

nécessite lui aussi une approche thérapeutique spécifique, transversale et intégrative.

M. G. est adressé en consultation pour l'évaluation d'un TDA/H de l'adulte. Ce patient, âgé de 42 ans est père au foyer. Il est en couple depuis 16 ans. Le couple a 3 enfants. Le dernier, âgé de 7 ans, est suivi par un pédopsychiatre pour un TDA/H. Le pédo-psychiatre a conseillé à Mr G de venir en consultation du fait de la similitude rapportée par le père entre les symptômes présents chez son fils et sa propre enfance. A partir de ce cas clinique, nous développerons les particularités sémiologiques et diagnostiques du TDA/H de l'adulte, en mettant l'accent sur la dysrégulation émotionnelle [3,4], les conduites addictives [2] associées et les troubles attentionnels. En raison de l'impact du TDA/H de l'adulte sur la qualité de vie du patient et de son entourage, les propositions thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses proposées au père en tant que patient, mais aussi en tant que parent d'un enfant hyperactif, seront discutées. En effet, ce cas clinique souligne bien l'importance d'une approche transversale et intégrative des adultes hyperactifs, dans un objectif thérapeutique en termes de qualité de vie socioprofessionnelle et familiale.

#### Références

- [1] Adler LA, Shaw D. Diagnosing ADHD in adults. In: ADHD in adults. Characterization, diagnosis and treatment. Cambridge medicine. University Press; 2011. p. 91–105.
- [2] Augy J, Grall-Bronnec M, Sauvaget A, Vénisse J-L. TDA/H de l'adulte et troubles addictifs : une liaison dangereuse. *Alcool Addictol* 2010;32(4):325–32.
- [3] Brown TE. Adult ADHD and mood disorders. In: ADHD in adults. Characterization, diagnosis, and treatment. Cambridge medicine. University Press; 2011. p. 121–9.
- [4] Malnou-Belembert J, Chalex C, Bonnot O. Hyperactivité et troubles bipolaires. *Newsletter THADA*. 05/2013.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.09.129>

P49

### Fonctionnement et activité de la psychiatrie de liaison à l'hôpital de la Timone à Marseille

V. Lanvin

CHU Sainte-Marguerite, 13009 Marseille, France

**Mots clés :** Collaboration psychiatrie-somatique ; Diagnostique différentiel ; Diagnostic en psychiatrie ; Orientation en psychiatrie ; Psychosomatique

La psychiatrie de liaison est une pratique particulière, mal définie, et dont l'organisation diffère énormément d'un centre hospitalier à un autre.

**Objectif.**– Décrire le fonctionnement d'une équipe de psychiatrie de liaison, et son activité sur une période courte de 2 mois, au sein de l'hôpital de la Timone à Marseille.

**Méthode.**– Le protocole de demande d'avis est centré autour d'un formulaire informatique, rempli par le médecin somaticien demandeur, avec : Nom du médecin demandeur/Service/Nom du patient/Motif d'hospitalisation actuelle/Motif de la demande/Traitement en cours. Ce formulaire est utilisé par l'équipe de liaison pour rencontrer le médecin demandeur, puis le patient. Suite à cet entretien, le psychiatre fait un compte-rendu oral et écrit au médecin demandeur, avec une proposition de prise en charge. Les résultats ont été récoltés par l'étude de ces comptes-rendus écrits sur une période courte, du 1<sup>er</sup> juin 2013 au 31 juillet 2013.

**Résultats.**– La psychiatrie de liaison a pris en charge 47 patients du 1<sup>er</sup> juin 2013 au 31 juillet 2013. Trente-quatre patients ont bénéficié de soins psychiatriques, dont 19 avec adaptation ou mise en place d'un traitement psychiatrique (antidépresseur : 15, neuroleptique : 7), les 15 autres avec mise en place d'un suivi psychothérapeutique seul. 13 patients ont été évalués par l'équipe, sans que l'indication de soins psychiatriques ne soit retenue. Pour 11 de ces patients,

les somaticiens doutaient sur une étiologie psychiatrie, pour les 2 autres la demande n'était pas centrée sur une problématique psychiatrique.

**Conclusion.**– Les résultats montrent que le travail de psychiatrie de liaison est à la fois thérapeutique et diagnostique. Le travail conjoint psychiatre-somaticien permet d'améliorer la prise en charge du patient, même si de nombreuses pistes restent exploitables pour améliorer cette collaboration.

*Pour en savoir plus*

Consoli SM. Psychiatrie à l'hôpital général. Paris: Elsevier, EMC « Psychiatrie »; 1998 (37-958-A-10: 11 p).

Chocard AS. Psychiatrie de liaison – quelles sont les qualités exigibles d'une équipe de psychiatrie de liaison? *Ann Med Psychol* 2005;163:691–6.

Lipowski ZJ. Consultation de psychiatrie et médecine psychosomatique à l'hôpital général. *Rev Med Psychosomatique* 1969;11(1-2):31–55.

Zumbrunnen R. Psychiatrie de liaison; Paris: Masson, 230 p. 1992.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.09.130>

P50

### Délires de persécution et passage à l'acte

M.L. Alouani

CHU de Sétif, service de psychiatrie, Sétif, Algérie

**Mots clés :** Délire ; Persécution ; Passage à l'acte ; Agressivité ; Psychoses

Les délires de persécution induisent chez les sujets psychotiques qui en souffrent, un climat émotionnel fait d'angoisse et de peur, qui suscite la plupart du temps, des réactions de défense pathologiques. Ces réactions de défense sont faites de comportement d'évitement ou de fuite, voire même d'agression contre les persécuteurs. Dans ce cas, ces passages à l'acte violents sont destinés à maîtriser ou à anéantir la source de persécution. Nous nous proposons d'exposer dans ce poster la dimension criminogène des délires de persécution à travers trois cas cliniques enregistrés lors de notre activité expertale quotidienne.

*Pour en savoir plus*

Bouchard JP. Et les criminels : la dimension criminogène des délires de persécution. *Revue Synapse*, n° 127, juin 1996.

Chambon D, Marie-Cardine M. Psychothérapie cognitive des psychoses chroniques. Éditions Masson; 1994.

Leyrie JP. Manuel de psychiatrie légale et de criminologie clinique. Éditions Vrin; 1977.

Llorca PM. La schizophrénie. Encyclopédie Orphanet; 2004.

Legrand du Saulle. Le délire des persécutions. Éditions Henry Plon; 1871.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.09.131>

P51

### Faux souvenirs entre fantasmes et réalité (à propos d'un cas)

M. Ben Bechir Zitouni, W. Homri, R. Chaabouni,

I. Ben Romdhane, R. Labbane

Hôpital Razi, Tunis, Tunisie

**Mots clés :** Faux souvenirs ; Fantasmes ; Hystérie ; Tests projectifs

**Introduction.**– Les faux souvenirs sont un symptôme qui se voit surtout dans les pathologies neurologiques touchant essentiellement le lobe frontal. Il a été également décrit chez des patients présentant des personnalités multiples qui se voient surtout dans l'hystérie. Ce symptôme demeure tout de même peu illustré dans la littérature.

**Objectifs et méthodes.**– Illustration du cas d'une patiente adressée pour exploration et prise en charge psychiatrique et psychologique d'une symptomatologie faite de faux souvenirs.