles mentaux ;

– analyser la relation entre les attitudes face aux antidépresseurs et des paramètres sociodémographiques et cliniques.

Méthode L'adhérence était évaluée chez 40 patients en utilisant la version courte du Drug Attitude Inventory (DAI-10), complétée par un questionnaire mesurant les connaissances, craintes, impact des médias et stigmatisation liés aux antidépresseurs. Des entretiens d'investigation étaient ensuite menés à l'aide de celui-ci.

Résultats L'âge moyen de l'échantillon est de 43 ans, dont 27 % d'homme. Il s'agit d'un premier épisode pour 40 % des patients. La médiane du DAI est de 3,5 (échelle de –10 à +10), et 30 % des patients ne sont pas adhérents. Les hommes de l'échantillon ont une plus mauvaise représentation des antidépresseurs (–2 VS 4 ; U de Mann-Whitney = 90,50 ; $p = 0,0035$). Soixante-dix pour cent des patients ont des craintes par rapport à leur antidépresseur (prise de poids et dépendance au premier rang). Vingt pour cent des patients n'ont pas dit à leur entourage qu'ils prenaient des médicaments contre la dépression.

Discussion Une intervention à de multiples niveaux pourrait augmenter les connaissances des patients ainsi que de l'opinion publique [3]. Une collaboration spécifique entre journalistes et psychiatres permettrait une meilleure connaissance et une diffusion plus représentative des enjeux de santé mentale dans les médias [4]. Des actions de santé publique et initiatives citoyennes pourraient aussi être profitables aux patients.

Conclusion L'adhérence aux antidépresseurs peut largement être améliorée, la stigmatisation restant une barrière aux traitements et à la prise en charge.

Mots clés Antidépresseur ; Adhésion thérapeutique ; Croyances ; Stigmatisation ; Média

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

Références

- [1] Tournier M, Cougnard A, Boutouaba-Combe S, et al. Duration of antidepressant drug treatment and its determinants in France. *Encephale* 2011;37(Suppl. 1):S36–41.
- [2] Melartin TK, Rytsala HJ, Leskela US, et al. Continuity is the main challenge in treating major depressive disorder in psychiatric care. *J Clin Psychiatry*;62(66):220–7.
- [3] Lu Christine Y, Zhang Fang, Lakoma Matthew D, et al. Changes in antidepressant use by young people and suicidal behavior after FDA warnings and media coverage: quasi-experimental study. *BMJ* 2014;348:g3596.
- [4] Sartorius N, Gaebel W, Cleveland HR, et al. WPA guidance on how to combat stigmatization of psychiatry and psychiatrists. *World Psychiatry* 2010;9(3):131–44.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.09.019>

P108

Étude pilote : *follow-up* d'un groupe de consolidation MBCT pour des patients bipolaires. Impact sur le taux de rechute

L. Sala^{1,*}, C. Mirabel-Sarron¹, A. Docteur¹, F. Rouillon¹, P. Gorwood^{1,2}

¹ CMME, centre hospitalier Sainte-Anne, Paris, France

² CPN Inserm U894, Paris, France

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : loretta.sala@wanadoo.fr (L. Sala)

Depuis 2008, une démarche de pleine conscience (MBCT) est proposée dans notre service (clinique des maladies mentales et de l'encéphale, centre hospitalier Sainte-Anne) à des patients souffrant de troubles bipolaires. Cette démarche en 8 séances a été adaptée spécifiquement à des patients bipolaires, en accord avec le Pr Segal (université de Toronto).

Cent sept patients ont participé, entre novembre 2008 et juin 2014, à ces groupes en huit semaines. Depuis presque trois ans est proposé un groupe de consolidation, ouvert, aux patients ayant suivi la démarche de pleine conscience en 8 séances. Ce groupe a lieu une fois par mois pendant deux heures et est animé par un instructeur de MBCT expérimenté, ayant une pratique régulière de la méditation. À ce jour cinquante patients (16 hommes et 34 femmes) sont inscrits à ce groupe : 36 personnes sont venues au moins une fois, les quatorze restants ne sont jamais venus, tout en demandant à rester inscrits sur la liste de convocation.

Résultats Nous ne constatons aucune différence significative entre le groupe contrôle et le groupe consolidation MBCT en termes de âge de début de troubles (25 ± 11 vs 27 ± 10), de nombre de TS, d'hospitalisations (2 ± 4 vs 2 ± 2), ou de nombre d'épisodes maniaques (6 ± 7 vs 7 ± 8) et dépressifs (12 ± 12 vs 13 ± 16).

Après avoir décrit les modalités de ce groupe, nous évaluerons le profil des patients qui y participent (âge moyen de 48 ans ± 10) au regard de la régularité et de l'assiduité en termes de participation et de présence. Nous présenterons l'évolution des compétences de pleine conscience acquises et développées en lien avec leur assiduité et à l'instauration de leur pratique de méditation à la fois formelle et informelle.

Mots clés MBCT ; Troubles bipolaires ; Pleine conscience

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

Pour en savoir plus

Mirabel-Sarron C, Docteur A, Sala L, Siobud-Dorocant E. Mener une démarche de pleine conscience : approche MBCT. Paris: Dunod; 2012.

Segal ZV, Williams JMG, Teasdale JD. In: Goldbetter-Merinfeld E, editor. La thérapie cognitive basée sur la pleine conscience pour la dépression : une nouvelle approche pour prévenir la rechute. Bruxelles: Éditions De Boeck Université; 2006.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.09.020>

P109

Intérêt, spécificités et bénéfices d'un programme de remédiation cognitive pour les patients bipolaires

C. Isaac*, A. Favier, S. Braha-Zeitoun, N. Bouaziz, D. Januel
EPS Ville Evrard, Neuilly-sur-Marne, France

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : clm.isaac@gmail.com (C. Isaac)

Introduction La présence d'une symptomatologie cognitive marqueur trait dans les troubles bipolaires est actuellement reconnue dans la littérature scientifique [1]. Ces déficits cognitifs spécifiques, présents dès le premier épisode et persistant tout au long de la vie, ont un impact fonctionnel important sur la vie des patients [2]. La remédiation cognitive est une thérapie prometteuse pour cette population en demande. Une diminution des troubles cognitifs et fonctionnels des patients bipolaires suite à une thérapie de remédiation cognitive a été observée [3,4]. Cependant, les programmes proposés actuellement présentent un intérêt limité en raison d'un manque d'adaptation à la spécificité des troubles cognitifs prévalents dans les troubles bipolaires [4].

Objectif Notre objectif est d'observer sur le plan cognitif et fonctionnel, l'effet d'un programme de remédiation cognitive spécifiquement développé pour les patients souffrant d'un Trouble Bipolaire.

Méthodologie Nous présentons une première étude de cas d'un patient ayant bénéficié du programme ECo, actuellement en cours de validation dans le cadre d'étude contrôlée, randomisée en double aveugle. Une évaluation neuropsychologique ainsi que des échelles de fonctionnement psycho-social ont été administrées avant et après la thérapie. Le programme ECo se compose de 24 séances individuelles comprenant deux séances de psychoéducation sur



les troubles cognitifs et des séances de généralisation des stratégies acquises à des situations de la vie quotidienne. Ce programme cible majoritairement les déficits cognitifs des patients souffrant d'un trouble bipolaire : mémoire et apprentissage verbal, flexibilité, planification, inhibition, raisonnement, vitesse psychomotrice et attention [2].

Discussion Les améliorations observées sur le plan cognitif et fonctionnel permettent d'émettre l'hypothèse du bénéfice d'un programme spécifiquement adapté aux difficultés des patients souffrant d'un trouble bipolaire. Notre étude de validation en cours permettra de préciser l'intérêt, la spécificité et les bénéfices de cette prise en charge.

Mots clés Trouble bipolaire ; Psychothérapie ; Remédiation cognitive

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

Références

- [1] Pattanayak RD, Sagar R, Mehta M. Cognitive dysfunction as a trait marker for bipolar disorder: a critical review. *J Ment Health Hum Behav* 2011;16(1):18–28.
- [2] Bora E, Yucel M, Pantelis C. Cognitive endophenotypes of bipolar disorder: a meta-analysis of neuropsychological deficits in euthymic patients and their first-degree relatives. *J Affect Disord* 2009;113:1–20. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2008.06.009>.
- [3] Deckersbach TL, Nierenberg AA, Kessler R, Lund HG, Ametrano RM, Sachs G, et al. Cognitive rehabilitation for bipolar disorder: an open trial for employed patients with residual depressive symptoms. *CNS Neurosci Ther* 2010;16(5):298–307. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1755-5949.2009.00110.x>.
- [4] Isaac C, Fouques D, Braha S, Januel D. La remédiation cognitive au profit des patients bipolaires : une étude de cas. *Etudes Prat Psychol* 2013;1(1):8–23.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.09.021>

P110

Syndrome malin des neuroleptiques chez le sujet âgé. Cas clinique et comparaison aux données de la littérature

E. Thibon*, P. Doury, K. Parera, F. Olivier, R. Cance
Centre hospitalier de Montauban, Montauban, France

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : emilie.thibon7@gmail.com (E. Thibon)

Mme L., 90 ans, était traitée en 3^e intention par rispéridone 0,5 mg puis 1 mg durant 7 jours dans le cadre d'un trouble anxieux généralisé décompensé avec agitation. Une rhabdomyolyse et une cytololyse hépatique ont été découvertes fortuitement, associées à des signes cliniques de syndrome malin des neuroleptiques (SMNL) débutant. Les anomalies cliniques et paracliniques ont été résolutes 7 jours après l'arrêt de la rispéridone.

Nous avons réalisé une revue de la littérature sur le SMNL chez le sujet âgé de plus de 65 ans dans la base de données gratuite de Pubmed entre 1985 et 2014.

Parmi les patients retrouvés, la majorité étaient des hommes âgés de plus de 80 ans. Les pathologies traitées étaient représentées pour moitié par des pathologies neurodégénératives. Les différentes classes d'antipsychotiques étaient représentées, avec notamment : halopéridol, dropéridol, chlorpromazine, trifluopérazine, méthotrimeprazine, loxapine, sulpiride ainsi que rispéridone et olanzapine. L'augmentation récente des doses semblait être un facteur favorisant. Les délais d'apparition étaient immédiat (< 48 h), précoce (2 à 15 jours), ou tardif (> 15 jours) dans la plupart des cas. Les signes cardinaux du SMNL étaient présents dans la plupart des cas, associés à une augmentation systématique des CPK. On note 50 % de mortalité.

La spécificité chez le sujet âgé semble être une mortalité plus élevée qu'en population générale. Les facteurs de risque tels

les pathologies neurodégénératives sont analysés. Les auteurs interrogent le rapport bénéfice/risque de la prescription des antipsychotiques chez la personne âgée.

Mots clés Syndrome malin des neuroleptiques ; Personnes âgées

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

Pour en savoir plus

Feng Y, Yang X, Huang Y. Two cases of neuroleptic malignant syndrome in elderly patients taking atypical antipsychotics. *Shanghai Arch Psychiatry* 2013;25(3):178–82.

Chandran G, Milker J, Keegan D. Neuroleptic malignant syndrome: case report and discussion. *CMAJ* 2003;169(5):439–42.

Chou S, Al-Khalili E. Risperidone et rhabdomyolyse indépendante du syndrome malin des neuroleptiques. *Bulletin canadien des effets indésirables* [en ligne]. Janvier 2013, vol. 23, n° 1, [date de mise à jour : 2 janvier 2013]. Disponibilité sur Internet : <http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/medeff/bulletin/carn-bcei.v23n1-fra.php#article2>.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.09.022>

P111

Intérêt d'une prise en charge intégrative en réhabilitation psycho-sociale chez les patients souffrant de schizophrénie : COMBIMOD

M.-C. Bralet*, S.-L. Farhat, C. Gautier, C. Hochard, T. Lambert
CHI Clermont-de-l'Oise, Clermont-de-l'Oise, France

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : mariemarthebralet@yahoo.fr (M.-C. Bralet)

Plusieurs études montrent l'intérêt des programmes de remédiation cognitive et de psychoéducation dans la prise en charge des patients souffrant de schizophrénie dans le cadre de soins de réhabilitation psycho-sociale [1]. Ces programmes dispensés de façon isolée sont moins efficaces que ceux effectués dans une démarche de soins intégrative [2,3] et en impliquant l'ensemble des acteurs de soins et de réhabilitation (sanitaire, MDPH, médico-social, milieu professionnel). Depuis 2009, le centre intersectoriel Crisalid (pôle FJ5, CHI de Clermont de l'Oise, Picardie) propose un programme intégratif et personnalisé, appelé COMBIMOD (combinaison de modules de remédiation cognitive et d'éducation thérapeutique) destiné aux personnes souffrant de schizophrénie et à leurs proches habitant dans l'Oise, suivi par le sanitaire, le privé et le médico-social. Ce programme combine des modules de remédiation cognitive francophones validés à des modules d'éducation thérapeutique spécifiques construits autour des déficits cognitifs. L'objectif de ce poster est :

- de décrire au travers du parcours de soins de 3 personnes souffrant de schizophrénie la mise en place du programme COMBIMOD (de l'importance de : l'entretien motivationnel, l'évaluation globale [clinique, thérapeutique, neurocognitive, cognition sociale, fonctionnelle], la restitution du bilan, la mise en place d'un programme personnalisé et intégratif) jusqu'à la réalisation des objectifs professionnels ;

- montrer l'importance de l'articulation entre le sanitaire, le privé, le médico-social et le milieu professionnel.

Au terme du programme et grâce à un travail d'articulation entre le sanitaire (secteur : CMP, hôpital de jour, CATTP), la MDPH, le médico-social (centre de réadaptation professionnelle et de formation, ESAT de transition) les 3 patients se sont réinsérés professionnellement en milieu ordinaire.

Mots clés Réhabilitation ; Schizophrénie ; Programme intégratif ; Articulation

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

