

une querelle d'experts a occupé une place importante, viendra illustrer la problématique.

Mots clés Irresponsabilité pénale ; Malade mental criminel ; Querelle d'experts ; Affaire Moitoret

Déclaration de liens d'intérêts L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

Pour en savoir plus

Bensussan P. « La pénalisation de la folie », avec Maître Delphine Provence. In: Le Monde, 2007.

Lemoine Y. « Juger les fous : le Malheur de leur état ». In: Libération, 2007.

Senninger JL. 1986 : « Personnalité schizoïde et actes criminels ». Act Psy 1:23–28 Criminologie et Psychiatrie, sous la direction de Thierry Albernhe, éd. Ellipses;1997.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.09.015>

R3

Les outils pour la rédaction des certificats de soins sans consentement

E. Péchillon

Faculté de droit, université de Rennes 1, Rennes, France

Adresse e-mail : eric.pechillon@wanadoo.fr

Depuis maintenant plus de quatre ans les psychiatres sont confrontés aux particularités d'application d'une nouvelle loi de soins sans consentement. En apparence elle succède à ses devancières de 1838 et 1990 alors qu'en réalité elle s'appuie sur des concepts juridiques nouveaux empruntés au droit constitutionnel ou au droit européen. La particularité du nouveau texte est de donner une place prépondérante au juge des libertés et de la détention (JLD). Chacun a pu constater des différences importantes d'appréciation de la nécessité des soins entre médecins et magistrats. Il en résulte un nombre non négligeable de mainlevée des soins par décision de justice. La session apporte les notions et concepts nécessaires pour que les psychiatres rédigent leurs certificats de telle sorte qu'ils soient bien compris par les magistrats. Une première communication présente les concepts à l'origine de la loi (constitution, convention européenne de sauvegarde des Droits de l'homme, recommandation 2004/10 du conseil de l'Europe. . .). La complexité de la loi conduit à la nécessité d'une interprétation de nombre de ses articles. La jurisprudence commence à donner des pistes de compréhension utiles. Ce sera l'objet de la deuxième intervention avant de réfléchir sur les aspects cliniques à faire figurer dans les certificats qui constituent le moyen privilégié de communication avec les JLD.

Mots clés Soins sans consentement ; Psychiatrie ; Justice ; Loi du 5 juillet 2011

Déclaration de liens d'intérêts L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.09.016>

R4

Redécouvrir la catatonie

T. Mauras

CH Sainte-Anne Secteur 3 Dr Marcel, 1, rue Cabanis, Paris, France

Adresse e-mail : thomasmauras@gmail.com

La catatonie est une pathologie motrice et de l'affect associant immobilisme et décharge motrice, comportements stéréotypés et sidération. La description historique s'autonomise sous la plume de Kahlbaum à la fin du XIX^e. Longtemps rattachée à la schizophrénie, l'étude systématique des patients des urgences et en population psychiatrique générale a permis d'infirmier que la catatonie était un sous-type de schizophrénie. Plus d'un tiers des états catatoniques sont associés à des causes somatiques diverses qui modifient la prise en charge et interrogent sur la physiopathologie. Par ailleurs, les troubles de l'humeur sont la cause psychiatrique la plus fréquemment retrouvée. De plus, pour certains auteurs des

pathologies comme le syndrome malin des neuroleptiques sont à rattacher à la catatonie. Des catatonies malignes sont décrites et doivent être systématiquement éliminées. Indépendamment de la pathologie associée à la catatonie qui nécessite une prise en charge spécifique, la catatonie considérée comme un syndrome médical à part entière fait actuellement l'objet d'une prise en charge bien codifiée qui passe par un test thérapeutique aux benzodiazépines ou apparentés (zolpidem). La sismothérapie reste une option thérapeutique à ne pas négliger surtout dans les situations d'urgence. D'autres alternatives existent. Certains états catatoniques se chronicisent mais peuvent cependant être de bon pronostic. Les liens avec des pathologies comme la perte d'auto-activation psychique méritent d'être discutés. Enfin, le décloisonnement dans le champ de la recherche entre psychiatrie et médecine somatique particulièrement les états minimaux de conscience nous offre des perspectives de compréhension de ce syndrome passionnant et encore insuffisamment exploré.

Mots clés Catatonie ; Agitation ; Immobilité ; Zolpidem ; Sismothérapie ; Ganglions de la base

Déclaration de liens d'intérêts L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

Pour en savoir plus

Ink M. Rediscovering catatonia: the biography of a treatable syndrome. Introduction: liberating catatonia from schizophrenia; 2013;127,1–47.

Schiff, N. Recovery of consciousness after brain injury: a mesocircuit hypothesis. Trends Neurosci 2010;33(1):1–9.

Smith VD, Kumar N. Catatonic disorder due to a general medical or psychiatric condition; 2012, 198–207.

Thomas P, Rasclé C, Mastain B, Maron M, Vaiva G. Test for catatonia with zolpidem. Lancet 1997;24.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.09.017>

R5

Traitements psychotropes et grossesse – du CFP Lille 2011 au CFP Lille 2015 : que sont devenus les enfants ?

C. Rainelli

Filière de psychiatrie périnatale, CH Esquirol, Limoges, France

Adresse e-mail : christine.rainelli@ch-esquirol-limoges.fr

Le déroulement de toute grossesse nécessite la prise en compte de la stabilité psychique de la future mère. Ce moment particulier dans la vie d'une femme peut en effet aggraver des troubles connus ou révéler une pathologie de novo. Ainsi, dans un certain nombre de cas, des thérapeutiques psychotropes s'avèrent nécessaires. Si elles sont parfois indispensables, ces prescriptions doivent néanmoins répondre à des règles et respecter des précautions liées à leur potentiel toxique sur la poursuite de la grossesse, le développement embryonnaire, foetale et la santé de l'enfant à naître. Il est important d'évaluer à chaque étape de la grossesse le rapport bénéfice/risque concernant aussi bien la femme que l'enfant à venir et mettre rapidement en place une coordination entre le médecin prescripteur et les équipes des services d'obstétrique et de néonatalogie. Quatre ans après une première présentation au CFP à Lille, nous proposons une actualisation des connaissances sur la prescription des psychotropes pendant la grossesse, avec toujours comme objectif de souligner l'importance d'une réflexion éclairée avant toute décision de mise en place ou de maintien d'un traitement chez une femme enceinte. Si certains effets délétères doivent être impérativement connus et nos connaissances réévaluées au fil des études, il faut aussi savoir que de nombreux autres facteurs ont un impact sur le déroulement de la grossesse et le devenir de l'enfant.

Mots clés Psychotrope ; Grossesse ; Fœtus ; Enfant ; Développement

Déclaration de liens d'intérêts L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

Pour en savoir plus

Johnson KC, La Prairie JL, Brennam PA, et al. Prenatal antipsychotic exposure and neuromotor performance during infancy. *Arch Gen Psychiatry* 2012;69(8):787–94.

Sutter-Dallay AL. Maniement des antipsychotiques chez les populations spécifiques: périnatalité. In: Thomas P, editor. *Les antipsychotiques*. Paris: Lavoisier; 2013.

Van der Lugt NM, Van de Maat JS, Van Kamp IL, et al. Fetal, neonatal and development outcomes of lithiumexposed pregnancies. *Early Hum Dev* 2012;88(6):375–378.

De Vera MA, Bérard A. Antidepressant use during pregnancy and risk of pregnancy-induced hypertension. *Br J Clin Pharmacol* 2012;74(2):362–9.

Meador KJ, Baker GA, Browning N, et al. Foetal antiepileptic drug exposure and verbal versus non-verbal abilities at three years of age. *Brain J Neurol* 2011;134:396–404.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.09.018>

R6

Addiction au travail : quels facteurs organisationnels favorisant et quelle prise en charge individuelle et collective ?

C. Jeoffrion^{1,*}, G. Airagnes²

¹ Faculté de psychologie, université de Nantes, Nantes, France

² Hôpital européen Georges-Pompidou, PRES Paris Sorbonne-Cité, Paris, France

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : Christine.Jeoffrion@univ-nantes.fr (C. Jeoffrion)

Le *workaholism* correspond à un dysfonctionnement affectif, cognitif et comportemental de l'individu à l'égard du travail. En se traduisant par un excès d'investissement pathologique dans l'activité professionnelle, nous interrogerons le fait qu'il puisse s'agir d'une « addiction au travail ». Il renvoie en effet à une culpabilité de ne pas être au travail, une pulsion irrésistible à travailler malgré le peu de plaisir éprouvé et une négligence de la vie extra-professionnelle. Ses conséquences sont délétères y compris sur le travail avec une mauvaise intégration dans l'équipe de travail et une diminution des performances. Le *workaholism* peut entraîner également un syndrome d'épuisement professionnel, et la perte du sentiment de cohérence qu'il engendre est associée à une augmentation du risque de trouble de l'humeur, d'autres troubles addictifs, pouvant conduire parfois au suicide. Il existe des vulnérabilités individuelles mais aussi des risques organisationnels qu'il faut identifier pour préserver la santé psychologique au travail. Nous présenterons dans un premier temps une synthèse des travaux les plus récents, visant à montrer l'importance du contexte sociétal et organisationnel dans l'apparition du *workaholism*. Nous présenterons dans un second temps différentes stratégies thérapeutiques calquées sur celles utilisées dans d'autres addictions comportementales :

– la thérapie rationnelle-émotive ciblée sur les croyances irrationnelles concernant le niveau de demande au travail ainsi que sur les émotions négatives ;

– l'entretien motivationnel pour favoriser la prise de conscience des conséquences négatives du *workaholism* ;

– la psychologie positive en aidant le sujet à s'extraire d'une vision réduite de sa propre vie pour en dégager des objectifs plus larges ;

– la participation à des groupes de *workaholics* anonymes.

Mots clés *Workaholism* ; Addiction au travail ; Risque organisationnel ; Risques psychosociaux ; *Burnout*

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

Pour en savoir plus

Andreassen CS. Workaholism: an overview and current status of the research. *J Behav Addict* 2014;3(1):1–11.

Super S, Verschuren WM, Zantinge EM, Wagemakers MA, Pica-vet HS. A weak sense of coherence is associated with a higher mortality risk. *J Epidemiol Community Health* 2014. <http://dx.doi.org/10.1136/jech-2013-203085>.

Sussman S. Workaholism: a review. *J Addict Res Ther* 2013;Suppl. 6(1). <http://dx.doi.org/10.4172/2155-6105.S6-001>.

Van Wijhe C, Peeters M, Schaufeli W. Irrational beliefs at work and their implications for workaholism. *J Occup Rehabil* 2013;23:336–346.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.09.019>

R7

Mieux prescrire les psychotropes chez l'enfant et l'adolescent

O. Bonnot

Service universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, CHU de Nantes, Nantes, France

Adresse e-mail : olivier.bonnot@chu-nantes.fr

Les cliniciens français restent majoritairement prudents et attentifs aux recommandations concernant la prescription de médicaments psychotropes chez l'enfant et l'adolescent, mais celle-ci augmente depuis quelques années. Antipsychotiques, antidépresseurs, mais aussi psychostimulants, mélatonine, ocytocine... la palette s'élargit, les indications se diversifient et les effets indésirables sont de mieux en mieux étudiés. Afin d'apporter aux praticiens des informations concrètes et démontrées, pour les aider dans leur appréciation du rapport « bénéfices–risques » d'une prescription médicamenteuse, la Société française de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (SFPEADA) propose, au cours de cette rencontre avec l'expert, le Professeur Olivier Bonnot (Nantes) :

– dans un premier temps une mise au point sur les données actualisées et démontrées pouvant être utiles aux médecins amenés à prescrire chez des jeunes de moins de 18 ans : indications, AMM, éléments pouvant guider vers le choix de telle ou telle molécule au sein d'une même famille thérapeutique, examens à pratiquer avant mise sous traitement et modalités de surveillance en pratique clinique, mesures d'accompagnement de la prescription, articulation avec les autres formes d'interventions thérapeutiques... ;

– dans un second temps une discussion avec les participants sous la forme « questions–réponses » et de « partage d'expériences ».

Déclaration de liens d'intérêts L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

Pour en savoir plus

Bonnot O, Holzer L. Utilisation des antipsychotiques chez l'enfant et l'adolescent. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* 2012;60(1):12–9.

Gramond A, Consoli A, Maury M, Purper-Ouakil D. Les thymorégulateurs chez l'enfant et l'adolescent. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* 2012;60(1):5–11.

Purper-Ouakil D, Cohen D, Flament MF. Les antidépresseurs chez l'enfant et l'adolescent: mise au point des données d'efficacité et de tolérance. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* 2012;60(1):20–9.

Rénéric JP. Les psychostimulants dans le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H) chez l'enfant et l'adolescent: *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* 2012;60(1):30–4.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.09.020>

R8

L'imagerie cérébrale fonctionnelle : un outil au service de la psychopathologie ?

C. Lemogne

Hôpital européen Georges-Pompidou, Paris, France

Adresse e-mail : cedric.lemogne@egp.aphp.fr

La psychopathologie est précieuse pour guider l'application de l'imagerie cérébrale fonctionnelle à l'étude des troubles mentaux. En permettant une approche basée sur les processus mentaux