

P072

Le secteur de pédopsychiatrie à l'ère du numérique : une expérience en Polynésie française

S. Leveque

Unité de pédopsychiatrie, centre hospitalier de polynésie française, Tahiti, Polynésie française

Adresse e-mail : stephanie.leveque@cht.pf

La Polynésie française compte 280 000 habitants, répartis très inégalement sur cinq archipels (Îles du Vent, Îles sous le Vent, Tuamotu-Gambiers, Australes et Marquises), Environ 70% de la population vit à Tahiti, essentiellement sur Papeete et son agglomération, où sont concentrées les principales structures administratives et sanitaires, dont le centre hospitalier de polynésie française (CHPF). Les 30% restants sont éparpillés sur le reste des 2,5 millions de km² du territoire, soit la taille de l'Europe. Le statut d'autonomie de la Polynésie française prévoit que l'organisation des soins relève de la compétence du Pays. Bien que basée sur un modèle métropolitain, la santé possède ses propres particularités législatives et de fonctionnement, héritage du passé colonial et de l'organisation militaire des soins pendant de nombreuses années. L'unité de pédopsychiatrie n'a ainsi été intégrée qu'en mai 2012 au sein du CHPF, avec pour mission officielle la mise en place et le développement d'une politique sectorielle de pédopsychiatrie, selon les principes du service public de gratuité et d'égalité d'accès à des soins médicosychologiques pluridisciplinaires. Compte tenu du contexte géographique archipélagique, de la grande inégalité de répartition des densités de population et des particularités sociologiques de chacune des îles, l'équipe est confrontée à de réels défis, logistiques, culturels, éthiques et thérapeutiques. Comment faire advenir une alliance et un processus thérapeutique dans la continuité, comment travailler la permanence du lien avec les familles et les institutions partenaires, gage de l'efficacité du travail relationnel au cœur de notre pratique ? Comment nous adapter, inventer et recréer sans cesse de nouvelles façons d'être soignants ? C'est en cheminant autour de ces questions cruciales que nous avons été conduit à nous saisir entre autres de l'outil numérique, et à être acteurs expérimentaux du projet du Pays de développement de la télémédecine, dont l'ambition est de participer au désenclavement sanitaire des populations les plus isolées.

Mots clés Secteur ; Télémédecine ; Polynésie ; Liens ; Alliance thérapeutique

Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Pour en savoir plus

Nathan T. (sous la dir.), 1996, Le paradis, savoir médical et pouvoir de guérir à Tahiti, Nouvelle revue d'ethnopsychiatrie, Paris, La pensée sauvage, Ed.

Oury J. Psychiatrie et Psychothérapie institutionnelle, 2003, Champ Social.

Raby F., Modernisation des soins primaires en Polynésie française : mise en place de la télésanté dans les îles isolées, 2013, Thèse pour le diplôme d'Etat de Docteur en médecine, Université Toulouse III Paul Sabatier.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.09.262>

P073

Filicide-suicide non altruiste : un cas clinique évoquant un syndrome de Sardanapale ?

I. Nahmani^{1,*}, V. Scolan², F. Fiechter-Boulvard³, F. Paysant², P. Vittini⁴

¹ Interne de psychiatrie 7^e semestre, CHU de Grenoble, Grenoble, France

² Service de médecine légale, CHU, Grenoble, France

³ Université Grenoble-Alpes, CRJ, Grenoble, France

⁴ CRIAVS Rhône-Alpes, Grenoble, France

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : isabelle.nahmani@hotmail.fr (I. Nahmani)

Les meurtres d'enfants font partie des crimes les plus intolérables. Ils suscitent l'indignation de toute la société d'autant plus lorsqu'ils sont commis par le père ou la mère de l'enfant, se dénommant dès lors sous le terme de « filicide ». Resnick et al. ont distingué en 1969, 5 types de filicides, dont celui de « Filicide-Vengeur », c'est-à-dire un filicide commis par un parent dans une dynamique de vengeance à l'égard de l'autre parent, avec majoritairement le suicide du parent-auteur dans les heures suivant les faits, se qualifiant ainsi de « filicide-suicide ». Nous vous présentons un cas de filicide-suicide vengeur, ayant des atypicités sémiologiques. Il s'agit d'un homme de 38 ans père de deux enfants de 5 et 7 ans en cours de séparation après 10 ans de vie maritale. Il est retrouvé décédé au rez-de-chaussée à son domicile, en partie carbonisé, avec une plaie thoracique autoinfligée (seppuku), les corps de ses deux enfants sont quant à eux découverts dans la chambre conjugale, entièrement calcinés. Nous soulignons une mise en scène étrange avec incendie de l'intégralité du domicile familial et mise en évidence à l'entrée de la maison d'une sacoche noire, à l'abri du feu, contenant des lettres d'adieu adressées à l'entourage proche ainsi que des photographies familiales, évoquant le syndrome de Sardanapale, inspiré d'un Roi illustre qui se suicida en mettant le feu à son palais avec sa famille et ses domestiques. Par l'étude des données médico-légales, des écrits du défunt et des auditions des proches de la famille au cours de l'enquête policière, associée à une revue de la littérature concernant ce type de crime spécifique, nous essayerons de dégager des hypothèses conceptuelles psychiatriques afin de tenter d'expliquer un tel passage à l'acte et d'envisager des actes préventifs. Les homicides infantiles représentent une part non négligeable de la mortalité infantile. Les filicides suicides vengeurs comme celui que nous présentons sont commis exclusivement au cours d'une procédure de séparation entre les parents. Étant donné l'augmentation du nombre de divorces à l'heure actuelle, on peut se demander si l'incidence de ce crime, difficilement compréhensible, n'augmenterait pas significativement au cours des années à venir ?

Annexe : L'examen des lieux mettait en évidence une mise en scène du décès avec présence d'une sacoche à l'arrière de la boîte aux lettres du domicile sur laquelle étaient posées deux bougies (Fig. 1). À l'intérieur de la sacoche étaient relevées des photographies de mariage du couple et des enfants, des relevés bancaires et « des lettres d'Adieu » destinés à l'ex-épouse du défunt, aux parents et beaux-parents.

Mots clés Filicide-suicide ; Homicide-suicide intrafamilial ;

Complexe de Médée ; Dépression ; Syndrome de Sardanapale

Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

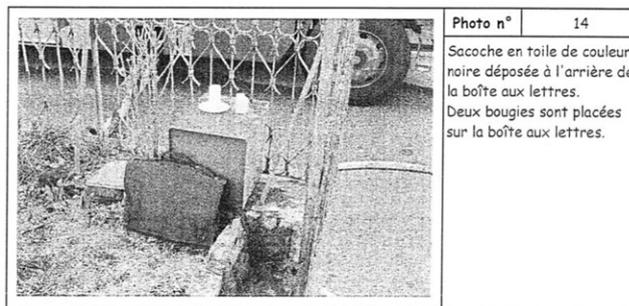


Photo n°	14
Sacochette en toile de couleur noire déposée à l'arrière de la boîte aux lettres. Deux bougies sont placées sur la boîte aux lettres.	

Fig. 1 Sacoche en toile de couleur noire déposée à l'arrière de la boîte aux lettres. Deux bougies sont placées sur la boîte aux lettres.

Pour en savoir plus

Vanamo T, Kauppi A, Karkola K, Merikanto J, Raesaenen E. Intra-familial child homicide in Finland 1970–1994: incidence, causes of death and demographic characteristics. *Forensic Sci Int* 2001;117:199–204.

Resnick PJ. Child murder by parents: a psychiatric review of filicide. *Am J Psychiatry* 1969;126(3):325–34.

E. Mugavin M, A Meta-synthesis of filicide classification systems: psychosocial and psychodynamic issues in women who kill their children. *J Forensic nursing* 2005;1(2):67–68.

Bourget D, Gagné P, Paternal Filicide in Québec. *J Am Acad Psychiatry Law* 2005;33(3):354–60.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.09.263>

P074

Le dysfonctionnement émotionnel chez les adolescents, un possible dénominateur commun aux troubles de la conduite alimentaire et au spectre bipolaire

J.A. Vargas Castro

Hôpital général de Catalunya, hôpital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelone, Espagne

Adresse e-mail : joalexvar@hotmail.com

Antécédents Le dysfonctionnement émotionnel est présent dans de nombreuses pathologies mentales des enfants et des adolescents. On observe ce dérèglement aussi bien dans des troubles de type anorexie nerveuse (AN), mérycisme, évitement-restriction, que dans des troubles, tels que la boulimie nerveuse (BN), le syndrome d'hyperphagie incontrôlée (binge-eating), et les troubles du comportement alimentaire (TCA), que ceux-ci soient spécifiés ou pas. Le dysfonctionnement émotionnel peut également être observé dans le spectre bipolaire. Ainsi, il est démontré qu'il existe des ressemblances entre un spectre bipolaire mineur (sous des formes au-dessous du seuil) et des syndromes ou « sous-syndromes » de troubles de la conduite alimentaire chez les adolescents. C'est de ces prémisses que naît la recherche qu'on présente [aujourd'hui] et qui a pour but d'évaluer le dysfonctionnement émotionnel (mesuré à travers le CLH-32) et les habitudes alimentaires (mesurées à travers la BEDS) dans une population touchée par les TCA.

Méthodes Il s'agit d'une étude transversale basée sur l'observation d'un corpus de patients âgés de 12 à 19 ans et ayant été touchés de TCA avant l'âge de 18 ans et suivant un traitement intrahospitalier ($n=40$). L'échantillon a été divisé en deux sous-ensembles : I-AN ($n=17$) et II-BN ($n=23$) et on a procédé à établir des corrélations et des régressions linéaires afin de pouvoir déterminer quelles variables étaient associées au dysfonctionnement émotionnel dans chacun des deux groupes.

Résultats Le groupe I-AN a présenté des scores élevés sur la CLH-32, qui ne gardaient pas de corrélation positive avec les trouvailles sur l'échelle BEDS. Le groupe II-BN a présenté des scores élevés sur la CLH-32, qui montrent une corrélation positive avec les trouvailles sur l'échelle BEDS, notamment dans la sous-échelle Symptômes de l'Hypomanie associés à la désinhibition, le contrôle de soi et la capacité d'attention (CLH-32-Facteur 2).

Conclusions Le dysfonctionnement émotionnel est un facteur à prendre en considération dans le dépistage et l'abord clinique des patients souffrant de TCA, que ce soit en anorexie nerveuse, en boulimie nerveuse ou autres TCA, puisqu'ils peuvent présenter d'autres pathologies comorbides. Par ailleurs, la boulimie nerveuse, notamment celle qui se développe avec dysfonctionnement émotionnel, peut être mise en rapport avec l'hypomanie ou un spectre bipolaire.

Mots clés Dysfonctionnement émotionnel ; Spectre bipolaire ; Hypomanie ; TCA ; CLH-32 ; BEDS

Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Pour en savoir plus

Althoff R. Dysregulated children reconsidered. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2010; 49:302–5.

Aldao A, Nolen-Hoeksema S. Emotion-regulation strategies across psychopathology: a meta-analytic review. *Clin Psychol Rev* 2010;30:217–37.

McElroy SL. Comorbidity of bipolar and Ealing disorders: distinct or related disorder with shared dysregulations? *J Affect Disord* 2005;86:107–27.

Vieta E, Reinares M, Franco C. Etiopatogenia de los trastornos bipolares. In: Vallejo Ruiloba J, Leal-Cercos C (Eds.), vol. II. Barcelona: Ars Médica; 2010:1358–69.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.09.264>

P075

Étude rétrospective sur l'efficacité et la tolérance à long terme de la clozapine sur les troubles du comportement dans les troubles du spectre autistique

C. Pollet^{1,*}, L. Béhérec², A. Moinier¹, A. Rosier¹, O. Guillin¹, M. Rothärmel¹

¹ Centre hospitalier du Rouvray, Sotteville-lès-Rouen, France

² Hôpital Henri-Mondor, Créteil, France

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : charlotte.pollet@ch-lerouvray.fr (C. Pollet)

Les troubles du spectre autistique (TSA) sont des troubles neuro-développementaux invalidants avec une grande hétérogénéité clinique. Beaucoup de patients avec un TSA présentent des troubles du comportement avec agressivité [1], ce qui perturbe leur socialisation, leurs apprentissages, leur maintien en établissement spécialisé et plus généralement, leur qualité de vie [2]. Ces comportements-défis sont donc une cible thérapeutique privilégiée pour les praticiens. Parmi ces thérapeutiques, la clozapine a été utilisée avec succès pour atténuer les troubles du comportement, à court terme, chez les autistes âgés d'au moins 16 ans [3]. L'objectif de ce travail est d'évaluer sur du plus long terme l'efficacité et la tolérance de la clozapine. Une étude rétrospective sur 14 patients a été menée en considérant 3 périodes (4 à 6 mois avant l'instauration du traitement, 4 à 6 mois après et le mois de novembre 2014, soit jusqu'à 5 ans après mise en place du traitement). Le critère de jugement principal était le nombre de jours par mois avec au moins un trouble du comportement, selon les critères du DC-LD (Diagnostic Criteria for Psychiatric Disorders for Use with Adults with Learning Disabilities/Mental Retardation (DC-LD, 2001). Avant l'introduction de la clozapine, la proportion moyenne des jours « avec agressivité » était de 13 jours \pm 11,6, soit 43,3%. Lors de l'évaluation de novembre 2014, la proportion moyenne des jours « avec agressivité » était de 5,67 jours \pm 11,4, soit 18,9%. Ainsi, à long terme de l'instauration de la clozapine, on observe une diminution de plus de 50% de l'agressivité totale (56%). Aucun effet secondaire grave, mettant en jeu le pronostic vital, n'a été constaté. Les données de notre étude suggèrent que la clozapine permettrait une réduction des troubles du comportement avec agressivité des personnes avec TSA, et cela même au long terme, avec une bonne tolérance.

Mots clés Autisme ; Clozapine ; Comportements-défis

Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- [1] McCarthy J, Hemmings C, Kravariti E, Dworzynski K, Holt G, Bouras N, et al. Challenging behaviour and co-morbid psychopathology in adults with intellectual disability and autism spectrum disorders. *Res Dev Disabil* 2010;31:362–6.